



SITUACIÓN Y VALORACIÓN DE SALUD BUCODENTARIA Y CONSTRUCCIÓN NARRATIVA DE COMPETENCIAS DIRIGENCIALES COMO GESTORES LOCALES DE SALUD EN VALPARAÍSO

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Titulo de Cirujano Dentista

ALUMNAS:

- Vanessa Buré Navarro.
- María José Lorca González.
- Paz Ríos Oróstegui.

DOCENTE GUIA:

Prof. Edith Cueto Urbina
Cátedra de Salud Pública

Valparaíso - Chile
2015

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mi Madre por su apoyo incondicional, por su ternura, por su inmensa fe, por ser una mujer valiente, por los valores inculcados, por su esfuerzo, dedicación y entera confianza en mis capacidades, por no dudar en ningún momento que este camino llegaría a su fin donde gracias a sus sabios consejos no decaí en momentos donde todo era gris, por ayudarme a cumplir mis sueños y por sobre todo por el inmenso amor entregado.

Agradezco a mi pedacito de cielo, mi hija Sofía Belén que llegó a mitad de este camino universitario, y que hizo que mis prioridades se reordenaran y ella pasara al primer lugar en todas las categorías transformándose en el mayor incentivo y motor para alcanzar mis metas, le agradezco por haber tenido que soportar largas horas sin mi compañía, por sus abrazos y besos en los días difíciles que me llenaban de fuerzas y nuevas energías, por ser lo mejor que me ha pasado en la vida, por su amor incondicional y por permitirme ser un ejemplo para ella.

Le agradezco a mi gordo, que ha sido una parte importante en esta etapa dando su apoyo en el área estadística de nuestra tesis, gracias por tu apoyo, empuje y paciencia, ha sido un largo camino de esfuerzos y sacrificios que ya llega a su fin y es de esperar que la vida nos permita disfrutar de la nueva etapa que comienza estando juntos con nuestra Sofi.

Le agradezco a la familia que uno escoge, mis amigas del alma Paz, Coté y Clau sin ustedes esto habría sido infinitamente más difícil, gracias por todo el apoyo, la contención, el cariño, los consejos, los retos, las risas que dan dolor de estómago y los infaltables llantos, por ser las mejores y más locas tías para mi Sofi. La vida nos juntó en este camino, sólo nosotras sabemos lo que nos costó llegar hasta acá, pero podemos decir que lo logramos, las quiero infinitamente y les deseo lo mejor que la vida les pueda entregar.

Agradezco a mi tía Jenny quien fue mi segunda mamá por el periodo de universidad, por su preocupación y bondad, le agradezco también a mi prima Totito, quien ha sido una hermana, gracias por tu apoyo incondicional, por facilitarme las cosas cuando para mí ya no tenían solución y gracias sobre todo por cuidar de mi Popi como a una hija.

Vanessa Bure Navarro.

Primero quiero agradecer a mi compañero, mi mejor amigo, al que nunca permitió que me rindiera, que me ayudo a levantarme todas las veces que caí, es obvio que sin su apoyo, cariño, comprensión el final de este ciclo no hubiera sido posible, te admiro como a nadie y espero que el destino siga queriendo que nuestros caminos estén juntos, gracias por TODO Walter, sin duda eres una de las mejores cosas que me dio la vida.

A mi madre, por enseñarme a ser una persona perseverante y luchadora. Gracias por confiar siempre en mis capacidades a pesar de todos los tropiezos, por sentirte orgullosa de mi, por retarme y enseñarme todas las veces que fuera necesario, a pesar que eso significara pelearnos distanciarnos, sin tus enseñanzas, y amor incondicional no sería la persona en la que hoy me he convertido. Te amo mamá.

A lo segundo mejor que me dio la universidad, mis amigas, compañeras de una y mil batallas, Clau, Paz y Vane (con Sofi incluida) gracias por ser las mejores en todas las situaciones, sin su compañía (y aguante!!) y amistad el fin de este ciclo juntas no tendría el mismo sabor. Las amo infinito y mi apoyo para ustedes en lo que se propongan será siempre incondicional!

A mi prima hermosa, que la adoro con mi vida, siempre tratare de ser el mejor ejemplo para ti, los esfuerzos traen frutos, aunque a veces salgan piedras en el camino, simplemente hay que aprender a hacerlas a un lado para seguir. Siempre estaré ahí para ayudarte a levantarte las veces que necesites y para celebrar tus triunfos.

Y a todos los que aportaron en mi formación profesional y emocional, gracias por los abrazos, palabras de apoyo y cariño.

María José Lorca González.

Antes que todo, agradecer a los que hicieron posible partir en este camino, a mis padres María Cecilia y Juan Carlos, por su apoyo incondicional en lo que parecía interminable.

A cada integrante de mi familia, a mis hermanos María Luisa, Carla e Isaac y a mi sobrino Benjamín, por alegrarme la existencia con nuestro especial sentido del humor.

A las personitas que hicieron agradable recorrer este camino, a las compañeras y amigas Cote, Vane y Clau, costó pero se pudo, mil gracias por el apoyo, la ayuda y por no dejarnos vencer.

A cada persona que con su granito de arena me hizo feliz, especialmente a Hernán por el amor, la felicidad y el optimismo inagotable.

En resumen, gracias a Dios por todo lo que me ha dado...

Paz Isabel Ríos Oróstegui

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
ORGANIZACIONES SOCIALES Y DIRIGENCIA SOCIAL.....	3
FACULTADES NORMATIVAS.....	5
GESTIÓN REIVINDICATIVA.....	8
SALUD.....	9
SALUD BUCODENTARIA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD GRAL.....	9
PERFIL DE NECESIDADES DE SALUD BUCODENTARIA DE LA POBLACIÓN CHILENA.....	13
POLÍTICAS DE SALUD BUCODENTARIA.....	14
OBJETIVOS:	19
MÉTODOLÓGÍA	20
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	20
POBLACIÓN.....	21
MUESTRA.....	21
TIPO DE MUESTRA.....	21
VARIABLES.....	22
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
INSTRUMENTOS Y MATERIALES UTILIZADOS.....	27
RESULTADOS	28
RESULTADOS CUALITATIVOS.....	28
RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	41
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	53

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....54

RESUMEN.....55

BIBLIOGRAFÍA.....56

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Es lugar común en los análisis de las reformas al sector salud en Latinoamérica y particularmente en Chile que en las últimas décadas se evidencia un fomento a la privatización de los servicios, en concordancia con los principios del liberalismo económico que impera en el orbe. Lo relevante de ello es que los sistemas privados de salud, a diferencia de un sistema de medicina social, limitan el acceso de las personas a los servicios en función de su capacidad adquisitiva y en vista a un modelo de salud que pone su énfasis más en los aspectos terapéuticos que en los preventivos, suscitando como resultado consecuente, que las personas con más recursos, presenten un riesgo menor de enfermar y sus enfermedades ostenten un potencial menor de agravamiento, a diferencia de quienes viven en la pobreza, que no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen una menor oportunidad de acceso a los servicios de salud y, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades tienden a agravarse. Esta situación es peor aún en temas de salud bucodental, por lo que se requiere una sensibilización de esta problemática de forma contundente y empíricamente respaldada, en vista a los contextos de desigualdad social en que se transita.

Si asistimos, entonces, al fortalecimiento de la tendencia privatizadora del sector salud, incluso público por la tercerización de los servicios, las medidas redistributivas frente a la desigualdad económico-social seguirán siendo, más que nunca, una responsabilidad social que requerirá cada vez más la participación de la sociedad civil, ya que es la principal afectada.

No obstante, el movimiento social civil en Chile, y parafraseando al historiador chileno Gabriel Salazar (2012)¹, se ha caracterizado históricamente por *“el aplastante peso protagónico del Estado sobre la sociedad y, junto con eso, por la exaltación hegemónica del sistema parlamentario, de los partidos políticos, del mercado e incluso de las Fuerzas Armadas, situando a la **sociedad civil en una posición subordinada y políticamente marginal**”*, de forma tal que, cuando los actores sociales han actuado como ciudadanos y con autonomía frente a las decisiones distributivas de esos poderes hegemónicos, han sido invariablemente calificados de anomia social y tratados represivamente, *“a partir de las mismas leyes que protegen al Estado”*, las cuales sancionan *“toda irrupción ciudadana no prevista en la Constitución”*, desde allí, entonces, que la emergencia de los movimientos sociales *“aceptados”*, que son solamente aquellos que acatan la constitución y las leyes, permite valorarlos por su posición estratégica en la comunicación con el Estado. Pues, por un lado, cuentan con el respaldo normativo en torno al cual se constituyen, y que les permite levantar legítimamente demanda social en salud y particularmente en salud bucodental, y, por otro, están en contacto directo con las necesidades y problemáticas de los pobladores y vecinos a quienes representan.

Este potencial reivindicativo de la organización social normada está plasmado en la Ley 19.418, sobre Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias, y en la Ley que regula los Consejos de Salud, donde los dirigentes poblacionales tienen espacio.

En vista a lo anterior, es legítimo preguntarse, **¿Los presidentes de los Consejos Locales de Salud que paralelamente presiden la Junta de Vecinos de su sector, disponen de conocimientos y competencias, dirigenciales generales y para la articulación de las necesidades en salud bucodentaria comunitaria con la gestión pública local en salud, evidencian una condición clínica bucodentaria de mejor calidad?**, pues se entiende que una sociedad civil fuerte, organizada, que participa activamente en la gestión pública y hace sentir sus necesidades y aspiraciones, es la mejor garantía para la construcción de la sociedad igualitaria y equitativa que subyace en el ideario colectivo.

Si aceptamos la importancia, la complejidad y el rol histórico que representan los dirigentes sociales en la determinación de sus conductas personales y colectivas², interesa a este estudio identificar el conjunto de saberes, opiniones y creencias que sustentan en relación a su condición dirigencial y a sus competencias para levantar demanda social en salud bucodental, que es el ámbito donde las desigualdades sociales en salud son más drásticas. Propuesta que recoge la política de salud de nuestro país cuando acuña que la *“valoración de las necesidades de salud de la población, se logra a través de la investigación, recopilación y análisis de información sobre el estado de la salud y las necesidades de la comunidad”*³.

A pesar de la relevancia social que presenta este tema en Chile, por la importante desigualdad que existe en salud Bucodentaria, principalmente por la falta de coberturas Odontológicas vigentes actualmente en el sistema de salud público, lo que provoca la pérdida prematura de piezas dentales principalmente de las personas de escasos recursos que no pueden acceder a la salud privada, sin desconocer que en los últimos años han aumentado las coberturas, estos esfuerzos siguen siendo insuficientes. Pese a lo anterior, no existe ningún estudio previo que relacione a los dirigentes sociales como agentes directos de participación ciudadana en Odontología dentro del sistema de salud público, ni su vinculación con las autoridades pertinentes, lo que permitiría aumentar el protagonismo desde la comunidad, logrando entrar con fuerza a la agenda política y generar cambios profundos en el sistema.

Para llevar a cabo este esfuerzo investigativo, se desarrolla un abordaje cualitativo, que recoge las subjetividades de los dirigentes en torno a su calidad de dirigentes sociales en tanto impulsores de las prioridades en salud bucodentaria en el contexto de la gestión pública comunal en salud. Al mismo tiempo, que se aborda cuantitativamente la formación dirigencial, nivel educacional y condición personal de salud bucodentaria como un indicador de conocimiento y valoración de este ámbito de la salud.

MARCO TEÓRICO

Señala César Abadía Barrero (2006)⁴ que *“la práctica odontológica consiste en actividades diagnósticas y terapéuticas que se realizan, por lo general, en consultas privadas y consultas públicas, o en servicios de seguridad social de empresas, cooperativas o del Estado. Las consultas en servicios de salud públicos (que no necesariamente son gratuitos) generalmente ofrecen cuidados considerados como básicos, y su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, incluyendo rehabilitaciones simples y complejas. Los profesionales que practican la odontología en el sector privado negocian con la capacidad de pago de las personas y, en muchos casos, los profesionales practican su profesión en varios sectores sociales y combinan las consultas privada y pública”*.

La negociación entre profesional de la salud y paciente se basa en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago.

Si se destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Pero, este proceso no se dispara espontáneamente, es necesario levantar la demanda social pertinente. Y es aquí donde se inscribe el rol de las organizaciones sociales y de sus dirigentes, quienes disponen de los instrumentos normativos y los provenientes de la participación social para impulsar reivindicaciones en salud oral.

En mérito a ello se revisará la naturaleza y funciones de estas instancias para comprender su potencial de transformación social en salud oral.

I. ORGANIZACIONES SOCIALES Y DIRIGENCIA SOCIAL.

Las Juntas de Vecinos: Constitución, Historia y Facultades Normativas

Una persona es pieza relevante en todo proceso de construcción social y más aún cuando se trata de organizaciones locales que es donde se relacionan los intereses de las comunidades por medio del diálogo entre sujetos. El entendimiento producido entre organizaciones corresponde a un juego de voluntades, posicionando dichas deliberaciones a favor de un objetivo en específico, plasmando una determinada visión de mundo

Las organizaciones vecinales han existido desde los inicios del siglo XX, el movimiento poblacional es su principal antecedente histórico, a través del cual los sectores marginados y desfavorecidos organizaban grandes huelgas y tomas de ciudad (Valparaíso 1903, Santiago 1905).

Son colectividades con fuerte incidencia sindical quienes reclamaban por mejores condiciones y salarios laborales, y a pesar de lo representativo y masivo del

movimiento, eran solo una parte de las organizaciones que bregaban por una transformación en la estructura social del país. Para 1907 en la quinta región se organiza el Comité Unión de Vecinos de Cerro Alegre la cual vendría siendo una de las primeras agrupaciones vecinales. En Santiago el año 1924 se desarrolló un sistema de Municipalidades Provisorias que se llamaron Juntas de Vecinos. Eran organizaciones que discutían de qué forma se relacionarían con el Estado, si en términos de colaboración o confrontación. De esta manera las organizaciones vecinales se planteaban fomentar el desarrollo local y la gran mayoría de los representados, participaban a la vez en otra organización poblacional o comunitaria.⁵ Décadas más tarde y producto de la movilización de estos grupos pobres, una mayoría de la sociedad chilena comienza a incorporarse en asociaciones civiles y de esta forma se crea el Frente Popular, conformado por partidos políticos, pero sustentado en una masiva adhesión popular y nacional.

Esto marca la lucha por la sobrevivencia y los derechos básicos, destacando el papel jugado por las organizaciones y sus representantes. Sin embargo con el creciente protagonismo que tomaban el Frente Popular y los partidos políticos, la organización vecinal y territorial disminuyó su lucha barrial para sumarse al camino electoral y de militancia política. Fue así como muchas agrupaciones dejaron la lucha y la revolución para arrimarse a estrategias políticas y de esta forma las reivindicaciones pasan a convertirse en peticiones hacia el Estado, quien se transforma en el protector de los ciudadanos. Sin embargo las prácticas reivindicativas y poblacionales resurgieron producto de la incapacidad del Estado Protector de responder las problemáticas que afectaban a los sectores vulnerables, lo que se caracterizó como la cuestión social y la emergencia de poblaciones callampas, la migración campo-ciudad entre otras. Un hecho inconfundible, desde el punto de vista vecinal, es la toma de La Victoria acontecida en 1957.⁵

Surgen dos caminos de organización vecinal. Las dos alternativas son: la lucha por los derechos básicos donde las organizaciones de base son las protagonistas bajo la lógica de adelanto barrial, que utiliza formas contestatarias y opositoras al Estado y la segunda que visualiza al Estado como un apoyo y colaborador. Así en los años 60 se crean varias agrupaciones como JV (150 en 1968), grupos de Adelanto, entre otras, como también aumenta el número de pobladores que participan en ellas. De esta forma el Estado empieza a observar en las Juntas de Vecinos una instancia de interacción con las bases sociales con el fin de representar a todos los sectores de la sociedad. Durante el gobierno de Frei Montalva hay una fuerte proliferación de organizaciones que ven posibilidades de integración a estos espacios. Entonces se propuso un proyecto de ley (16.880) de Juntas de Vecinos para abrir canales de participación a los grupos sociales.

El estado del País en los 70 se vuelve crítico y se agudiza la situación económica, se multiplican las tomas y a pesar de los esfuerzos gubernamentales, no se da una respuesta óptima a los más necesitados. Las organizaciones se radicalizan, las fuerzas opositoras a la Unidad Popular defienden la propiedad privada y el patrimonio vecinal, mientras las agrupaciones de izquierda que mayoritariamente apoyan al gobierno, son parte de los Comités de Casa, de las Juntas de Abastecimiento Popular (JAPs), donde la vivienda y los bienes de consumo básico son organizados por los pobladores. Las

JAPs organizaban el consumo con la participación directa de pobladores, con la coordinación de la distribución y el control de los precios, contando con la colaboración de los detallistas. A esta seguidilla de participación se le agrega la creación de los **Consejos Locales de Salud** donde los pobladores tenían contacto directo con el personal de la zona para organizar la atención. Se suman otras iniciativas como las ollas comunes, los comprando juntos, talleres productivos en fin. Además el gobierno empezó aceptar iniciativas tradicionalmente negadas como las tomas, donde no era tan solo tomarse el terreno, sino también gestionarlo y darle una administración participativa. Por lo tanto el Estado ya no tenía como misión integrar a los grupos marginados sino transformar la realidad chilena. Recién en 1970 se constituyen legamente las JV puesto que la ley no había sido aprobada en el parlamento. Bajo esta ley el número de JV y Centros de Madres aumenta considerablemente, ya que para el año 70 habían 1.480 juntas de vecinos en su mayoría, para el año 72 ascendieron a 52.226 convirtiéndose los centros de madres en mayoría para que finalmente, en el año 74, el número de organizaciones se redujera a 432 producto de la dictadura militar. La Dictadura militar no elimina las organizaciones, sino que designa a sus líderes, por lo tanto pierden el carácter democrático y participativo. Es decir que la realidad antes descrita se ve cortada por la represión del Golpe militar, que suprime los derechos ciudadanos y que fragmenta y desbarata la organización vecinal y política en todas sus formas.⁵

Facultades Normativas

Las Juntas de Vecinos tienen su primera expresión normativa el año 1968, a través de la ley 16.880, del 19 de julio de ese mismo año (gobierno de Frei Montalva). En marzo del año 1974, la dictadura de Pinochet dictó el Decreto Ley 349 que intervino las JV, los colegios profesionales y las fundaciones. Situación que se mantuvo por más de quince años. El 30 de diciembre de 1989, los últimos días de la dictadura, se dicta la ley 18.893, que como principal aporte permite la constitución de más de una JV por territorio vecinal y no define los objetivos de éstas. Producto de la no fijación de objetivos claros, se otorga a las autoridades que aun eran de la dictadura, mayores facilidades electorales de perpetuarse en el poder.⁵ Recién el año 1995, es decir cinco años después de recuperada la democracia, se dicta la ley 19.418 la cual incorpora objetivos claros e integra el concepto de organizaciones funcionales como clubes deportivos, culturales, etc. La ley anterior a la 19.418, es decir la 18.893, presentaba ciertos problemas que la actual ley 20.500 supone resolver, como el hecho de que en una unidad vecinal puedan formarse más de 3 JV y Centros de Madres lo que incentiva la proliferación de organizaciones.

Finalmente para el año 1995, se promulga la ley 19.418 que tiene las siguientes características:

- a) **Unidad vecinal:** El territorio en que se subdividen las comunas, para efectos de descentralizar asuntos comunales y promover la participación ciudadana y la gestión comunitaria, y en el cual se constituyen y desarrollan las funciones de las juntas de vecinos.
- b) **Juntas de vecinos:** Las organizaciones comunitarias de carácter territorial representativas de las personas que residen en una misma unidad vecinal y

cuyo objeto es promover el desarrollo de la comunidad, defender los intereses y velar por los derechos de los vecinos y colaborar con las autoridades del Estado y de las municipalidades.

- c) **Vecinos:** Las personas naturales, que tengan su residencia habitual en la unidad vecinal. Los vecinos que deseen incorporarse a una junta de vecinos deben ser mayores de 18 años de edad e inscribirse en los registros de la misma.
- d) **Organización comunitaria funcional:** Aquella con personalidad jurídica y sin fines de lucro, que tenga por objeto representar y promover valores e intereses específicos de la comunidad dentro del territorio de la comuna o agrupación de comunas respectiva.

Por lo tanto las Juntas de Vecinos buscan promover la integración, participación y el desarrollo de los vecinos de una localidad. La JV puede representar a los vecinos ante las autoridades para lograr convenios de desarrollo; gestionar la solución de problemas ante las autoridades; proponer y ejecutar proyectos que beneficien a los vecinos; determinar carencias de infraestructura (alcantarillado, iluminación, etc.), entre otros. Sin embargo, se observa que la participación promovida, muchas veces es manipulada por la búsqueda de fines concretos de las personas, o sea, tiene un carácter cortoplacista y sin direccionalidad en el tiempo. Se manifiesta de esta forma, un interés de los vecinos, el cual ha sido traducido en participación interesada de parte de algunas gestiones y algunos casos de estos, corresponden a “demandas puntuales como lo son la seguridad ciudadana, el agua potable, la pavimentación participativa, la obtención de la vivienda entre otras problemáticas”.⁶

Para describir las facultades normativas los instrumentos participativos comienzan desde la gestión pública, es decir desde la planificación local, en la cual la ley 18.695 reconoce tres instancias; el Plan Regulador, el Presupuesto Municipal y el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO). Con referencia a los PLADECO, un estudio señaló que los alcaldes y profesionales de planta municipal, percibían que la gestión local sería igual que sin esta herramienta participativa. Es decir que la utilidad del Plan se ve cuestionada por quienes la aplican. Un caso lo evidencia “la Región de Los Lagos que para el 2002, de 42 municipios, solo 21 tenían Plan de Desarrollo Comunal, mientras solo 11 lo ocupaban en su gestión municipal”.⁷

Por otro lado las municipalidades también tienen una ordenanza de participación que pueden realizar a voluntad. Estas formas de participación, están enmarcadas legalmente dentro de nuestra jurisdicción, específicamente en la Ley Orgánica de Municipalidades (LOCm) creada el 1999 y editada en innumerables ocasiones los años posteriores. De tal forma urge referirse a sus instrumentos participativos, caracterizados en las siguientes y jerárquicas figuras:

1. Ordenanza de Participación: Este instrumento faculta a cada municipio a establecer su propia Ordenanza de Participación que refleje las modalidades de participación de la ciudadanía local, tales como territorio comunal, localización y conformación etárea de la población, actividades características de la comuna, etc.

2. Consejo Económico y Social Comunal (CESCO): Organismo compuesto por representantes de la comunidad local, asesor de la municipalidad, que asegura la participación de las organizaciones comunitarias.

3. Audiencias Públicas: Reguladas en la propia ordenanza municipal de participación, su propósito es establecer un medio a través del cual un número determinado de vecinos – variables según población comunal- planteen una materia a someter a conocimiento por parte del Concejo

4. Oficinas de Información y Reclamos: También regulada en la Ordenanza Municipal de Participación donde se establece que cada municipio debe habilitar y mantener dicha oficina, abierta a la comunidad en general, su objetivo refiere además al establecimiento de procedimientos públicos para enfrentar reclamos

5. Plebiscitos Comunales: Conforme a los procedimientos señalados en la propia Ley

Orgánica de Municipalidades, el Alcalde, el Concejo o la iniciativa Ciudadana, puede someter a referéndum materias relativas a inversiones de desarrollo comunal, aprobación o modificación del Plan de Desarrollo Comunal – PLADECO

La organización es una fracción del modelo socio-comunitario que se integra con propiedades interdependientes, cuya relevancia reside en que son dichas propiedades las que explican las costumbres y prácticas organizativas, ya que esta puede ser creada, desarrollada o compartida, hecho que nos radica a la cotidianidad y al día a día para indagar las carencias y la idónea estrategia para resolver problemas. En consecuencia, la organización es una situación que posibilita un mejoramiento permanente puesto que de ella emanan potenciales oportunidades de transformación social a nivel comunal.⁸ Entonces las organizaciones entendidas como sistemas sociales se identifican por la competencia en la unificación de un interés general a partir de una especificidad iniciada en actitudes y prácticas respectivas.⁹

Una característica distintiva de los dirigentes territoriales es que no tan solo son representantes de sus comunidades, también son parte de ellas y en consecuencia padecen las mismas carencias que sus asociados. Este hecho muchas veces propicia que las decisiones se tomen en ambientes democráticos donde todos estén en igualdad de condiciones al momento de opinar y participar sobre ciertos temas.

La dirigencia en sus tareas debe conocer los problemas de sus representados y cualquier socio que tenga una precaución por lo social y una vocación de servicio público, podría ser un buen líder, pero principalmente los directivos de organizaciones se caracterizan por lo siguiente:

- Ser guía y orientador puesto que acompaña a la organización preocupándose de brindar soluciones de desarrollo y progreso a la comunidad entera.
- Liderazgo y Conducción que debe coordinar el funcionamiento óptimo y participativo de la organización

- Representación en tanto comportamiento grupal que se concreta en la voz de su informante y confianza en el liderazgo que su portavoz pueda desplegar defendiendo las decisiones de su comunidad.¹⁰

Un aspecto relevante de la labor del dirigente social es la entrega a la tarea que comete – en caso de ser activo - para incorporarse en el accionar organizacional, pero estos no están capacitados para enfrentar amenazas como ser parte de un conformismo despersonalizado que acabe transformando al dirigente en un servidor de alguna institución o autoridad pública o simplemente en un personaje útil al sistema.¹¹ “En el ámbito sociopolítico son apreciables las transformaciones en las relaciones vecinales y municipales, puesto que en las interacciones se revela una dependencia de los dirigentes barriales hacia la administración pública, precisamente el gobierno local.

El dirigente debe tener una red de contactos que consista en poseer lazos funcionales y ser conocido en el sometimiento relacional impuesto por la autoridad local para de esta forma obtener recursos. Esto demuestra que la trayectoria dirigencial de las personas que se vuelven directivos de JV tiene mucho de improvisación, ya que según las lógicas concertadas anteriormente, la dirigencia tiene poca capacidad de influir en la toma de decisión sino es siendo cooptados por las fuerzas políticas, utilizando canales de diálogo u ocupando medidas de presión, ya que al parecer la diversidad y seriedad de los problemas vecinales, va más allá del campo de acción que la directiva puede tomar, lo que indica que gran parte de las soluciones a problemas vecinales, no están en las manos de la Junta de Vecinos.^{12, 13}

GESTIÓN REIVINDICATIVA

Existe en la memoria colectiva de los dirigentes un orden para conseguir respuestas a sus demandas, desde la organización de la demanda, a la presión, negociación y obtención parcial o total de lo reivindicado por parte del Estado.¹⁴

Es así como, desde diversos actores de la sociedad, se han levantado movimientos sociales para conseguir soluciones a problemas que atañen a una gran parte de la comunidad, o al menos a un gran grupo de personas.

Hace ruido en nuestra memoria reciente, el movimiento impulsado por el periodista Ricarte Soto, que debido a su diagnóstico de cáncer al pulmón, conoció la realidad de mucha gente con diagnósticos catastróficos y que no eran capaces de costear su tratamiento.

Fue así como, usando los medios de comunicación a los cuales pertenecía, pudo extender su lucha a los demás enfermos del país, llamando a estos a marchar para reformar la salud, viéndose los resultados en la manifestación denominada "La marcha de los enfermos", que movilizó a miles de personas por diversas ciudades del país. Se obtuvo pronta respuesta, y el ministro de Salud, Jaime Mañalich, anunció la creación del Fondo Nacional de Medicamentos, bautizada como "Ley Ricarte Soto", en honor al periodista.

Consiste en un sistema de protección financiera que garantiza el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alto costo, dirigida a los beneficiarios de todos los sistemas previsionales chilenos de salud, sin importar su situación económica. Las enfermedades de alto costo son aquellas que tienen un valor igual o superior al 40% del ingreso promedio familiar anual, descontando los gastos básicos de subsistencia.

La Normativa fue aprobada el 20 de Mayo del 2015 por la cámara de diputados, para ser promulgada por la Presidenta de la República el 1 de Junio de este mismo año, con un plazo de 90 días para que comience a regir. Destinando para el primer año de implementación 30 mil millones de pesos, duplicando la cifra para el año 2016 y planificando aumentar a 100 mil millones de pesos el presupuesto para el año 2017. Aquí podemos observar un claro ejemplo de cómo se pueden lograr cambios desde el Gobierno, al saber como organizarse y realizar las demandas, en definitiva queda reflejado como se puede construir en forma colectiva una sociedad más equitativa y que sea reflejo de las demandas ciudadanas.

Es por esto, que el dirigente, como líder de su comunidad, debe ser competente en especializar y tecnificar sus demandas, incrementando sus capacidades para elaborar diagnósticos, establecer prioridades, estudiar factibilidades, establecer propuestas y representarlas formalmente al Municipio, entidad encargada de recoger y canalizar al Estado estas demandas.

II. SALUD

SALUD BUCODENTARIA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD GENERAL

Las enfermedades bucales son altamente prevalentes y en la actualidad representan un importante problema de salud pública a nivel mundial, sobre todo en personas de avanzada edad, tanto por su prevalencia, por su impacto en los individuos y en la sociedad, así como por el alto costo de sus tratamientos.

Las características de la salud sistémica en las personas mayores conlleva cambios en la composición corporal, aumento de las enfermedades crónicas, alteración de la función inmune y declinación de la función cognitiva, sumado a la características propias de la atención dental, convierten a la mantención de la salud bucodentaria en una tarea compleja, adquiriendo especial relevancia cuando se contrasta con las evidencias científicas e informes basados en estudios epidemiológicos que revelan que una salud bucodentaria deficiente contribuye al deterioro del estado de salud general de las personas. El efecto de la infección microbiana de la boca en el resto del organismo no es un concepto nuevo y se remonta a los antiguos asirios antes de Cristo.

Según estudios del Ministerio de Salud, en Chile sólo 1% de los adultos mayores conserva la totalidad de sus dientes, lo que conlleva una serie de problemas colaterales.

Las infecciones bucodentales como las caries y la periodontitis son las enfermedades crónicas más comunes del mundo. Destruyen el esmalte, la dentina, las superficies de las raíces y parte del periodonto (ligamento, encía, cemento y hueso alveolar). En la cavidad bucal más de 400 especies de bacterias crean una capa que constituye un exquisito sistema ecológico y los primeros colonizadores del lugar son los estreptococos, que contribuyen a iniciar la caries dental. *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* y *Treponema denticola* son colonizadores asociados con la periodontitis. Cuando estas bacterias se acumulan (108 o 109 unidades formadora de colonias por milígramo de placa dental) se adhieren a las superficies de los dientes y liberan continuamente elementos nocivos y metabolitos, especialmente lipopolisacáridos.¹⁵

Frente a estas infecciones, el huésped suele desarrollar una respuesta inflamatoria crónica y exagerada como consecuencia del ataque microbiano. A partir de un área infectada, los microorganismos son capaces de provocar lesiones en tejidos distantes, a pesar de que no exista comunicación anatómica entre ambos. Por lo tanto se pueden determinar dos focos de infección; el primero que sería la zona donde hay microorganismos patógenos y el foco secundario que sería la localización metatásica de esos microorganismos. En la cavidad oral hay dos focos sépticos de importancia, el apical y la bolsa periodontal.¹⁵

En cuanto al proceso apical, los microorganismos patógenos se encuentran dentro de una cápsula, limitados por tejido óseo con poca vascularización y protegidos contra toda injuria externa. En cambio, si nos referimos a una bolsa periodontal, el epitelio está ulcerado y en el conectivo, los vasos aumentan en número y diámetro, por lo tanto los microorganismos tienen mayor acceso al torrente circulatorio y tienen mayor posibilidad de causar un foco secundario.

La diseminación de estos microorganismos de la cavidad oral hacia el resto del organismo puede ser por vía hematógena o por vía aérea, en forma de aerosoles contaminados. Según el estado de salud del huésped se puede desarrollar una enfermedad sistémica, en el primer caso, o una infección de las vías respiratorias en el segundo.

Concepto clásico de enfermedad bucodentaria.

- Causa pérdida de dientes.
- Sangrado gingival.
- Halitosis.

Concepto actual de enfermedad bucodentaria.

Factor de riesgo para:

- Enfermedades Respiratorias
- Enfermedades cardiovasculares.
- Partos prematuros y nacimiento de niños de bajo peso
- Úlceras gástricas.
- Agravamiento de diabetes.¹⁶

Enfermedades Respiratorias

Hay ciertas enfermedades que pueden estar influenciadas por condiciones orales, ellas son: bronquitis crónica, enfisemas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Estas patologías se presentan en mayor número en los pacientes de tercera edad, ya que en estos pacientes la edad se ha convertido en un factor de riesgo. A más edad, presentan una enfermedad periodontal más grave y esto causa el aumento de los microorganismos con el consecuente incremento del número de gérmenes que entran al tracto respiratorio durante la broncoaspiración. Generalmente estos pacientes están internados en instituciones geriátricas, y es muy raro que le limpien la boca, controlen el nivel de higiene oral o el grado de salud periodontal.

La patogenia de la neumonía bacteriana en adultos se basa en la diseminación de los microorganismos patógenos orales por vía aérea hacia las vías respiratorias y parénquima pulmonar, cuando fracasan los mecanismos de defensa del huésped, las bacterias se multiplican y causan la infección. Los microorganismos involucrados son: estreptococos neumoniae, estreptococos pyogenes, micoplasma pneumonia y haemophilus influenzae. Otros microorganismos involucrados pueden llegar a la región orofaríngea provenientes de la cavidad oral mediante la aspiración de los mismos, entre ellos encontramos: Aa, eikenella corrodens, prevotella intermedia, streptococos constellatus. Existiendo coincidencia de patógenos del proceso infeccioso del parénquima pulmonar y las que se encuentran adheridas a placa subgingival.

Enfermedades Cardiovasculares

Cada vez se observa con mayor frecuencia una estrecha relación entre las infecciones bucodentales (incluida la periodontitis) y las enfermedades cardiovasculares. Varios estudios muestran que si se controlan los factores de riesgo como la edad, el sexo, las altas concentraciones de colesterol, el peso, la hipertensión y otros, las personas con enfermedad periodontal corren mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que el resto de la población. *Chlamydia pneumoniae* y otros organismos patógenos de la placa dental bucal que producen lipopolisacáridos pueden por vía de la circulación infectar los tejidos cardiovasculares y contribuir al desarrollo de aterosclerosis y al riesgo de isquemia e infarto del miocardio. En la placa dental de más de 60% de los adultos se encuentran también *Streptococcus sanguis* y *P. gingivalis*, que contienen una proteína asociada con la acumulación de plaquetas (PAAP), la cual, se sospecha, podría llevar al infarto del miocardio.

Partos prematuros y nacimientos de niños de bajo peso

El parto prematuro representa una de las principales complicaciones durante el embarazo, representando un riesgo para los recién nacidos, ya que tienen una mayor probabilidad de padecer problemas de salud a corto, largo y mediano plazo, esto

debido principalmente a que sus órganos vitales son inmaduros e incapaces de adaptarse a su nueva realidad fuera del útero.

El nacimiento de niños de bajo peso (peso menor a 2.500 g) y partos prematuros (antes de la semana 37) pueden deberse, entre otros factores importantes a la infección.

Se propuso la hipótesis de focos de infección subclínicos o crónicos como causa de la complicación obstétrica. Es posible que infecciones bucales como la enfermedad periodontal, con alta carga de microorganismos anaerobios gramnegativos, sirvan de reservorio de bacterias y productos bacterianos que puedan afectar a la unidad fetoplacentaria. También es posible que las citocinas que son producidas en el periodonto se trasladen hasta el entorno corioamniótico y sugieren que la presencia de los LPS en las bolsas periodontales estimulan la vía de las PGE₂, siendo estas responsables de controlar el proceso de parto y al estar aumentadas debido a la infección se produzca el parto prematuro.

Úlceras Gástricas

El *Helicobacter pylori* es factor de riesgo muy importante para producir cáncer gástrico, también se lo encuentra fuertemente asociado a las úlceras gástricas. Este microorganismo se transmite por vía bucal y se ha encontrado en la saliva, en la placa dental y en las heces.

Agravamiento de la Diabetes

Existe una relación directa entre enfermedad periodontal y diabetes, la diabetes incrementa el riesgo de sufrir periodontitis, siendo la única enfermedad sistémica asociada a la pérdida de adherencia epitelial y por otro lado el tratamiento periodontal influye sobre el control de la diabetes en forma positiva. La infección en la boca puede aumentar los niveles de azúcar en la sangre y hacer que la diabetes sea más difícil de controlar. Asimismo aunque con mucha menor frecuencia y relevancia, la diabetes también podría causar otros problemas bucales como infecciones oportunistas como la candidiasis oral, boca seca, boca ardiente, agrandamiento de las glándulas salivales, infecciones post-exodoncia y alteraciones en la percepción del gusto.¹⁶

Así según reporta el Minsal, los indicadores de morbilidad más representativos de la población de adultos mayores en Chile son la hipertensión y la diabetes, lo que se suma al deterioro de la salud bucodentaria, sin embargo no habría conocimiento de la relación existente entre la boca y la salud general y lo que el descuido de lo primero podría repercutir en lo segundo y viceversa, lo que confirma la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2006, donde el 54% de los adultos mayores entre 65-74 años y un 51% de los mayores de 75 años cree que la salud bucal afecta su calidad de vida rara vez o nunca.¹⁷

La buena salud puede comenzar con la boca, siendo la infección periodontal un padecimiento frecuente, el alcance del reconocimiento de la misma como un factor modificable es crucial para ayudar a controlar un problema mayor de salud pública.¹⁸

PERFIL DE NECESIDADES DE SALUD BUCODENTARIA DE LA POBLACIÓN CHILENA.

Según la OMS: “La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, Cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal...” (OMS 2007)

- Los problemas de salud bucodental que presenta la población de Chile son de alta prevalencia, al igual que los existentes en otros países en vías de desarrollo
- Según la información disponible a nivel nacional, más del 90 % de la población tiene caries dental, con un promedio de 12 piezas dentarias comprometidas por persona. El inicio de la caries dental es muy precoz, la población infantil a los 6 años ya presenta 10, 5 piezas afectadas.
- La prevalencia de caries es de un 79.9% en escolares de 6 a 18 años de la Región Metropolitana.
- De acuerdo al banco de datos epidemiólogos de la O.M.S. Chile se encuentra clasificado entre los países con una alta prevalencia y severidad de caries dental.
- El 68% de la población tiene lesiones inflamatorias y traumáticas del periodonto y el 18 % de ellas, son de tipo destructivo.
- La prevalencia de gingivitis es del 92 % en escolares de 6 a 9 años y del 96 % en escolares de 12 a 18 años, relacionados directamente con el grado de higiene bucal. (Región Metropolitana 1986)
- Las más altas prevalencias de gingivitis y enfermedades periodontales se presentan en los grupos del nivel socio – económico bajo. Como consecuencia de lo anterior, el 72 % de la población tiene mutilado su aparato masticatorio, con un promedio de 7 piezas dentarias perdidas en los mayores de 15 años.
- El 65 % de la población menor de 14 años, presenta algún grado de maloclusión y anomalías buco-maxilofaciales.
- El 40 % de los pacientes politraumatizados presenta compromisos dento maxilo facial, requiriendo por ello, atención multidisciplinaria.
- El 5 % de las lesiones malignas diagnosticadas se presentan en el territorio buco – maxilo – facial.¹⁹

En este estudio se describirán las siguientes patologías bucales, vistas de forma clínica y definida según la Organización Mundial de la Salud, la AAP (Academia Americana de Periodoncia), el destacado investigador brasileño

Henostroza, la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), la NIH (National Institute of Health) y el MINSAL.

POLÍTICAS DE SALUD BUCODENTARIA

El desarrollo del Sistema de Salud en Chile data desde tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI); desde entonces, se ha expandido y consolidado paulatinamente, hasta llegar a configurar la compleja estructura actual, constituida por múltiples instituciones del ámbito público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial. Comenzó como servicios locales de salud que inicialmente estaban bajo responsabilidad local, especialmente con instituciones de tipo religioso, caritativo o de beneficencia.

En la primera mitad del siglo XX, se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria de la población. El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 y utilizó la integración de los diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud. Durante su existencia, llegó a ser la principal institución nacional de salud, su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con bastante menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. La reforma radical del sistema de salud que se llevó a cabo en el período del régimen militar fue coherente con la reforma política y económica global adoptada; descentralización con atención primaria delegada a la administración municipal y una privatización directa o indirecta de sus funciones. En 1979 se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La creación del régimen de prestaciones de salud fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público (FONASA/ISAPRES). Desde el regreso a la democracia, se lograron realizar inversiones y fortalecer programas basados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como por ejemplo los programas de salud de Chile crece Contigo y la ley de Garantías Explícitas en Salud.

En Chile, la Odontología se consolidó como disciplina médica a nivel hospitalario durante la época comprendida entre 1891-1927. En 1892 se estableció formalmente el primer consultorio externo de especialidades en el dispensario del hospital San Juan de Dios: medicina general, cirugía general, pediatría, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, venereología, urología y servicio dental. Desde este hito la Odontología fue tomando protagonismo y se convirtió en parte fundamental de cada uno de los Servicios de Salud de los S.N.S.S.

Las afecciones de la cavidad oral constituyen un grave problema de salud pública. Inciden colectivamente observándose ausentismo laboral y disminución del

rendimiento, afectando negativamente a la productividad. Para el individuo la cavidad bucal le permite comer, ingerir los nutrientes necesarios, le hace posible comunicarse a través del lenguaje, expresar emociones, pensamientos y sensaciones, establecer un contacto íntimo y social para desenvolverse en su mundo.

Por todo esto, el estado ha implementado políticas de salud pública tanto en la prevención como en la cura de estas enfermedades.

Una de las medidas más importantes de prevención de las caries ha sido la fluoración del agua potable²⁵, en Chile se comenzó en 1953 dejándose por falta de recursos, para recomenzar en 1985, con un plan piloto en la V región por su baja concentración de flúor en sus aguas. Se comenzó a extender a otras regiones del país en 1996, llegando a un 72% de la población nacional. Hay zonas rurales donde no existen redes de agua potable, o hay poca cobertura, se implementó por Ministerio de Salud y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) el programa de alimentación escolar con leche fluorada (PAE/F)²⁶ en los grupos de mayor riesgo cariogénico.

En el área preventiva se continúa trabajando en el acceso al flúor por el agua y la leche. En el ámbito de la protección y limitación del daño, se ha focalizado la acción en los períodos de erupción dentaria, tanto en dentición temporal como definitiva. A estas edades la educación en salud resulta más efectiva. Por esta razón, se ha priorizado la atención odontológica integral de niños de 2, 4, 6 y 12 años, y de mujeres embarazadas.

Se ha incorporado además el Modelo de Intervención Preventivo Promocional, a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de niños y niñas preescolares.²⁷ Esta iniciativa ha reforzado la estrategia de instalación temprana de hábitos saludables de higiene y alimentación.

Muchos actores fuera del sector salud han participado en estas estrategias. En el ámbito preventivo, la JUNJI, INTEGRA, JUNAEB y MINEDUC. Estas instituciones, estrechamente vinculadas, facilitan el desarrollo de programas en establecimientos educacionales y apoyan la formación de hábitos de salud bucal. Por otro lado, las empresas sanitarias son responsables de la implementación, desarrollo y autocontrol del Programa de Fluoración del Agua Potable para prevenir caries dentales.²⁸

En el área de diagnóstico y tratamiento, los municipios, JUNAEB y los prestadores asociados a ISAPRES participan en proteger y limitar el daño de la salud bucal en las edades de mayor riesgo biológico. Junto con ello, las universidades y sociedades científicas, en colaboración con el Colegio de Cirujanos Dentistas AG y empresas privadas del rubro de higiene bucal, realizan capacitación del recurso humano para mejorar sus competencias, junto con el desarrollo de campañas de educación con contenidos de autocuidado en salud bucal.

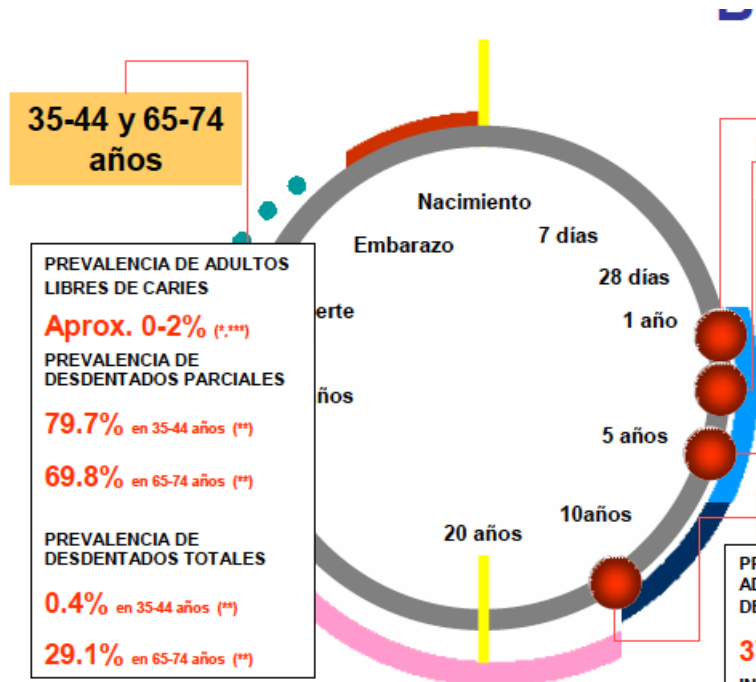


Fig Nº 1: Programa odontológico a través del ciclo vital.

El estado prioriza las patologías bucales más prevalentes en los grupos etarios más vulnerables, en relación al perfil epidemiológico de salud bucal en ciclo vital.²⁹

Y así surgen nuevos programas de salud bucal y se incorporan patologías bucales a la ley de Garantías Explícitas de Salud (GES), plan que se comenzó a implementar el año 2006, y que garantiza la cobertura de ciertas enfermedades, dando garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. En cuanto a la salud oral, este plan integra las siguientes atenciones dentales³⁰:

- Salud oral integral de la embarazada: es una oportunidad para resolver problemas de salud bucal y reforzar conocimientos para su prevención y cuidado, ya que este es un período de mayor vulnerabilidad. Permite además que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal, disminuye la carga bacteriana de la madre y su familia recibe herramientas para el cuidado desde su nacimiento, estrategia muy importante considerando que las patologías bucales son esencialmente evitables. Consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante.
- Salud oral integral para niños y niñas de 6 años: consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, para mantener una buena salud bucal. A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y además entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.
- Urgencia Odontológica Ambulatoria: son un conjunto de patologías buco máxilo

faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención.

- Salud Oral Integral del adulto de 60 años: Los Adultos Mayores son el grupo más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su Salud Bucal, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos infecciones de la mucosa bucal. Además, se producen también cánceres bucales y se observan manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. Consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años.

- Más Sonrisas Para Chile: Programa odontológico que busca recuperar la sonrisa y la salud oral de las mujeres chilenas, fomentando el autocuidado, mejorando su autoestima y promoviendo la reinserción social. Estas atenciones se realizarán durante los 4 años del periodo, es decir, 100.000 altas anuales integrales, en el marco del Programa Odontológico Integral.

- Programa de Mejoramiento de Acceso a Atención Odontológica en Población Adulta: Debido a la alta demanda insatisfecha de atención, se crea el Programa de Mejoramiento de Acceso a Atención Odontológica en Población Adulta, que atenderá la demanda espontánea en forma resolutive en Atención Primaria. Las prestaciones odontológicas que se considerarán serán: examen de salud, obturaciones definitivas, tratamientos periodontales (destraje, pulido coronarios y radiculares), preparación pre protésica, radiografías dentales, enseñanza de técnica de cepillado, entre otros. Este Programa comenzará en 2015 con una cobertura del 20% del total de las extensiones horarias odontológicas establecidas.

- Programa de atención odontológica integral a los jóvenes de 4° año medio: La Atención odontológica integral a los jóvenes de 4° año de enseñanza media de colegios municipales y particulares subvencionados, busca beneficiar a más de 180.000 jóvenes, para que se incorporen a la vida adulta en excelentes condiciones de higiene bucal. Se espera la meta de atención de 36 mil estudiantes de Cuarto Medio durante el 2015. La capacidad odontológica instalada en la red de Centros de Salud del país y las características propias de los Adolescentes que cursan cuarto año medio, hacen necesaria la incorporación de una modalidad de atención al interior de los establecimientos educacionales, facilitando el acceso de los equipos de salud y mejorando la adhesividad al tratamiento odontológico, complementada con la atención en extensión horaria en los CESFAM.

- Programa "Sembrando Sonrisas": Programa preventivo de salud bucal dirigido a niños en etapa preescolar y que tiene por objetivo prevenir las caries y enseñar hábitos de limpieza. Contempla las siguientes atenciones: Aplicación dos veces al año de barniz de flúor, entrega de kit de limpieza bucal, entrega de información educativa. El programa está orientado a niños y niñas entre 2 y 5 años pertenecientes a Jardines Infantiles de la JUNJI, de escuelas municipalizadas y particulares subvencionadas del país. Todos los menores tienen acceso a esta cobertura.

- Pago asociado a diagnóstico de libre elección FONASA (PAD): Favorece a todos los adolescentes mayores de 12 y menores de 18 años, para las atenciones de

obtención y endodoncia, quienes podrán atenderse mediante libre elección, con un dentista inscrito o centro de salud privado en convenio, con un 40% de bonificación del costo total de la prestación.

De igual forma, para el fortalecimiento de la Salud Bucal esta se ha incluido en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Ésta se encuentra dentro del gran objetivo número 2:

- Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

Este objetivo contempla en el tema de salud bucal el “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”. Con los indicadores:

- Prevalencia de libres de caries en niños de 6 años
- Promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal

Estableciéndose las metas:

- Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años
- Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal

Las estrategias que se contemplan para el cumplimiento de estas metas son las siguientes:

- Refuerzo y expansión del modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar. Se propone reforzar el componente educativo para la instalación de hábitos saludables de higiene y alimentación tempranamente en la vida, y expandir el programa de preescolares a todos los establecimientos de educación preescolar y básica que acogen a los niños más vulnerables del país. También se plantea mejorar el acceso a los fluoruros de la población más vulnerable siendo necesario mejorar el acceso a fluoruros tópicos en la población más vulnerable, específicamente con dos medidas de probada eficacia: el cepillado con pasta fluorada y la aplicación de flúor barniz
- Reforzamiento del componente de Salud Bucal en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario para lo cual se elaborarán orientaciones técnicas basadas en las mejores experiencias disponibles. El enfoque familiar y comunitario permite abordar al individuo y su familia como un sistema en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural y, a través de intervenciones costo efectivas, lograr satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad respecto a mantenerse saludable
- Disponibilidad de un sistema de registro e información epidemiológica: permitirá evaluar de manera integrada el impacto de los programas odontológicos, mediante la mejoría y monitoreo de los registros existentes, y realización de estudios epidemiológicos para evaluación de cumplimiento de metas de impacto de la Estrategia Nacional de Salud.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Analizar la construcción narrativa en torno a la labor dirigencial general y de articulación de las necesidades comunitarias en salud oral con la gestión pública local en salud, en relación con la condición de salud bucodentaria en Presidentes de Consejos Locales de Salud Valparaíso que ejercen Presidencia de Juntas de Vecinos en sus territorios de origen.

Objetivos Específicos:

Cuantitativos:

- Caracterizar su estado de salud bucodentario, según índice de higiene, necesidad de tratamiento periodontal, prevalencia de lesiones en la mucosa oral, presencia de dolor dental y índice COP.
- Describir los hábitos de higiene bucodentaria, dificultad de acceso a la atención dental y valoración de su salud oral en estos dirigentes.

Cualitativos:

- Categorizar las valoraciones, conocimientos y competencias que declaran estos dirigentes en relación a su labor dirigencial general.
- Categorizar las valoraciones, los conocimientos y competencias que declaran estos dirigentes en relación a su labor articuladora entre las necesidades de salud oral comunitaria y la agenda pública local en salud.
- Comparar la condición clínica de su salud bucodentaria con la valoración de su salud oral en los dirigentes del estudio.

Cuantitativo/Cualitativo:

- Relacionar la condición de salud bucodentaria con los conocimientos y competencias declaradas en gestión dirigencial en salud pública.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO:

La investigación tuvo como finalidad básica sistematizar conocimiento respecto a la percepción de los dirigentes sociales en relación a su accionar en el ámbito de la gestión pública en salud oral a nivel local. Esta investigación es de carácter exploratorio debido a la falta de información disponible en este ámbito y descriptivo por la mixtura de enfoques; cuantitativo y cualitativo, por lo que no pretende establecer una generalización del problema en discusión sino más bien brindar antecedentes para caracterizar el rol de la organización vecinal y de salud en la gestión pública en salud a nivel local.

- **Cuantitativo serie de casos**: vamos obtener información detallada individual de cada dirigente, con ello obtendremos un fondo de común de datos de casos. Esperando conseguir un análisis de estos datos e interpretación de los mismos, para lograr la caracterización del perfil de salud oral del dirigente social.
- **Cualitativo interpretativo**: se busca explicaciones, percepciones, sentimientos y opiniones de los dirigentes entorno a la salud oral, a través de entrevistas, observación y análisis. La muestra de informantes no es estadística ni representativa, sino una selección de miembros de diferentes grupos. Para este análisis cualitativo se utilizó el método de análisis de contenido

SUJETOS DE ESTUDIO:

Presidentes de los consejos locales de salud que presiden la junta de vecinos de su sector de Valparaíso.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyen en el estudio todos aquellos dirigentes que participen activamente de la asociación, incluyendo todas las edades y ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyen de este estudio los dirigentes que lleven menos de un año perteneciendo a la asociación. Se excluyen también aquellos que no consientan ser parte del estudio a través del Formulario de Consentimiento Informado Para Dirigentes Sociales (Ver anexo N°1)

POBLACIÓN:

Dirigentes de la totalidad de Consejos Locales de Salud de Valparaíso.

MUESTRA:

Presidentes de los Consejos Locales de Salud de Valparaíso, consiguiendo la muestra con el total de presidentes que asistan a la reunión de la unión comunal de consejos locales de salud de Valparaíso.

TIPO DE MUESTRA:

Cuantitativa: Se trabajó con una muestra no probabilística intencionada, para intentar incluir a todos los presidentes de los consejos locales de salud de Valparaíso el año 2015.

Cualitativa: se trabajó con una muestra teórica de 5 dirigentes que reúnen las características conceptuales necesarias, y que permitieron la saturación de la información

VARIABLES

1. Edad: Variable cuantitativa discreta.
 - a. Definición operacional: Tiempo que ha vivido una persona, animal o vegetal.
2. Sexo: Variable cualitativa dicotómica.
 - a. Definición operacional: La condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y de las plantas (RAE, 2011)
3. Escolaridad: Variable cualitativa nominal.
 - a. Definición operacional: años completos de estudio
4. Previsión: Variable cualitativa nominal.
 - a. Definición conceptual: el sistema de seguro para los trabajadores.
 - b. Definición operacional: se consideran para este estudio las opciones, sin previsión, AFP, INP y otro.
5. Beneficio de salud: Variable cualitativa nominal.
 - a. Definición conceptual: Es el tipo de cobertura en salud que tiene el individuo y que permite asegurar acceso a atención de salud.
 - b. Definición operacional: se consideran para este estudio las opciones Fonasa (A,B,C,D), otro (Isapre, FFAA, CAPREDENA) y sin beneficio.
6. Periodicidad con la que consultan al odontólogo: Variable cuantitativa continua.
 - a. Definición conceptual: Cantidad de visitas que el paciente realiza al odontólogo según lo relatado por los pacientes examinados y consignado en el cuestionario.
 - b. Definición operacional: Se consideran para este estudio el número arábico que el dirigente indica cada cuantos meses asiste al odontólogo.
7. Razón por la cual no consulta al odontólogo: Variable cualitativa nominal.
 - a. Definición conceptual: Motivo por el cual el paciente no acude a la consulta odontológica.
 - b. Definición operacional: se consideran para este estudio las opciones; costo, espera, dificultad para movilizarse, valoración negativa de la atención, horario, sin dificultad y otro/cuál.
8. Sistema de atención: Variable cualitativa nominal.
 - a. Definición conceptual: se refiere al lugar donde asiste el paciente en caso de enfermedad.
 - b. Definición operacional: En este estudio se consideran las opciones de sistema público o privado.
9. Elementos de higiene oral y frecuencia de uso: Variable cualitativa dicotómica.
 - a. Definición conceptual: Son todos aquellos elementos que utiliza el paciente examinado para realizar su higiene oral.
 - b. Definición operacional: Se consideran para este estudio las opciones; cepillo (Si/No, frecuencia de uso), crema dental (Si/No, frecuencia de uso), hilo o seda dental (Si/No, frecuencia de uso), limpiador de lengua (Si/No, frecuencia de uso), enjuague bucal (Si/No, frecuencia de uso) y otros.

10. Caries: Variable cualitativa nominal.

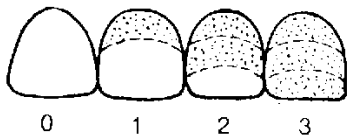
- a. Definición conceptual: Enfermedad infecciosa y trasmisible de los dientes que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta.
- b. Definición operacional: Cavitación o desmineralización pesquizable con la retención de una sonda OMS o con el examen visual realizado por el operador, serán marcadas con rojo en el dentograma. Las opciones son sí o no.

11. Índice COP: Variable cuantitativa

- a. Definición conceptual: Índice que resulta de la sumatoria de los dientes cariados, obturados y perdidos en dientes permanentes.
- b. Definición operacional: Se considera en número la suma de todos los dientes cariados, obturados y perdidos obtenidos del examen de cada individuo.

12. Índice de higiene Green Vermillion: Variable cuantitativa.

- a. Definición conceptual: Índice de valoración de biopelícula dental en las superficies vestibulares de los dientes 1.6, 1.1, 2.6, 4.1 y los linguales de los dientes 3.6 y 4.6.
- b. Definición operacional: Promedio de las mediciones individuales de todos los dientes examinados en boca, divididos por el número total de superficies medidas en cada paciente.



- 0: No hay presencia de residuos o manchas
- 1: Depósitos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de

pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.

- 2: Depósitos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
- 3: Depósitos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

13. Dolor: Variable cuantitativa ordinal.

- a. Definición conceptual: Es una sensación no placentera y la experiencia emocional asociada a un daño tisular.
- b. Definición operacional: Para este estudio se considera la valoración del dolor en escala EVA, siendo 0 ausencia total del dolor y 10 máximo dolor.

14. Estado de la mucosa: Variable cualitativa dicotómica.

- a. Definición conceptual: Se refiere a la presencia, forma y localización de cualquier lesión de la mucosa, la que puede ser compatible con cáncer bucal, leucoplasia, liquen plano, úlcera, GUNA, candidiasis, absceso, otro.

- b. Definición operacional: Para este estudio se considera la presencia o ausencia de este signo.
15. Localización de las lesiones de la mucosa oral: Variable cualitativa nominal.
- a. Definición conceptual: Se refiere a la localización de la lesión presente en la boca.
- b. Definición operacional: Para este estudio se consideran las opciones; borde bermellón, comisuras, labios, surcos, mucosa bucal, piso de boca, lengua, paladar duro y/o blando, bordes alveolares/encías.
16. Necesidad de tratamiento: Variable cuantitativa.
- a. Definición conceptual: Detección mediante sondeo de códigos presentes durante el examen.
- b. Definición operacional: Resultado del examen mediante PSR, sus opciones son:
- Código 0: Sondaje 0,5 mm, solo penetra la bolita. Tejido sano.
 - Código 1: Sondaje 0,5 mm, solo penetra la bolita. No hay cálculos ni iatrogenia.
 - Código 2: Sondaje hasta 3 mm, penetra bolita y sección clara. Signos inflamatorios gingivales, cálculos, iatrogenia u factor retentivo de placa.
 - Código 3: Sondaje hasta 5 mm, porción negra penetra parcialmente. Signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.
 - Código 4: Sondaje sobre 6 mm, porción negra penetra completamente. Signos inflamatorios gingivales. Cálculos y/o iatrogenia.
17. Visita de un especialista de la salud: Variable cualitativa nominal
- a. Definición conceptual: Se refiere a si la comunidad ha sido visitada por algún especialista del área de la salud
- b. Definición operacional: las opciones son Si, No, cuál.
18. Modo en que se gestionó la visita: Variable cualitativa nominal.
- a. Definición conceptual: Forma en que se promovió la visita
- b. Definición operacional: se consideran las opciones Iniciativa del dirigente, Externa u Otra.
19. Iniciativa para que la comunidad sea atendida por odontólogos: Variable cualitativa nominal.
- a. Definición conceptual: Se refiere al conocimiento por parte del dirigente de oportunidades donde la comunidad fuera atendida por especialista del área de la salud.
- b. Definición operacional: Si, No o Desconoce
20. Instancia donde se reciba información por parte del gobierno: Variable cualitativa dicotómica
- a. Definición conceptual: Se refiere a las actividades realizadas por el gobierno para canalizar información a las comunidades.
- b. Definición operacional: Si o No
21. Valoración de las opiniones del dirigente por parte de representantes del gobierno: Variable cualitativa dicotómica.
- a. Definición conceptual: Se refiere a la percepción del dirigente con respecto a la valoración de sus opiniones
- b. Definición operacional: Alternativas Si/No

22. Nivel de conocimientos en salud general y bucodentaria: Variable cualitativa.
- a. Definición conceptual: Se refiere al conocimiento por parte del dirigente en materia de salud general y específicamente bucodentaria y su vinculación entre ambas
23. Nivel de conocimiento sobre las leyes: Variable cualitativa.
- a. Definición conceptual: Se refiere a nivel de conocimiento por parte del dirigente en cuanto a las leyes y normativa que rigen su actuar y ámbito de acción, así como sus facultades ante la ley
24. Mecanismos de resolución de problemas sociales y de salud de la comunidad: Variable cualitativa
- a. Definición conceptual: Hace referencia a las instancias o mecanismos mediante los cuales los dirigentes sociales dan solvencia a las demandas sociales
25. Valoración de su salud general y bucodentaria: Variable cualitativa.
- a. Definición conceptual: Hace referencia a conocer la importancia y valor que para los dirigentes sociales tiene en forma personal la salud general y bucodentaria

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se citó a un encuentro para todos los presidentes de los consejos locales de salud de Valparaíso, el día 16 de Mayo en el edificio del centro cultural IPA gestionado por el presidente de la UNCO salud Don Víctor Muñoz donde se realizó una charla informativa y un coffe break para los asistentes, que fueron un total de 20.

Se les entregó un consentimiento informado, donde se indica el objetivo del encuentro y se les invita a participar voluntariamente, y aceptan las condiciones para participar de este estudio. Ver anexo nº1

Luego de aceptar el consentimiento informado, que los invitaba voluntariamente a ser encuestados y realizarse un examen clínico, si el participante no deseaba realizarse el examen clínico, podía sólo contestar la encuesta.

La totalidad de los asistentes accedió a realizar la encuesta (Ver anexo nº4) y solo 17 accedieron a realizarse el examen clínico. Para la recolección de datos del examen clínico, se utilizó una ficha clínica. (Ver anexo nº3).

Luego se seleccionaron 5 dirigentes que debían ser paralelamente presidentes de la juntas de vecinos de su sector, para realizarles una entrevista en profundidad.

La aplicación de la encuesta se realizó por las tesisistas, para los exámenes clínicos fueron realizados por una tesisista.

Las entrevistas fueron realizadas a cada dirigentes seleccionado por una misma tesisista para no asignar juicios de valor a las preguntas. La entrevista fue semi-estructurada, se realizaba una pregunta y el entrevistado contestaba libremente sin límite de tiempo. Cada entrevista fue grabada con la autorización previa del entrevistado, luego se transcribieron en su totalidad para su posterior análisis.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES UTILIZADOS

Los instrumentos utilizados fueron:

- Encuesta.
- Ficha clínica.
- Entrevista.

La encuesta se utilizó para la recolección de datos sobre agrupación a las que pertenecen, nivel de estudios, relación con el odontólogo, higiene, hábitos,

La ficha clínica para registrar lo detectado en el examen clínico, que nos entrega información sobre el estado de salud Bucodentario del dirigente, datos que fueron tabulados y graficados en Excel, y permitieron realizar una comparación del estado de salud bucodentario de los dirigentes con el perfil epidemiológico de salud bucal de Chile.

La entrevista en profundidad, se realizó para obtener los resultados de la parte cualitativa de nuestra investigación, guiadas por la Psicóloga Edith Cueto.

Los materiales utilizados:

- Unidad dental portátil, se utilizó para realizar examen clínico de los participantes.
- Bandeja de examen clínico más sonda periodontal OMS.
- El programa Excel fue utilizado para tabular y graficar los datos recolectados en la encuesta y ficha clínica lo que se utilizó para análisis estadístico para el tratamiento del resultado posterior.

RESULTADOS

Presentamos a continuación los resultados extraídos del estudio que nos convoca, teniendo presente que está centrado en analizar la construcción narrativa en torno a la gestión dirigencial vecinal y en el ámbito de la salud general y oral a nivel local.

En mira a los objetivos de la investigación, entonces, y a los relatos emanados de las entrevistas realizadas, se reveló una dimensión transversal a la construcción narrativa, que hemos denominado “Relatos de autoformación dirigencial”, que alude a los conocimientos y competencias que detentan los presidentes de las organizaciones comunitarias revisadas en la gestión dirigencial vecinal como en su labor articuladora de la demanda comunitaria en salud general y dental con la gestión pública en salud a nivel local, y son producto de sus propias motivaciones, sus estrategias autodidactas.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Para efectos de presentación de los resultados cualitativos, se revisan los relatos de autoformación dirigencial vecinal y posteriormente los vinculados a su gestión en salud general y salud oral.

I. Relatos de autoformación dirigencial

Los dirigentes instalan la narrativa de autoformarse en la actividad de ser dirigentes, y en menor medida de formarse en base a mecanismos que provengan de instancias formales. Se consideran autodidactas y respondiendo a demandas de distintas áreas (ser “médicos, psicólogos...”). También, incorporan la idea de que su trabajo depende del propio interés de formarse. Todo esto se tensiona con las capacitaciones y cursos que entregan las entidades ministeriales, a través de instancias intermedias, que responden más al cumplimiento de metas institucionales, que a generar impacto formativo, dado que las “capacitaciones y cursos son dirigidos no más para que queden(mos) contentos, un sanguchito un café”.

“Y yo me manejo fundamentalmente porque yo trabajo en el ámbito social, soy promotor social, es una profesión auto designada, yo no estude, llegué hasta 4 medio, yo no fui a la universidad, antes era más difícil que ahora llegar a la universidad. Pero me he forjado, soy autodidacta...” H/58a/10exp

“Uno lo aprende en el terreno eso. Hay varias capacitaciones y cursos que son dirigidos no más para que queden contentos, un sanguchito un café. Normalmente el dirigente ya sea en cualquier tipo de actividades se hacen en terreno y de acuerdo a la inquietud del dirigente, de la persona va aprendiendo, va estudiando...” (H/72a/40exp)

“Generalmente recurren al presidente de la JJVV, yo digo que nosotros como dirigentes vecinales somos médicos, somos psicólogos, asistentes sociales, hacemos de todo un poco.” H/58a/10exp

“No, se hace, se hace. Si porque yo *asistí a la escuela de dirigentes hace poquito no más* y aprendí muchas cosas que realmente yo no lo sabía cómo dirigente.”
M/70a/4exp

a) Normativas Regulatoras de la actividad del dirigente

Los dirigentes relatan, en su mayoría, conocer la existencia y contenido de las leyes y normativas que rigen su actuar y ámbito de acción, así como las funciones a las que deben avocarse las organizaciones sociales (*“educar, capacitar, dirigir, orientar, conducir la organización y a la comunidad”*...), además, establecen un cierto disciplinamiento en autoprepararse en estas materias, para estar actualizados en cuanto a las modificaciones que operan en la normativa que los rige *“...me preparo permanentemente, permanentemente estoy revisando las modificaciones a la ley...”*, con el fin de responder de manera adecuada a las demandas de los vecinos, *“...me permite prestar un buen servicio a mis vecinos y a mis socios, a los socios de mi JJVV.”*. Aunque se desliza un contenido latente de que no las revisan y asumen suficientemente, *“...Ni las leo, las tengo, pero no las leo...”*

“...*las normativas, hay leyes, hay ley de junta de vecinos, ley de transparencia de los consejos, hay reglamentos, lo cual uno tiene que regirse por las leyes. Pero hay un dicho que dice que a veces para lograr los objetivos las leyes se sobrepasan siempre las leyes dejan resquicios legales para ciertas cosas, pero para los de arriba, porque para la gente de abajo no, porque ahí todo lo regula la ley.*” (H/72a/40exp)

“*Me conozco al revés y al derecho la ley 19.418, que es la que funda, en términos jurídicos, las JJVV. Pero, también me manejo en otro tipo de leyes...*” (H/58a/10exp)...“*Si, conozco las leyes, la 19.418 y la 20.500, donde se establece todos las funciones que debe realizar un dirigente vecinal, social.*” (H/71a/6exp) “...*la responsabilidad es de representar a los vecinos a los pobladores y que resuelva los problemas, pero también tiene que tener el apoyo de la gente.*” (H/72a/40exp)... “*Las responsabilidades, bueno, representar de buena manera la comunidad. Y de las funciones, educar, capacitar, dirigir, orientar, conducir la organización y a la comunidad.*” (H/58a/10exp)... “*Los objetivos son hacer cosas buenas para la comunidad, ayudar a la comunidad tanto en proyectos sociales como culturales.*” (M/70a/4exp)

“...*conozco la ley orgánica constitucional de municipalidades, se cuáles son las funciones del alcalde, los concejales, o sea tengo hartos conocimientos que pongo a disposición de mi comunidad.*”(H/58a/10exp)

“...*me preparo permanentemente, permanentemente estoy revisando las modificaciones a la ley, los nuevos reglamentos, porque eso me permite prestar un buen servicio a mis vecinos y a mis socios, a los socios de mi JJVV.*” (H/58a/10exp)

“*Ni las leo, las tengo pero no las leo. Yo me dirijo por lo que pienso que las cosas correctas* y cuando he llegado a los lugares, sí han estado bien, bien hecho.”
(M/57a/7exp)

b) Historia del movimiento social

El dirigente social no manifiesta vinculación narrativa relevante con la historia del movimiento social comunitario, incluso evidencia dudas respecto al origen histórico de la normativa que lo rige, y más aún se aleja narrativamente del movimiento social en general, echándose de menos, por tanto, la contextualización histórico-política, que vendría a dar cuenta de los aprendizajes de cómo levantar demanda social para ser incorporada a la agenda pública. Y ello, pese a tener conciencia que la organización resuelve las problemáticas de la población más vulnerable.

*“Bueno, la ley de JJVV fue promulgada y firmada por el presidente fallecido Eduardo Frei Montalva, el año 1964 si no me equivoco o 65 , el firmó en su gobierno el programa “Revolución es libertad” , lo cual firmó la ley de JJVV en lo cual nosotros los habitantes, sobretodo **la gente más vulnerable no tenía ninguna organización que lo representara no tenía ni voz, y estamos hablando del año 65**, aquí al 2000 son bastantes años , pero con el fin desde que se formó por ley no ha cambiado mucho el tema de participación ciudadana” (H/72a/40exp)*

c) Procedimientos en la resolución de Problemáticas socio-comunitarias

c.1) Demanda del vecino al dirigente

La demanda vecinal, en el relato del dirigente, opera de forma utilitaria y no en perspectiva de desarrollo comunitario (“...*la gente por lo general, sinceramente va solo a pedir cosas... después ya dejan de ir (a la asamblea), cuando consiguen el objetivo grande...*”), lo cual podría explicarse por los altos índices de vulnerabilidad socioeconómica que caracteriza a la población de la Comuna de Valparaíso, especialmente de los cerros. En esta lógica, el dirigente social es impulsado a gestionar desde sus propios recursos, la resolución de la demanda vecinal, “... *tiene que acceder a darles respuestas a las necesidades, acompañarlos, darle solución de los problemas...*”. Esta demanda se organiza en base a los siguientes problemas vecinales: la presencia de microbasurales por un deficiente servicio de aseo, “...*parece un basural las calles principales...*”, la falta de pavimentación de calles principales, la ausencia de títulos de dominio y de permisos de construcción. A nivel social, se levanta la problemática del consumo y tráfico de drogas, especialmente presente en los grupos de infancia y adolescencia.

“...la gente por lo general, sinceramente va solo a pedir cosas... ahí por lo general va la gente, después ya dejan de ir, cuando consiguen el objetivo grande, a la asamblea...” (M/70a/4exp)

“La mayoría de las juntas de vecinos sobre todo en Valparaíso son vulnerables, especialmente en los cerros donde hay muchas falencias y esto viene de años...” (H/72a/40exp)

“...conocer muchas realidades. Ayudar a los vecinos, moverse en muchos ámbitos. Tener que ir por aquí, después por allá para poder lograr lo que a uno le piden... Y recurrir a quien se pueda, al que quiera ayudar para poder conseguir lo que

necesitamos.” (H/72a/40exp) “...La humanidad, que se construye a través de la empatía, uno tiene que acceder a darles respuestas a las necesidades, acompañarlos, darle solución de los problemas.” (H/71a/6exp)

“Hace poco tuvimos una reunión en el municipio, del aseo de la basura, que parece un basural las calles principales, Santa Elena, Esperanza, Ramaditas, los pasajes esta la basura a montones es una vergüenza y eso...” (H/72a/40exp) “El aseo todos reclamamos por el aseo pero la mitad de Valparaíso está exento de pagar, pago del servicio de aseo.” (H/72a/40exp)

“...el problema aquí de algunas pavimentaciones...” (H/72a/40exp)

“Los problemas que más tenemos son la delincuencia, también tenemos micro basurales...” (M/70a/4exp) “De los problemas más importantes, yo diría que tienen que ver fundamentalmente con el tema de la delincuencia, las drogas...” (H/58a/10exp)

“...familias en situación de vulnerabilidad, familias en extrema pobreza, que viven en situación irregular en la población, no tienen título de dominio...” (H/58a/10exp) “...el permiso de construcción no existe prácticamente porque la mayoría de la gente que construye en los cerros no pide permiso, no piden.” H/72a/40exp

“Lo que más nos preocupa a nosotros es la droga, la venta a menores de edad.” (M/57a/7exp)

c.2) Demanda del dirigente a la institucionalidad

El dirigente social, con ocasión de levantar demanda vecinal y comunitaria, se enfrenta a una “maraña administrativa gubernamental”, donde se desperfila su capacidad de gestión y de resolución de las problemáticas sociales generales y específicas de sus representados, quedando en tierra de nadie su labor y la solvencia de la demanda social “te mandan pá arriba, te bajan, te mandan pá allá pá acá... se pasan la pelota... nadie aquí corta el queque...”. Ello redundará en una falta de fiscalización, de cumplimiento de la normativa vigente y de transparencia e imparcialidad en la gestión institucional pública.

“...generalmente uno recurre a la autoridad más cercana que es la Municipalidad, pero el sistema municipal es tan burocrático que de repente uno da bote, te mandan pá arriba, te bajan, te mandan pá allá pá acá, y al final termina un procedimiento que es muy fácil de hacer, tú terminas perdido en la maraña administrativa gubernamental” (H/58a/10exp)

“Y para ciertas cosas se pasan la pelota, no si a mí no me corresponde, aquí le corresponde al municipio, el municipio: no, corresponde le corresponde al SERVIU, no, corresponde al ministerio de obras públicas, y nadie aquí corta el queque.” (H/72a/40exp)

“Hace poco tuvimos una reunión en el municipio, del aseo, de la basura, que parece un basural las calles principales..., ha costado radicar eso, porque de aquí, aquí falta fiscalizar, falta dar cumplimiento, aquí todos tenemos un trabajo todos trabajando, el

municipio tiene funcionarios que le están pagando para que presten servicios, entonces a eso vamos a ir por el aseo". H/72a/40exp

"Falta más transparencia, que las autoridades sean como corresponden que sean imparciales, eso es lo que no existe porque no es así" (H/72a/40exp)

II Resultados de la Gestión Dirigencial autoformada

a) Historicidad de la organización propia y sus logros

Los dirigentes sociales han logrado unir propósitos a lo largo de la historia, donde gracias a su capacidad de gestión y resolución de problemas, junto con la lucha constante por conseguir el bien común, han podido organizarse, incluso en aquellos sectores más vulnerables de los cerros de Valparaíso, "...la Sor Teresa arriba, que esa es una toma que por años eran comités nuestros, y después los ayudamos a formar una junta de vecinos..." siendo este narrado como un hito importante en el transcurso de su vida organizacional. Otros logros hablan de las necesidades básicas que han sido cubiertas, así como el mejoramiento hacia la comunidad, las que engloban: "...pavimentación de la calle, alcantarillado, la luz, la construcción de casetas sanitarias para los vecinos...". Así como en el aspecto recreativo, donde también la acción comunitaria ha dejado su legado, con la construcción de espacios para el esparcimiento "...una plaza como la tenemos ahora, esa fue la felicidad para todo el cerro..."

"la Sor Teresa arriba, que esa es una toma que por años eran comités nuestros, y después los ayudamos a formar una junta de vecinos porque era mucho problema" (H/72a/40exp.)

"siempre se han ganado, en otras oportunidades, con otras directivas; proyectos concursables también y han hecho varios mejoramientos hacia la comunidad. Pavimentación y escaleras. Lo que se ha logrado en general es la amistad entre los vecinos." (M/70a/4exp) "...pavimentación de la calle, alcantarillado, la luz, la construcción de casetas sanitarias para los vecinos..." (H/58a/10exp) "Conseguimos la pavimentación de la calle principal de la población." (H/71a/6exp) "...hay una quebrada donde había cero posibilidades, ahora se pudo sacar un alumbrado público." (M/57a/7exp)

"...sacar una plaza que no teníamos una plaza como la tenemos ahora, esa fue la felicidad para todo el cerro..." (M/57a/7exp)

"Nos ganamos un proyecto para acá, para el consultorio.... que gracias al FONDEBE, postulamos a ese fondo y lo ganamos" (M/70a/4exp)

b) Respuesta de la comunidad

De la participación ciudadana en la gestión pública, se manifiesta un claro descontento y decepción en la población, donde la representatividad está en jaque, con una merma considerable en la participación activa de los representados “... *la gente está decepcionada de todo, entonces no participa en nada...*” y las instancias formales como las asambleas, son utilizadas en perspectiva del bienestar propio “...*a la gente le gusta que le den, les gusta más recibir que dar...*” encontrándose siempre gente dispuesta a cooperar, pero esta no constituye la mayoría.

“Pero el problema es la participación de la gente, *la gente está decepcionada de todo entonces no participa en nada.*” (H/72ª/40exp)

“...*a la gente le gusta que le den, les gusta más recibir que dar...*” (M/57a/7exp)

“A veces *hacemos reunión y somos los puros dirigentes y uno o dos socios.*” (H/72ª/40exp)

“La participación yo diría que es regular, regular no voy a poner mala porque *hay personas que quieren cooperar como que otras personas se niegan.*” (M/70a/4exp)

“...*la participación es bastante amplia y súper activa. La participación en cuanto a ir a asambleas es baja...*” (H/58a/10exp)

c) Significado de ser dirigente

c.1) Emocionales

El componente emocional se convierte en una pieza esencial, para dar el significado de lo que el trabajo directivo constituye para ellos, donde la empatía resulta uno de los radares sociales más importantes “...*La humanidad, que se construye a través de la empatía...*” percibir lo que otros sienten y necesitan es la base para su gestión, la que se ve recompensada mediante la satisfacción y reconocimiento de la labor cumplida “...*me he sentido querida por los vecinos...*”. Sumándose a lo anterior “...*conocer gente, conocer autoridades, viajar a varios lugares del país en representación de mis organizaciones...*” son los hechos que engloban lo que ha sido para los dirigentes conocer “...*el mundo de la dirección de organización social...*”

“*La humanidad, que se construye a través de la empatía...*” (H/71a/6exp)

“*Me ha significado una gran satisfacción porque me he sentido querida por los vecinos...*” (M/70a/4exp)

“*He aprendido un montón, me ha permitido también conocer gente, conocer autoridades, viajar a varios lugares del país en representación de mis organizaciones, conocer un mundo que cuando era joven no conocía, que es el mundo de la dirección de organización social. Pero también aprender mucho, aprender a conocer a la gente, a relacionarme con gente distinta, que piensa distinto, que tiene otro objetivo*” (H/58a/10exp)

c.2) Factores facilitadores

Del relato del dirigente se desprende, que la disponibilidad horaria completa es prácticamente un requisito para su actuar, ya que para gestionar y dar resolución a las problemáticas específicas y generales de sus representados, debe recurrir a instancias superiores, que se encuentran altamente burocratizadas y donde la solvencia a la demanda social se ve entrapada "... gracias a Dios yo ya soy jubilado, por lo que tengo tiempo para realizar estas actividades..." siendo esto además una razón por la cual la "...*solidaridad entre los vecinos...*" juega un rol determinante en dar respuesta pronta a problemáticas que no pueden quedar en la maraña administrativa.

"... gracias a Dios yo ya soy jubilado, por lo que tengo tiempo para realizar estas actividades." (H/71a/6exp)

"Hay solidaridad entre los vecinos, además como es una población que tiene más de 50 años las familias se conocen entonces hay una relación bastante interesante de destacar." (H/58a/10exp)

c.3) Factores obstaculizadores

Los obstáculos narrados en el relato del dirigente, dejan entrever múltiples falencias con las que debe lidiar, "...lo peor que ocurre en las juntas de vecinos y cualquier institución que estén ciudadanos es la participación..." con las que cuentan instancias como las asambleas, las que son vistas por los representados de forma utilitaria, para obtener bienestar propio "...les gusta algunos que le llegue todo gratis..." y no en perspectiva del bien común, esto podría explicarse por los altos índices de vulnerabilidad socioeconómica de las poblaciones a las que representan, pero también se encuentran relacionadas al descontento y decepción generalizada que existe "...también aburre porque la gente, como digo está decepcionada, no quiere participar..." de lo que hacen eco "...los medios de comunicación, ponen lo peor y no ponen nada positivo..." deslizándose entre líneas el interés político que existiría, en no dar solución rápida y oportuna a las problemáticas, con el fin de contar con la asistencia permanente de los vecinos "...Por eso algunos políticos tramitan los problemas, porque van a tener tiempo de tenerlos ahí... te andan trayendo como pelota de pin pon...", razón por la cual casi obligadamente "la mayoría...(de los dirigentes)... son personas jubiladas, porque el problema de tiempo como decimos, es fundamental..." así como la escasez de recursos económicos "...para hacer gestión yo tengo que de mi bolsillo sacar..." siendo esto un punto controversial, ya que de haber algún tipo de subvención, su actuar estaría "...condicionado, entonces, es un arma de doble filo..." sumándose a lo dicho está el sacrificio personal y familiar que cada dirigente enfrenta "...Asumes todas las responsabilidades y dejas a tu familia de lado..."

"Mala, la gente no participa, hay varias razones. Bueno que se habla tanto que aquí los medios de comunicación televisión diarios una serie de cosas...los medios de comunicación ponen lo peor y no ponen nada positivo"...Lo peor que

ocurre en la junta de vecinos y cualquier institución que estén ciudadanos es la participación. Que como junta de vecinos usted le soluciona el problema, la asamblea le presenta un problema, y si a la gente que está en el sector del problema usted no se lo soluciona no van más a reunión, y si se soluciona no van. Por eso algunos políticos tramitan los problemas porque van a tener tiempo de tenerlos ahí...hay gente que aprovecha, entonces eso es lo malo. Cuando uno es consecuente con sus ideales, uno sin querer se hace de enemistades...pero uno se hace de enemigos y enemistades por decir la verdad...la limitación por el trabajo, cuando uno tiene un cargo tiene que trabajar y a veces te falta el tiempo. Y bueno económico, limitado también cuando uno recurre a las autoridades tanto al municipio, otras veces al ministerio te andan trayendo como pelota de pin pon...(H/72a/40exp)

"...pero también aburre porque la gente, como digo está decepcionada, no quiere participar, o les gusta algunos que le llegue todo gratis". (H/72a/40exp)

"..lamentablemente en todos los directorios digamos son 5 normalmente al final van quedando 2 o 3 y el presidente queda solo, o el secretario queda solo, así quedan solos, es que es la realidad, es que mucha gente a veces no habla, tapa, porque para que estamos con cosas, aquí hay de todo, aquí hay presidentes de la junta de vecinos que se creen dueños de fundo..." (H/72a/40exp)

"la mayoría son personas jubiladas porque el problema de tiempo como decimos, es fundamental, porque cuando uno va a tramitar un proyecto, nunca uno llega primero, hay uno, dos, cuatro cinco esperando de antes, eso significa que usted va a esperar una hora, dos horas, tres horas para conversar con la autoridad o con el profesional que le va a solucionar o va a ver el problema, le evalúan la situación que va a presentar. No es nunca inmediatamente..." (H/72a/40exp)

"Yo diría que el tiempo y los recursos económicos... La experiencia me indica que en la mayoría de las organizaciones sociales carecen de recursos propios, generalmente los recursos los genera la propia comunidad o los propios afiliados...para hacer gestión yo tengo que de mi bolsillo sacar..." (H/58a/10exp)

"así cualquier organismo le den una subvención, se presta para compromisos. Pongamos que el alcalde diga saben que más a los dirigentes vecinales vamos a darle unas luquitas, eso le da al consejo y resulta que queda condicionado, entonces es un arma de doble filo." (H/72a/40exp)

"Asumes todas las responsabilidades y dejas a tu familia de lado..." (M/57a/7exp)

III. Relato de autoformación como agente de salud general

El dirigente da cuenta de un concepto de salud aprendido por autoconocimiento, pese a la importancia que le asigna a la temática ("...sin salud no hay vida..."), en virtud de lo cual reconocen que deberían contar con aproximaciones relevantes al área ("...Un dirigente debería manejar todos los temas de salud...").

“...una persona sana es una persona que tiene capacidad para desarrollarse de forma intelectual, física, espiritual, pero también te permite desarrollar actividades que a uno le gustan que a uno le interesa desarrollar.” H/58a/10exp

“...la importancia es primaria, es única porque sin salud no hay vida, tanto es así que no hay educación...” (H/71a/6exp)

“Un dirigente debería manejar todos los temas de salud, estar informado y preparado, realizar gestión, y poder explicar en palabras más simples a los vecinos los problemas que los afectan.” H/71a/6exp

El dirigente, también, señala que la formación en la temática de salud es mínima comparado con otras materias que debería conocer como líder social, pudiendo ser nula (“...*Pero en salud no, uno mismo tiene que aprender que significa el AUGE...*”) o poco significativa (“...*en el tema de salud la preparación que he recibido es muy poca...*”) obligándolo a estrategias autodidactas por la permanente demanda de los grupos a los cuales representan.

*“...he ido a seminarios y una serie de cursos de planificaciones y seminarios aquí del medio ambiente y una serie de cosas. **Pero en salud no, uno mismo tiene que aprender que significa el AUGE, cuales son las enfermedades que están cubiertas por el AUGE, si el servicio público no le da la atención por la ley esa que hay, si las personas tienen que irse al sistema privado. Hay varias cosas que la gente desconoce.**” H/72a/40exp*

*“En general **en el tema de salud la preparación que he recibido es muy poca** ... ha sido la primera oportunidad que tengo como dirigente de conocer un poco más de los temas de salud, pero estos mecanismos deben informativos deben mantenerse y ser constantes.” H/71a/6exp*

“La preparación es autodidacta, no hay escuelas donde se les enseñe a los dirigentes sobre salud, generalmente nosotros nos organizamos nuestras propias actividades ...” H/58a/10exp

“Nosotros le pedimos que necesitamos saber de este tema de salud y ellos nos entregar la información. Tenemos buenas relaciones con la gente del servicio de salud.” H/58a/10exp

IV. Resolución de los problemas en salud

Los dirigentes responsabilizan a la estructura del Estado en la resolución de los problemas de salud, más allá de los operadores directos (“...*El sistema es malo, es malísimo...*”), identificando que los problemas que más afectan a la comunidad en este ámbito, son: el abandono del adulto mayor (“...*adulto mayor que esta solo...*”), las listas de espera, la insuficiencia de profesionales en las entidades de salud pública, y la falta de cercanía como de actitud empática de quienes trabajan en la atención directa a los beneficiarios (“...*Más el 90% de los médicos se creen dioses...*”). Todo lo cual se traduce en la satisfacción parcial de las necesidades de la comunidad (“...*Nosotros decimos, con toda la plata que el Estado ... los temas deberían estar resueltos...*”).

“Estamos en una pelea constante, no contra los funcionarios, sino contra el sistema. El sistema es malo, es malísimo. Nosotros decimos, con toda la plata que el Estado pone (en salud)... los temas deberían estar resueltos. O sea, deberían haber médicos, pero el Estado no se preocupa de generar recursos para que las universidades formen más médicos.” (H/58a/10exp) “Que la salud está cada día peor...la atención de las personas en el consultorio no tiene un buen nivel... pienso que la salud ha ido en decadencia en vez de ir subiendo.” (M/57a/7exp)

“Me preocupa mucho, que hay mucho adulto mayor que está solo, eso lo percibo...” (M/57a/7exp)

“En cuanto a la salud es por el tema que llegan al consultorio te dan para los adultos mayores y para los niños número, y todos los demás que llevan toda la mañana esperando, no, tienen que venir mañana.” (M/57a/7exp)

“...falta de profesionales, de repente no hay médicos, no hay dentistas, hay un kinesiólogo, pero él no diagnostica...entonces el problema mayor es ese en el tema de salud.” (H/58a/10exp)

“Más el 90% de los médicos se creen dioses, ..., es una cofradía, una logia, entonces resulta que en algunos consultorios que esta de director un enfermero universitario o una asistente social, ...pero resulta que el médico es médico”. (H/72a/40exp)

Frente a la resolución de las problemáticas de salud los dirigentes perciben que la ciudadanía se “pierde en la burocracia”, por lo que, instancias como la OIRS Ministeriales (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias), carecen de operatividad y confiabilidad (“...dicen es puro perder el tiempo...”). Lo cual se explica porque sus opiniones y propuestas dirigenciales no son tomadas en cuenta (“...nuestras opiniones no son vinculantes, generalmente se hace lo que se ordena”), y en razón de que los representados no conocen a cabalidad los canales que disponen para resolver sus dificultades, por escasa accesibilidad a la información oportuna (“...la gente carece de los conocimientos...”). Sin embargo, los dirigentes no creen que la responsabilidad de los temas de salud sea completamente del Estado, pues proponen que la comunidad debería aportar económicamente al financiamiento del sistema de salud (“...no todo debe ser gratis...”) para mejorar el servicio e incentivar el esfuerzo personal.

El dirigente, pese a carecer de opinión vinculante, gestiona la atención primaria en salud en casos que lo ameriten según su criterio, con resultados inciertos (“...cuando hay un caso muy extremo...llamo a la directora del consultorio y le dije que soy de la JJVV”).

“...cuando se trata de resolver los problemas de la comunidad, la gente carece de los conocimientos adecuados en cuanto a hacer un trámite...un trámite súper fácil de realizar pero la gente de repente se pierde en la burocracia del sistema...” (H/58a/10exp)

“Está la famosa OIRS que es la oficina de sugerencias y reclamos... El otro día veíamos con el director 10 reclamos pero eso no refleja la realidad del universo de las

personas que se atienden ahí, porque mucha gente no hace los reclamos...dicen es puro perder el tiempo... (H/72a/40exp)

“...como *nuestras opiniones no son vinculantes*, generalmente se hace lo que se ordena.” (H/58a/10exp)

“...nosotros decimos que *no todo debe ser gratis*, porque o sino acostumbramos el paternalismo, al asistencialismo y eso es un círculo vicioso, porque la gente está acostumbrada a que *todo se lo den gratis sin mayor esfuerzo... si cada persona pagara mil pesos mensuales para que me atendieran, y me atendieran bien. El consultorio se autofinancia.*” (H/58a/10exp)

“...cuando hay un caso muy extremo... me acerco yo, voy yo y pregunto acerca de esta persona... *me acerco yo y tratamos de solucionar el problema*, o llamo a la directora del consultorio y le dije que soy de la JJVV...” (M/57a/7exp)

V. Consejos de salud

Los consejos de salud dan la posibilidad a la ciudadanía de opinar sobre las necesidades, falencias y funcionamiento de los establecimientos de salud pública (“...*los usuarios tienen una participación para ver como lo están haciendo en salud...*”), lo que esta respaldado por ley, entendiéndose así la participación ciudadana como un derecho, sin embargo esta instancia no es completamente utilizada por los usuarios a su favor, pues hay una escasa participación, que se presume es porque existe desconocimiento y falta de difusión por parte de las instituciones (“...*falta entregar a la gente la información...*”).

Los dirigentes piensan que el Estado no le da el énfasis apropiado, tanto es así que ni siquiera tienen un espacio físico donde funcionar.

Los dirigentes de los consejos de Salud tienen reuniones mensuales con la directiva de los establecimientos (“...*Nos dan bastantes soluciones...*”), donde estos exponen los problemas de la comunidad, priorizándolos y buscando soluciones en conjunto, por ejemplo: Solucionando temas de infraestructura (“...*El consultorio es nuevo, y lo gestionamos a través del Consejo Local de Salud...*”).

“*La ley... de los consejos de salud, es interesante porque ahí los ciudadanos, los usuarios tienen una participación para ver como lo están haciendo en salud, las falencias que hay, el trato que se les da, ..., los directores de consultorio tienen que darle más facilidades a los consejos, el consejo de salud es autónomo , pero pasa problemas algunos consejos que los directores no le dan el lugar físico para hacer reuniones...*” (H/72a/40exp)

“...Tuve una reunión de consejo, un ejemplo 14 funcionarios del consultorio y 4 usuarios entonces es denigrante porque como es posible si el consejo es para los usuarios no para los funcionarios... *Pero el problema es la información, aquí falta entregar a la gente la información...para decirles a toda la gente que significa el consejo de salud, la participación, los derechos que tienen, la gente está*”

decepcionada, y con todas estas cosas, está decepcionada y no quieren saber nada de ninguna cosa...” (H/72a/40exp)

“Asistiendo al centro local de salud que tenemos una reunión mensual. Nos dan bastantes soluciones porque justamente es lo que llevamos nosotros escrito.” M/70a/4exp “...nosotros tenemos reuniones con el director del área de salud del servicio, reuniones con los directores del consultorio, nos reunimos con los funcionarios.” (H/58a/10exp)

“El consultorio es nuevo, y lo gestionamos a través del Consejo Local de Salud y el consultorio mismo y el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, es una construcción que se hizo en el primer periodo de la Presidenta Bachelet, el 2006-2010, en ese periodo se construyó el consultorio Reina Isabel, que es un edificio moderno, con todas las comodidades, mucho más amplio que el que había...” H/58a/10exp

VI. Dirigentes sociales y salud bucodentaria.

Los dirigentes sociales en su mayoría relatan tener una mala salud Bucodentaria, culpan de esto al difícil acceso a la consulta odontológica, dado a su alto precio, el pavor al dentista, y la poca importancia que se le da a la dentadura, viéndose como un tema simplemente estético(“...muchos no tienen pretensión...”). Asistiendo a esta mayoritariamente ante una urgencia.

Otro punto importante, es que la salud pública “deja mucho de desear”, ya que resuelve un número limitado de patologías(“...atención de urgencia, no tratamientos, es muy poco...”), no resolviendo las enfermedades bucodentarias de manera integral. Es así como el dirigente demanda la necesidad de mayor promoción de la salud bucodentaria, como una forma de mantenerse sano, previniendo así las patologías más prevalentes (“...hacer charlas es súper importante, es un tema que se escapa de las manos de los adultos, de los niños de todos...”).

“...la dental es pésima,... difícil acceder a los dentistas. Claro que ahora es algo parecido porque son caros ustedes, jajajaja, ustedes son los que ganan más plata después. En general, el sistema de salud público deja bastante que desear, sobre todo en la parte dental y en especialidades específicas.” (H/72a/40exp)

“En lo odontológico estoy mal, estoy al debe. Yo siempre he tenido mala dentadura, desde cabro chico. Yo les tengo pavor a los dentistas...” (H/58a/10exp)

“...de mi boca yo tengo toda la dentadura delantera más o menos, pero la parte más de adentro no, esta mala...” (M/70a/4exp) “La gente por lo general no le toma mucha importancia a la dentadura, porque pueden venir al médico por cualquier cosa menos por la dentadura, porque la mayoría es muy miedosa y no quiero. Entonces es por eso que tiene la dentadura algunos bien mala y se la dejan así, porque muchos no tienen pretensión.” (M/70a/4exp)

“En general mi estado de salud bucal es buena.” (H/71a/6exp)

“Lamentablemente la salud dental en Nuestra comuna de Valparaíso, es muy débil, solo se centraliza en dos centros como atención de urgencia, no tratamientos, es muy poco. No hay seguimiento, hay que fortalecer la información y promoción de la salud.”
(H/71a/6exp)

“...cuando yo he venido me han dado de todo lo que más pueden dar acá, esta unidad y lo demás que ya es como pretensión uno puede decir, uno tiene que costearlo por fuera, por lo menos le prestan los primeros auxilios y todo lo básico.”
(M/70a/4exp)

“Demandaría mayor promoción de Salud, para que las personas sepan cómo cuidarse y mantenerse sanos.” (H/71a/6exp)

“...lo que es dental es súper importante, es un beneficio para la comunidad si ustedes algún día tienen que ir a hacer charlas es súper importante, es un tema que se escapa de las manos de los adultos, de los niños de todos...” “...el tema dental es importante, hacer comunicados a la población de que uno de chiquititos a los niños uno tiene que incentivarle que se escobillen...” (M/57a/7exp)

RESULTADOS CUANTITATIVOS

En primer lugar analizamos la edad de la muestra de dirigentes sociales encuestados. El promedio de edad es de 62,7 años, el rango fluctúa de 32 a 77 años. La estadística descriptiva de esta variable es la siguiente:

<i>Edad</i>	
Media	62,7
Mediana	65
Moda	65
Desviación estándar	11,63524591
Mínimo	32
Máximo	77
Cuenta	20

Tabla I: Estadística descriptiva, variable edad.

En cuanto a la distribución por género de los dirigentes sociales pertenecientes a los consejos locales de salud, de la comuna de Valparaíso, se aprecia que hubo una mayor cantidad de personas pertenecientes al género femenino con un 60%.

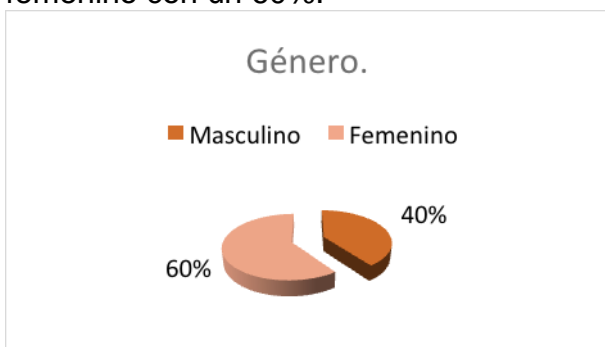


Gráfico N°1. Distribución por género de los Dirigentes Sociales UNCO Salud, Comuna de Valparaíso, 2015.

Luego, la estadística descriptiva con respecto a los años que pertenecen al mundo directivo, nos muestra un promedio de 9,5 años, con una tendencia a los 8 años de moda.

<i>Años de Experiencia</i>	
Media	9,57894737
Moda	8
Desviación estándar	11,7346391
Varianza de la muestra	137,701754
Mínimo	1
Máximo	53

Tabla II: Estadística descriptiva, años de experiencia, Dirigentes Sociales UNCO Salud, Comuna de Valparaíso.

Respecto a la escolaridad alcanzada por los dirigentes, podemos apreciar que el 30% posee educación media incompleta y sólo un 20% terminó sus estudios superiores, la muestra total es de 20 personas.

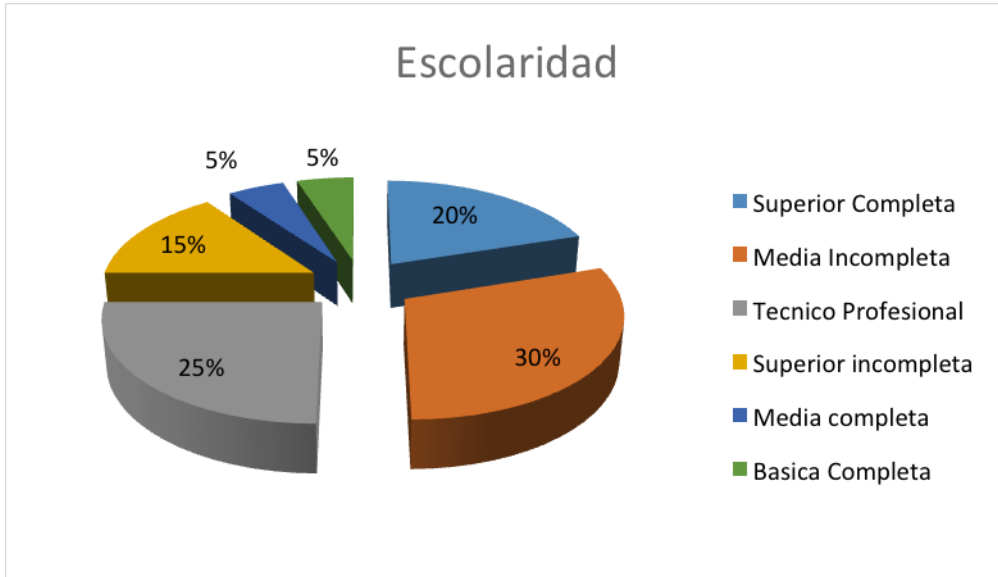


Gráfico N°2. Distribución del nivel de escolaridad alcanzado por los Dirigentes Sociales UNCO Salud, Comuna de Valparaíso.

Del total de los dirigentes encuestados, el 90% pertenece a Fonasa y el 10 % restante está afiliado al sistema de Isapre.

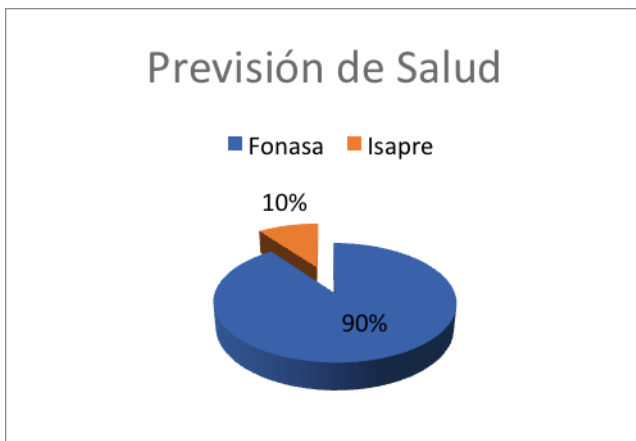


Gráfico N°3. Distribución de previsión de salud.

Siguiendo con el análisis del sistema de Previsión de salud, la totalidad de los pertenecientes a Fonasa, se reparten entre el tramo A, al que pertenecen dos personas de un total de 18 y las 16 restantes se encuentran en el tramo B. Esta clasificación se basa en el nivel de ingresos de los cotizantes, por lo que podríamos interpretar que los dirigentes sociales pertenecientes a los consejos locales de salud

de la comuna de Valparaíso, perciben un ingreso imponible mensual igual o menor a los 210.001 pesos en su gran mayoría (Tramo B), mientras que el resto o reciben pensiones básicas solidarias o son personas indigentes carentes de recursos (Tramo A)

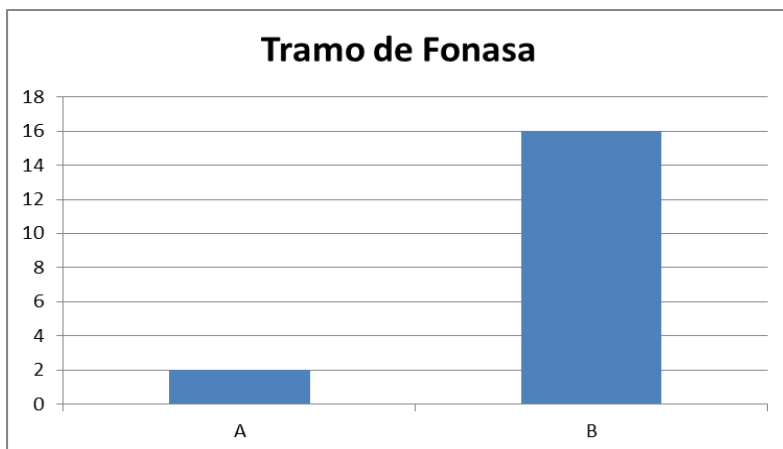


Gráfico N°4. Distribución según tramos A, B, C, D de acuerdo al ingreso. Fonasa.

Del total de dirigentes encuestados se puede decir que en promedio hace 13,8 meses realizó su última visita al Odontólogo, con una tendencia a los 6 meses de moda, con un mínimo de 1 mes y un máximo de 53 meses, la estadística descriptiva se resume en la siguiente tabla:

Última visita al Odontólogo	
Media	13,8
Moda	6
Desviación estándar	15,0213883
Mínimo	1
Máximo	53
Cuenta	20

Tabla III: Estadística descriptiva última visita al Odontólogo expresada en meses.

No se marca una tendencia en la razón por la que visitó al Odontólogo, sin embargo hay una leve propensión al motivo estético con un 30%.



Gráfico N° 5. Distribución de motivos por los cuales se visita al Odontólogo.

Los dirigentes sociales al ser consultados por la principal dificultad de acceso al Odontólogo, señalan en su mayoría no presentar dificultad (40%), otro porcentaje importante de personas (35%) identifica al costo como motivo por el cual el acceso se ve dificultado.

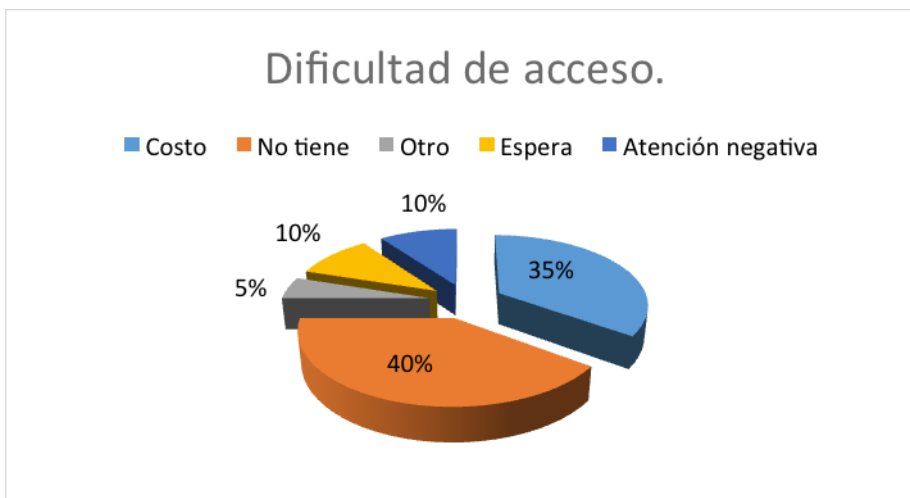


Gráfico N°6. Distribución de las dificultades del acceso al Odontólogo.

Al ser encuestados por el lugar donde acuden cuando necesitan un Odontólogo, el 60% de los dirigentes se dirige al sistema público y un 40% dice acudir al sistema privado.

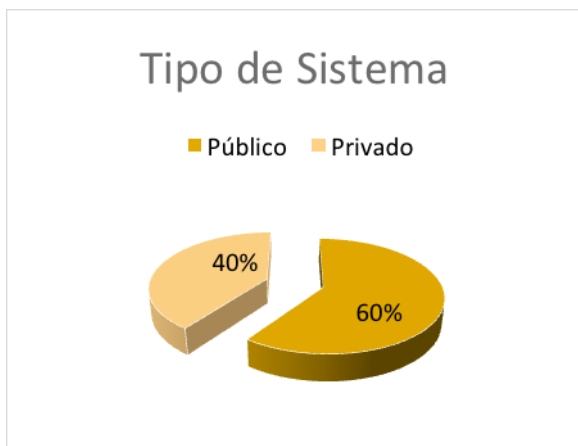


Gráfico N°7. Distribución sistema donde acuden cuando requieren atención Odontológica.

En promedio los dirigentes visitan al médico cada 10 meses, con un mínimo de 1 mes y máximo de 36 meses, con una tendencia de 6 meses de moda, la estadística descriptiva se detalla a continuación:

Frecuencia visita Médico	
Media	10,6
Mediana	6
Moda	6
Desviación estándar	8,55569985
Mínimo	1
Máximo	36
Cuenta	20

Tabla IV: Estadística descriptiva de la frecuencia con que visitan al médico.

Los dirigentes sociales al ser consultados por los elementos de higiene que emplean, el 100% señala ocupar cepillo y pasta dental, un 35% dice ocupar enjuague , un 25% seda dental y sólo un 10% señala el uso del limpiador bucal.

Elementos de Higiene	Porcentaje de Uso
Cepillo	100%
Pasta	100%
Seda	25%
Limpiador Lingual	10%
Enjuague	35%

Tabla V: Porcentajes uso de elementos de higiene.

Se puede apreciar en la siguiente tabla donde se resume la estadística descriptiva, que el uso del cepillo está en su mayoría asociado al empleo de pasta dental, y que el promedio de cepillado semanal es de 12 veces.

<i>Estadística Descriptiva</i>	<i>Frecuencia de cepillado</i>	<i>Frecuencia de Pasta Dental</i>
Media	12,35	11,95
Moda	14	14
Desviación estándar	4,760307376	5,010252646
Mínimo	1	0
Máximo	21	21
Cuenta	20	20

Tabla VI: Frecuencia de uso de cepillo y pasta dental en los Dirigentes Sociales.

Al ser consultados por la visita de especialistas de salud a sus organizaciones, un 60% dice haber recibido visita de especialistas del área.

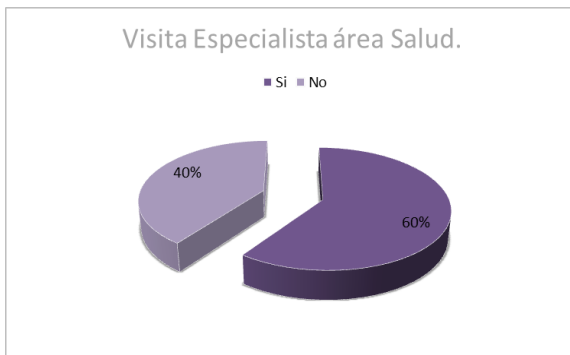


Gráfico N°8. Distribución visita de especialista a organización.

De este 60% la mayoría fue gestionada por iniciativa del dirigente, como se muestra en el siguiente gráfico:

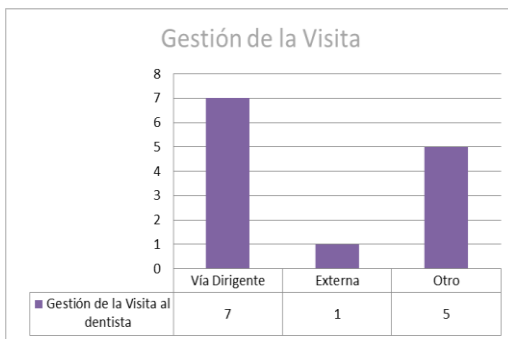


Gráfico N°9. Distribución de formas en que se gestiona visita.

Pasando al área Odontológica, se consultó si se han realizado gestiones para recibir atención en esta área, orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad, donde la mayoría con un 65% dice que no se han gestionado.

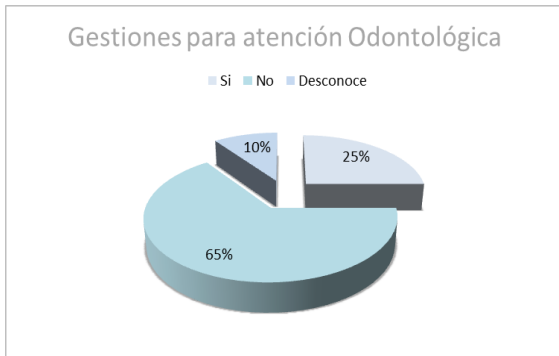


Gráfico N°10. Distribución de gestiones para la Atención Odontológica.

El 55% de los dirigentes dice haber recibido información en instancias formales, por parte de entes gubernamentales, versus un 45% que dice no informarse a través de estas vías.

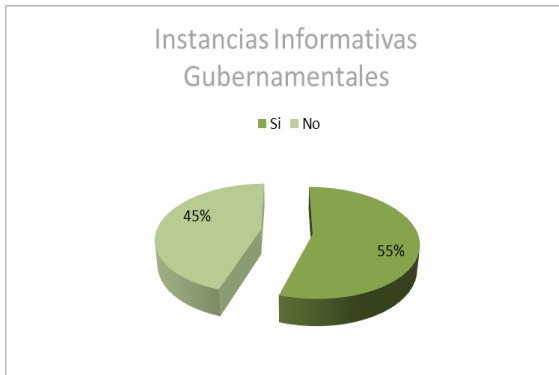


Gráfico N° 11. Distribución de Instancias Informativas Gubernamentales.

Instancias en las que el 60% de los asistentes dice que sus opiniones no son consideradas, como lo muestra el siguiente gráfico:

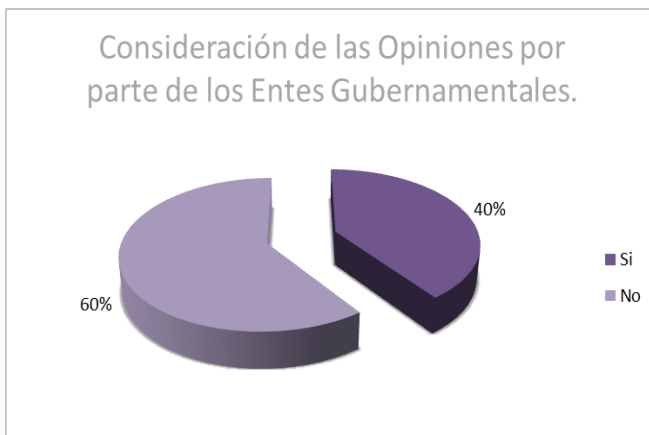


Gráfico N°12 Consideración de los opiniones de los dirigentes por parte de los Entes Gubernamentales.

De los dirigentes que se sometieron al examen clínico, 6 de ellos presentaban dolor odontogénico al momento del examen.

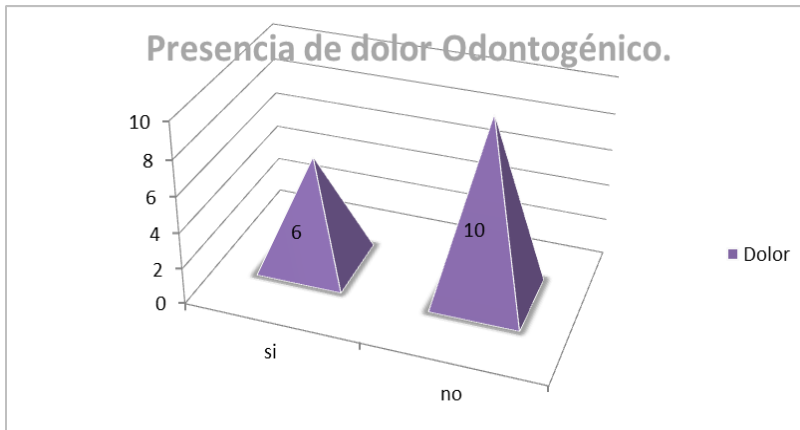


Gráfico N°13. Presencia de dolor Odontogénico en Dirigentes Sociales.

De los pacientes con dolor el promedio presentaba una graduación de 3,8 lo que representado en la escala de dolor EVA, habla de un dolor moderado, existiendo personas con 2 es decir poco dolor y el máximo alcanzó 7 que es dolor fuerte.

Escala de dolor EVA	
Media	3,83333333
Mediana	3
Moda	2
Mínimo	2
Máximo	7
Cuenta	6

Tabla VII: Estadística descriptiva Escala de dolor EVA.

Se aprecia que el Índice de Higiene Oral de los dirigentes se encuentra entre regular y malo, siendo la mayoría con 71% los que presentan Higiene Oral mala y el resto Higiene Oral regular.

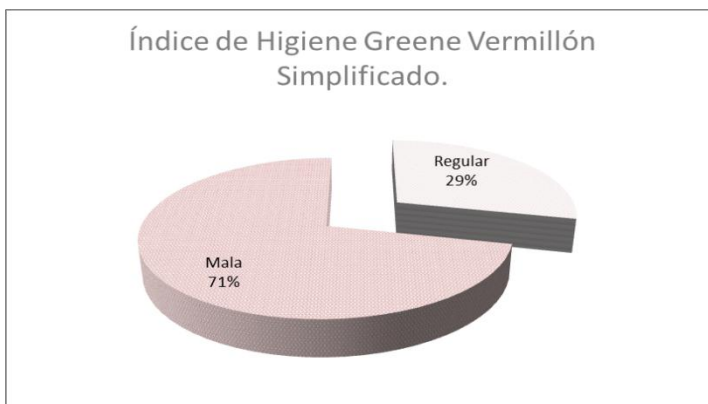


Gráfico N °14 Distribución Índice de Higiene Oral.

La estadística descriptiva del Índice COP en los dirigentes sociales, pertenecientes a los consejos locales de salud de la comuna de Valparaíso, que se sometieron al examen clínico, nos muestra un promedio de 17,3 lo que se encuentra muy similar al índice COP para el rango de edad en Chile (19,7) con un mínimo de 5 y un máximo de 28.

COP	
Media	17,3125
Mediana	16
Moda	15
Desviación estándar	6,72030505
Mínimo	5
Máximo	28
Cuenta	16

Tabla VIII: Índice COP.

El 50% de los examinados, no presenta ningún tipo de alteración en la mucosa oral, en la otra mitad fue posible encontrar mayormente con un 25% la presencia de úlceras orales, seguido con un 19% por la presencia de otros trastornos, dentro de los que pudimos detectar lesiones como fibroma irritativo y variz, también se detectó en un menor porcentaje (6%) abscesos.

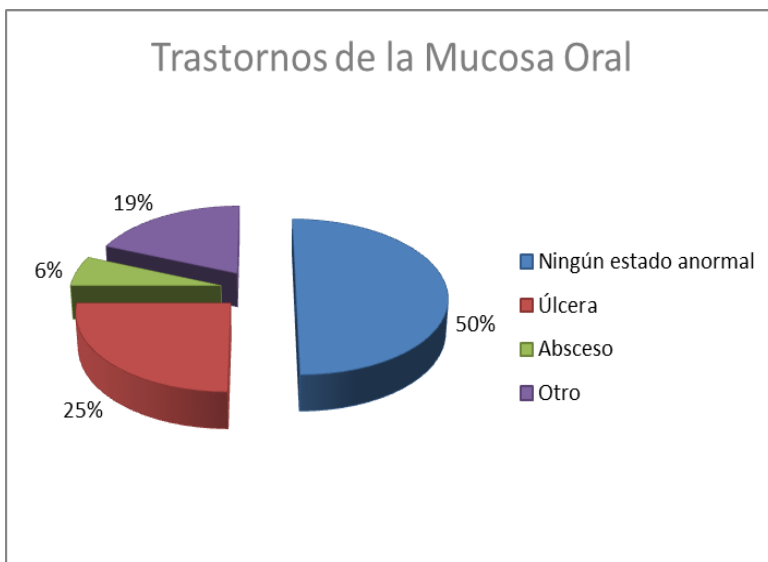


Gráfico N°15. Distribución Trastornos de la Mucosa Oral.

Fue posible identificar el mayor número de lesiones en la mucosa bucal con un 50%, el resto se reparten equitativamente (12-13%) entre comisuras, labios, rebordes alveolares/encías y paladar duro y/o blando.

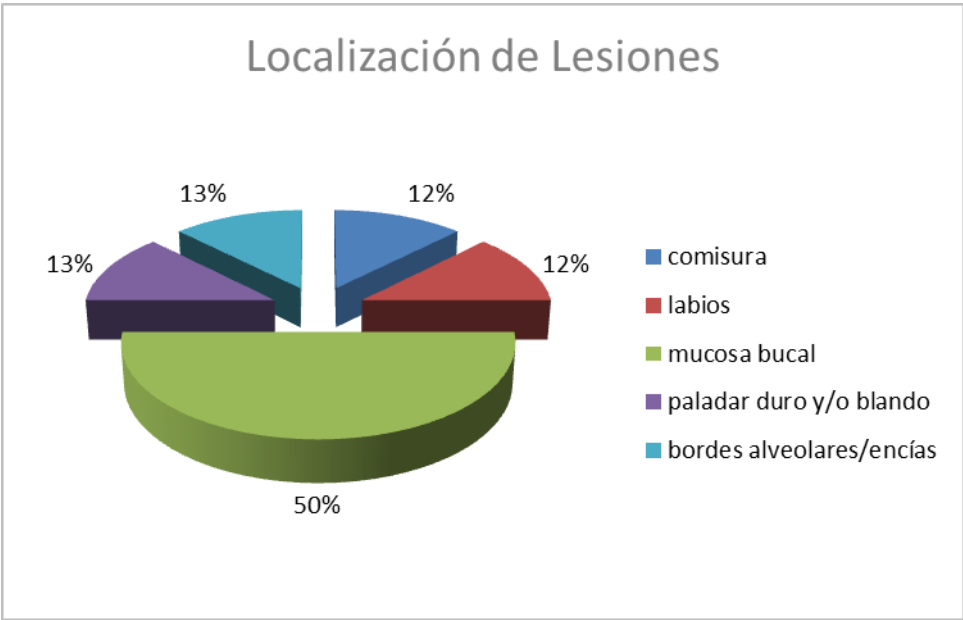


Gráfico N°16. Distribución Localización de Lesiones.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar si los presidentes de los Consejos Locales de Salud de Valparaíso que presiden las Juntas de Vecinos de su sector disponen de conocimientos y competencias dirigenciales generales y para la articulación de las necesidades en salud oral comunitaria con la gestión pública local en salud, y si evidencian una condición clínica bucodentaria de mejor calidad.

Estos dirigentes se vuelven de vital importancia dado el énfasis que el gobierno le está dando desde el año 1996 a la participación ciudadana en Salud, con la creación de los consejos locales de salud.

Se evidenció que contrariamente a lo que se puede esperar, dado que cumplen un rol de garantes en la salud pública comunitaria, presentan una condición de salud Bucodentaria deficiente, asemejándose al promedio de la población general de Chile. Con un índice COP de 17,3, siendo el promedio para Chile de 19,7 en el mismo rango etario.

Otro tópico que quedo de manifiesto es lo que respecta a sus hábitos de higiene oral, donde si bien se evidencia una relación entre el uso de pasta y cepillo dental su frecuencia de cepillado en promedio es baja, siendo posible observar casos extremos donde el cepillado se realiza sólo una vez por semana.

Es importante destacar que los dirigentes poseen un nivel de escolaridad correspondiente en su mayoría a educación media incompleta y si relacionamos esto a que el mayor porcentaje de los dirigentes pertenece a los tramos A y B de Fonasa, es decir a los sectores socioeconómicos más vulnerables, se puede establecer una correlación positiva entre estos aspectos, donde un bajo nivel de escolaridad asociado a bajos ingresos serían determinantes de un nivel de salud general y específicamente bucodentaria deficiente, deduciendo a partir de lo anterior, que al tener menor educación, poseen menor conocimiento sobre los riesgos en salud, lo que queda reflejado en el perfil bucodentario obtenido mediante los exámenes clínicos realizados, quedando de manifiesto que carecen de información y conocimientos sobre las conductas más beneficiosas para su salud y por lo tanto para la salud de sus representados.

Otro aspecto de relevancia hace referencia a la edad y el género de los dirigentes sociales, siendo en su mayoría mujeres sobre los 60 años, lo que nos lleva a deducir que se trata en un gran porcentaje de personas jubiladas, siendo esto muy importante ya que dentro de las limitaciones se logra detectar que el tiempo es un factor que juega en contra del actuar dirigencial, ya que para hacer gestión y dar resolución a las demandas específicas y generales de la comunidad, se debe recurrir a instancias superiores, que se encuentran altamente burocratizadas y donde la solvencia a la demanda social se ve entrampada.

Llama la atención que los dirigentes sociales al ser consultado por la dificultad que tienen al acceso en la atención odontológica, en su mayoría diga no presentar

dificultad, cuando contrastando con los hallazgos clínicos, se puede ver una discrepancia entre ambos aspectos, pudiendo catalogar la salud bucodentaria de los dirigentes sociales pertenecientes a los consejos locales de salud de la comuna de Valparaíso entre regular y mala. De lo cual se puede inferir la poca importancia asignada a la atención Odontológica, como también el rol pasivo que han tenido en las políticas públicas orientadas a mejorar la situación de salud, configurando una situación en la que la comunidad y su participación deberían cobrar protagonismo y convertirse en un actor principal.

En cuanto a las instancias que poseen para ser capacitados en su mayoría son autogestionadas, relacionando esto con que en un gran porcentaje dicen no haber recibido dentro de estas alguna visita de un Odontólogo, se puede desprender de ello que no hay interés por parte de los Dirigentes en cuanto a ser capacitados en esta área.

Otro aspecto a consignar lo constituye el motivo de consulta odontológica, donde se marca una tendencia hacia la consulta relacionada a la estética (30%) o a la resolución de la urgencia (25%), lo que nos da una concepción limitada de salud que en su caso, como dirigentes vinculados precisamente a la salud, donde la prevención y promoción debería ser el vehículo de su actuar no se ve reflejando

En la actualidad, la bibliografía de este tema en nuestro país no cuenta con publicaciones en las que se analice el rol de los dirigentes sociales en el ámbito de la salud bucodentaria, el estudio que más se podría relacionar con esto es el de "Participación Comunitaria y Salud Primaria: el caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana." Tesis para optar al título profesional de sociólogo de la Universidad de Chile, donde se concluye que se están realizando acciones que apuntan a vehiculizar y viabilizar la participación de actores comunitarios desde las Direcciones de los Centros de Salud, existiendo una importante red de personas que participan en una diversidad de espacios colectivos locales: juntas de vecinos, agrupaciones de monitores voluntarios de salud, clubes deportivos, entre muchos otros. Algunos de ellos participan de éste espacio que se puede proyectar como un espacio deliberativo y comunitario dentro del sistema de salud local, que significa asistir a las actividades en un proceso deliberativo en torno a la planificación y evaluación y donde tanto los representantes de los usuarios, como los profesionales y funcionarios de la salud pertenecientes al Consejo de Desarrollo Local ven avances en la implementación del enfoque de promoción y participación en salud, pero también ven barreras institucionales. Los límites de la acción comunitaria, y de las intervenciones deliberativas comienzan en la realidad estructural que se percibe como inmodificable. Esta percepción es un desafío para la propia identidad de los actores comunitarios, en relación a la posibilidad de transformaciones más profundas y que a su vez sirviera como ejemplo para otros sistemas locales de salud.

CONCLUSIONES

En la presente investigación realizada en los dirigentes sociales que presiden los Consejos Locales de Salud de Valparaíso y paralelamente las Juntas de Vecinos de su sector, que corresponden a 20 personas que participaron de las entrevistas y encuestas, de las cuales 16 se sometieron a examen clínico en forma voluntaria, pudiendo concluir que:

- En cuanto a la distribución por género se observa una mayor frecuencia de mujeres (60%) versus hombres (40%), cuyo nivel educacional máximo alcanzado corresponde con un 30% a Educación Media incompleta, observándose en un porcentaje menor (5%) personas que sólo tienen Educación Básica completa y en el mismo porcentaje (5%) personas que han alcanzado la Educación Superior completa.
- Continuando con la categorización social es posible observar que el 90% de los dirigentes pertenece a Fonasa y el 10 % restante se encuentra afiliado al sistema de Isapre. De la totalidad de personas perteneciente a Fonasa (18), 16 personas se encuentran en el tramo B, y dos personas en el tramo A. Esta clasificación se basa en el nivel de ingresos de los cotizantes, por lo que podríamos interpretar que los dirigentes sociales pertenecientes a los consejos locales de salud de la comuna de Valparaíso, perciben un ingreso imponible mensual igual o menor a los 210.001 pesos en su gran mayoría (Tramo B), mientras que el resto o reciben pensiones básicas solidarias o son personas indigentes carentes de recursos (Tramo A). Siendo en su gran mayoría usuarios del Sistema Público 60%.
- Los dirigentes sociales pertenecientes a los consejos locales de salud de la comuna de Valparaíso, manifiestan en su relato ser autodidactas en su actuar dirigencial, es por esto que los conocimientos entre ellos son dispares, no logrando el perfil deseado, que les permita levantar demanda social para ser incorporada en la agenda pública.
- Existen capacitaciones que provienen de instancias formales, que responden más al cumplimiento de metas institucionales que a generar un impacto formativo en los dirigentes. Las cuales generan poca repercusión en su actuar dirigencial e incluso personal, lo que se ve reflejado en su propio estado de salud bucodentaria que pudo ser catalogada entre regular y mala, por lo tanto si no hay información y conocimiento, difícilmente se podrá llegar a levantar demanda en materia de salud bucodental.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones que encontramos son las que respectan al tipo de estudio realizado, al ser un estudio tanto cuantitativo como cualitativo, el integrar ambas partes fue un gran desafío.

Al ser un estudio en parte cualitativo, apareció la dificultad de tratar los temas bucales de esta forma, la cual como estudiantes de odontología, no estamos familiarizados. También ocurrió que a medida que avanzábamos en nuestra recolección de datos aparecían temas que no teníamos presupuestados medir, pero que podrían ser tópicos interesantes e importantes de recolectar y analizar.

En la parte cuantitativa la limitación fue la baja cantidad de personas en nuestra muestra, ya que nuestro universo de consejos de salud era limitado a los 23 que existen en la ciudad de Valparaíso; lo que hizo, además, que nuestros resultados mostraran poca variabilidad.

Otro obstáculo que se nos presentó al realizar esta investigación fue la inexistencia de estudios anteriores como precedentes que pudiéramos utilizar como referencia, debido a que nuestra unidad muestral, los dirigentes sociales, han sido estudiados desde otros puntos de vistas, como sociológico y psicológico, siendo en nuestro ámbito odontológico un estudio inédito.

Al tomar en cuenta las limitaciones de este estudio, se sugiere para próximos estudios realizarlo en otro tipo de organizaciones con dirigentes como clubes deportivos, centro de madres y agrupaciones de adultos mayores, que también son capaces de levantar demandas a la autoridad.

También se sugiere la incorporación de nuevas preguntas y forma de recolectar las variables. Preguntas como: ¿Qué actividades ha desarrollado usted a favor de la salud de la comunidad? O ¿Qué estrategias piensa usted que pueda impulsar como dirigente de su comunidad, para lograr responder a los requerimientos de la salud bucodentaria de la población?

Luego de analizar los resultados obtenidos, surge la pregunta, si con la educación en salud bucodentaria del dirigente social podremos cambiar su estado de salud bucal, la de su comunidad y la priorización de ésta por parte de ellos. Es por esto que se sugiere para un futuro, la realización de un estudio, que tomando como base esta investigación, mida los resultados de una intervención en este grupo de personas. Dando información en cuanto a la influencia que tiene la salud bucal en la salud general y el autocuidado para la prevención de enfermedades, ver si su estado y valoración de la salud oral sufre un cambio. Además, esta intervención podría considerarse como parte de alguna asignatura de nuestra carrera, y así realizar trabajo social para la comunidad el cual puede dar como resultado que la salud bucal sea considerada una prioridad.

RESUMEN

El estudio se llevo a cabo para conocer si Los presidentes de los Consejos Locales de Salud de la comuna de Valparaíso que paralelamente presiden la Junta de Vecinos de su sector, disponen de conocimientos y competencias dirigenciales generales y para la articulación de las necesidades en salud bucodentaria comunitaria con la gestión pública local en salud, evidencian una condición clínica bucodentaria de mejor calidad.

Para llevar a cabo el trabajo investigativo, se desarrolla un abordaje cualitativo, que recoge las subjetividades de los dirigentes en torno a su calidad de dirigentes sociales. Al mismo tiempo, que se aborda cuantitativamente formación dirigencial, nivel educacional y condición personal de salud bucodentaria como un indicador de conocimiento y valoración de este ámbito de la salud. Se contó con una muestra de 20 dirigentes, de los cuales 16 accedieron a ser examinados clínicamente y a 5 se les realizó una entrevista en profundidad.

Los resultados arrojaron que el perfil del dirigente social corresponde a mujeres con un promedio de edad de 62 años, con un nivel de escolaridad de educación media incompleta, pertenecientes a FONASA tramo B, usuarias del sistema público de salud. La formación dirigencial es autodidacta, carecen de conocimientos y competencias para la resolución de problemas de salud por lo que no son capaces de promocionar políticas de salud pública por su desconocimiento. A pesar de otorgarle gran importancia a la salud, y en especial a la salud bucodentaria, el propio estado de ésta puede ser catalogado como regular e incluso malo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Salazar, G. (2012) Movimientos Sociales en Chile. Trayectoria Histórica y Proyección Política. UqBar Editores. Santiago de Chile. Cap. IV, Pág. 435
- (2) J.Mc Carthy & M.Zald (1996): «Resource Mobilisation and Social Movements», en American Journal of Sociology 6: 82 (1996), pp. 1212-1241.
- (3) http://web.minsal.cl/funciones_objetivos
- (4) Abadía Barrero, C. (2006) Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioethica N° 1, 12, Pág. 9
- (5) Alvear, C. y Reyes A. (2003) Gestión Participativa a nivel local de Juntas de vecinos. U.A.H.C., p.4- 70.
- (6) SUBDERE (Subsecretaria de Desarrollo Regional) 2004. “Participación Ciudadana en la Gestión de Gobiernos Regionales y Municipios: Diagnóstico y Situación Actual”. Documento de Trabajo, División de Políticas. Santiago, p.42-45.
- (7) Montecinos, E. (2005) Instituciones Políticas y Participación Social en el Espacio Local. Primer avance del proyecto de investigación titulado “Instituciones Políticas y Participación Social en la Región de Los Lagos” financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile, p.2-10.
- (8) Etzioni, A. (1996) The New Golden Rule: Community and Morality in a Democratic Society, New York: Basic Books.
- (9) Rodríguez Mansilla, D. (1995) Diagnóstico Organizacional. Universidad Católica de Chile, p.25-65.
- (10) PIIIE, (1991) El dirigente social y sus desafíos. Una mirada Educativa. Programa Interdisciplinario de investigación en Educación, p.4-12.
- (11) Oakley, Peter (1991) et al. Projects with people: the practice of participation in rural development. Génova: International Labor Office, p.251.
- (12) Contextus (2008). Estudio de Opinión Ciudadana, Dirigentes Sociales de la comuna de Talca. Centro de estudios e investigación Social, p.5.
- (13) SUBDERE (2008) Percepción de los Dirigentes Sociales acerca de la Participación Ciudadana en el Nivel Local. El Caso de San Pedro y San Joaquín, p.3.
- (14) Díaz A. El municipio en Chile: ¿comunitarista o neoliberal?. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central. 2007
- (15) La conexión entre la salud bucodental y las enfermedades cardiovasculares. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 1999 July [cited 2015 July14]; 6(1): 55-56. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000600010&lng=en.
- (16) BIOMEDICINA, 2006, 2 (3) - 246-251 Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general ISSN: 1510-9747
- (17) Informe-Final-Encuesta-de-Calidad-de-Vida-y-Salud-2006.pdf. MINSAL, pág 91
- (18) <http://bti-biotechnologyinstitute.com/mx/pacientes/salud-dental/relacion-entre-salud-bucodental-y-salud-general/>
- (19) Programa modelo. Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
- (20) International Association for the Study of Pain, subcommittee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. 1986; 3:S3-S12 y S16-S22.
- (21) Okesson, JP (2007). Dolor Orofacial. Pág 123-258- Dolor Orofacial según Bell- 6ª Edición, Editorial Quinestessence. Madrid, España.

- (22) Henostroza, G (2007). Caries Dental, Principios y procedimientos para el diagnóstico. Pág 53-87. Editoria Ripano, Brasil.
- (23) Carranza y Newman (2003). Periontología Clínica. Pág 73-95. Editorial McGraw-Hill. USA.
- (24) Peñarrocha, M (1997). Dolor Orofacial, Etiología, diagnóstico y tratamiento. Pág 31-78. Editorial Masson. Madrid, España.
- (25) Guerrero S, Cisterna P, González S, Uauy R. Contenido de Flúor de las Aguas Naturales de Chile y Recomendaciones para la Suplementación. Revista Chilena de Pediatría. 1983; 54(3):162-166
- (26) <http://200.54.170.197/estadisticas2006/monitoreo2009/normadefluoruros2008.pdf>
- (27) http://web.minsal.cl/sembrando_sonrisas
- (28) Estrategia nacional de salud, metas 2011-2020
- (29) Diagnóstico de situación de salud bucal (MINSAL)
- (30) www.supersalud.gob.cl › Inicio › Servicios

ANEXO N°1

Formulario de Consentimiento Informado para Dirigentes Sociales

El presente formulario de consentimiento informado es para hombres y mujeres que sean dirigentes sociales de alguna organización, quienes están siendo invitados a participar de la investigación a realizarse en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. El título de nuestra investigación es "SITUACIÓN Y VALORACIÓN DE SALUD ORAL DE LOS DIRIGENTES SOCIALES DE LA CIUDAD DE VALPARAÍSO"

Este formulario de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Una hoja informativa (para compartir información acerca de la investigación con usted)
- Un certificado de Consentimiento (para firmar en caso de que quiera participar de la investigación).

Se le entregará una copia completa del Formulario de Consentimiento Informado

PARTE I: Hoja Informativa

Introducción

Somos Vanessa Bure, María José Lorca y Paz Ríos, estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Como trabajo de título estamos investigando acerca de la Situación y valoración de la salud oral de los dirigentes sociales de la ciudad de Valparaíso. Le daremos información y lo invitaremos a participar de este estudio. Pueden haber palabras que usted no entienda, por favor pregunte y se le explicará. Si surgen preguntas después, también puede hacerlas.

Objetivo de la investigación

Estamos midiendo el estado de su salud bucodental y la valoración de ésta, porque usted como dirigente social juega un rol importante en la toma de decisiones sobre las metas en salud pública.

Tipo de intervención a realizar en el estudio.

Esta investigación incluye contestar una encuesta y la realización un examen clínico oral.

Estamos invitando a participar de esta investigación a todos los adultos que participen como dirigente social en su comunidad.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Es su decisión aceptar la invitación. Si durante el estudio decide no seguir participando, no hay problema en que se retire de la investigación, incluso aunque haya aceptado en un principio.

No tiene que participar de esta investigación si no quiere. Si acepta, puede dejar de participar en cualquier momento. Es su decisión y todos sus derechos seguirán siendo respetados.

Procedimientos y Protocolo

Se realizará una charla informativa de la salud bucodentaria durante el encuentro donde deberá contestar una encuesta y se le realizará una entrevista, en la que se le preguntará datos personales y aspectos sobre los cuidados de su salud bucodental. Posteriormente, se le realizará un examen clínico oral de rutina, el cual consistirá en la observación de su cavidad bucal en busca de alguna alteración, la cual puede ser caries, enfermedad periodontal, entre otras.

Duración

Solo será una vez, y la duración será de aproximadamente 45 minutos.

Beneficios

De encontrarse alguna alteración, se le explicara en que consiste y cuáles son sus posibilidades de tratamiento. Junto con esto, se le derivara al especialista correspondiente, si así usted lo desea.

El participante no corre ningun riesgo al participar de la actividad a desarrollar, ya sea en el examen clinico, entrevista y encuesta.

Confidencialidad

Los datos personales que sean recolectados durante la investigación sólo serán conocidos por las investigadoras. Una vez obtenidos los resultados, los datos personales se eliminarán, existiendo la posibilidad de publicarlos de forma anonima en algún medio científico.

Compartiendo los resultados

Se citara a una reunión a todos los participantes del estudio, para dar a conocer los resultados obtenidos en éste. Esta reunión se llevara a cabo antes de que la tesis sea expuesta. No se expondrá información confidencial, es decir, los datos personales de quienes participaron.

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta que quiera realizar, incluso si el estudio ya empezó, puede contactar a: Paz Ríos al celular 63922700 o al correo electrónico pacitosachu@gmail.com.

Esta propuesta fue revisada y aprobada por el Comité de Bioética de la Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, quienes se aseguran que esta investigación no dañará a quienes participen de ella. Si desea saber más de este comité se puede contactar con [Dra. Marjorie Borgeat, Subida Carvallo 211, Valparaíso, 032-2508504, correo electrónico: cbi.odo.uv@gmail.com].

PARTE II: Certificado de Consentimiento



**Universidad
de Valparaíso
CHILE**

He leído la información entregada, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de realizar preguntas acerca del estudio y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar, de manera voluntaria, en esta investigación.

Nombre Impreso del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

ANEXO N°2

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

Entrevista Dirigentes Sociales UNCO Salud.

I Datos de la entrevista

- a) Fecha _____
- b) Lugar _____
- c) Entrevistador _____
- d) Hora inicio entrevista _____ Hora de término _____

II Presentación de la entrevista y los entrevistadores

III Datos del entrevistado/a

- a) Sexo _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
- b) Antigüedad en la organización en años _____
- c) Cargo actual en la organización _____
- d) Cargos anteriores _____
- e) Participación en otras organizaciones sociales y/o vecinales Mencionarlas

IV Preguntas

1. Ámbito organizacional

- a) ¿Me podría describir el origen y los objetivos de su organización?
- b) ¿Podría relatar los acontecimientos más significativos de la historia de la organización?
- c) ¿Podría describir y enumerar, según importancia, los principales problemas que aborda la organización?
- d) ¿En base a qué procedimientos la organización establece los problemas que abordará?
- e) ¿Cuáles son los mecanismos que utiliza la organización para resolver los problemas que considera importantes?
- f) ¿Cómo es la relación de la organización con las instituciones de salud u otras en las cuales participa? ¿Estas instituciones cómo les facilitan la resolución de las problemáticas que les interesan?
- g) ¿Cómo evalúa el papel de la organización y participación de los vecinos en la resolución de los problemas que les interesan?

2. Ámbito Dirigencial

- a) ¿Piensa Ud. que un dirigente social nace o se hace?
- b) ¿Cuáles cree Ud., que son las responsabilidades y funciones de un dirigente social?
- c) ¿Conoce las normativas o leyes que establecen las funciones del dirigente social? Comente
- d) ¿Qué tipo de preparación ha recibido Ud. para ser dirigente social?
- e) ¿Qué tipo de apoyos necesita un dirigente social para ejercer sus funciones?
- f) ¿Cuáles son las limitaciones u obstáculos que tiene un dirigente social para ejercer sus responsabilidades?
- g) ¿Qué ha significado para Ud. ser dirigente social?

3. Área Temática: Salud

- a) ¿Qué significa para Ud. la palabra salud y qué importancia le asigna?
- b) ¿Cómo calificaría su condición de salud general y odontológica?
- c) ¿Qué preparación ha recibido Ud. para ejercer un liderazgo en el tema de la salud? y ¿Cuál cree Ud. que deberían ser los conocimientos y habilidades en el tema salud que un dirigente como Ud. debería manejar?
- d) ¿Cuáles cree Ud. son los principales problemas de salud que aquejan a los vecinos y personas que Ud. representa? ¿Cómo sabe de ellos?
- e) ¿Qué apreciación tiene de la salud odontológica y los requerimientos de los vecinos? ¿Hay respuesta para ellos?
- f) ¿Qué demandaría a la autoridad en relación al tema de salud y de la salud oral en particular?

4. Área de Expresión Libre

¿Considera que dentro de los temas consultados faltó alguno que a Ud. le gustaría comentar para enriquecer la información que estamos recogiendo?



ANEXO N°3

Ficha clínica Dirigentes Sociales UNCO Salud

**Tesis :”Estado y valoración de la salud oral de los dirigentes
sociales de Valparaíso”.**

FICHA n° _____

NOMBRE: _____

Presencia actual de DOLOR

Sí _____ No _____

Escala EVA:



Ubicación: _____

SIGNOS ATM:

SIGNOS

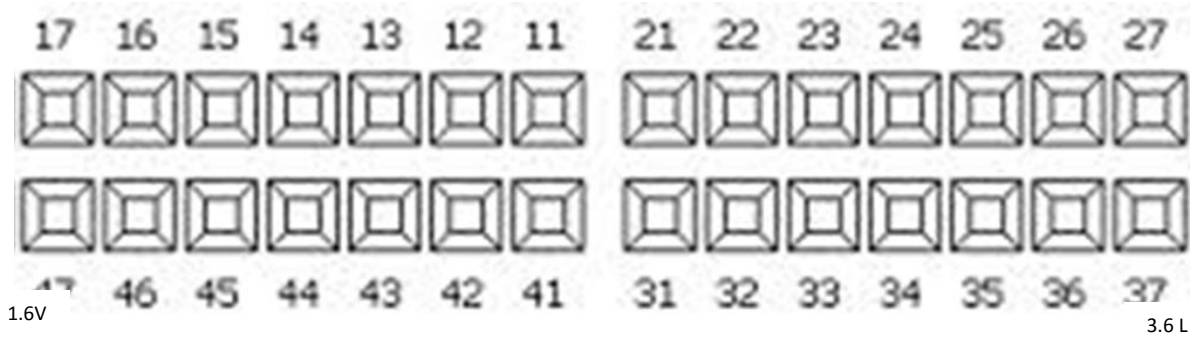
0= NO

1=SI (chasquido, dolor a la palpación limitación apertura).

9= NO REGISTRADO

DENTOGRAMA

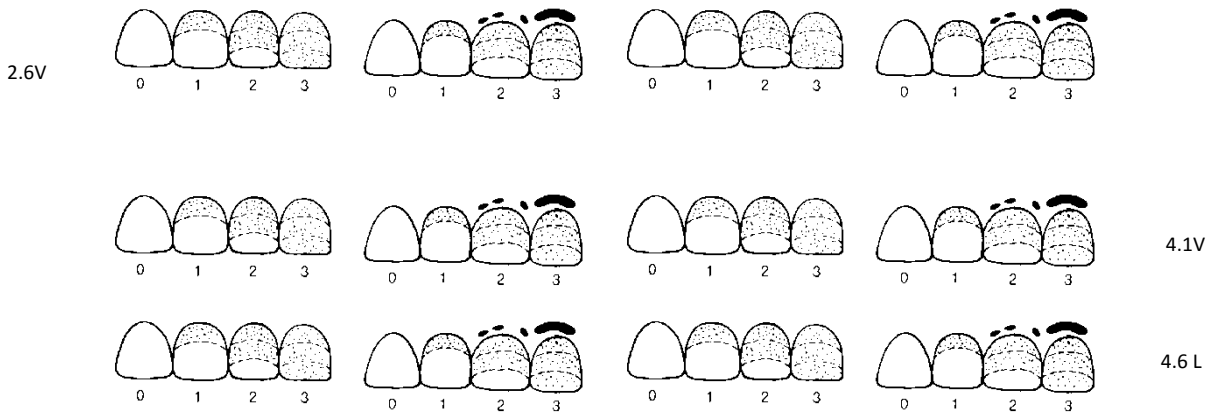
- Marcar dientes cariados, obturados y perdidos
- Indicar índice COP.



COP: _____

1.1V

INDICE DE HIGIENE GREENE VERMILLION SIMPLIFICADO



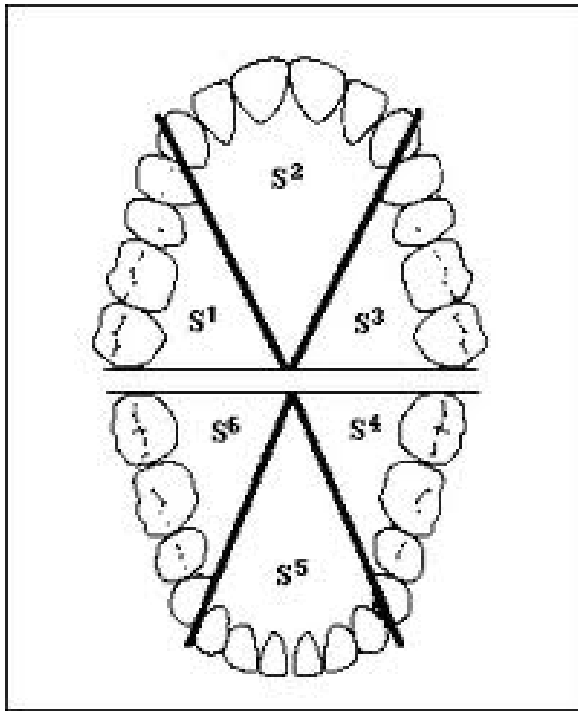
Cálculo del índice:

$$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$$

Niveles de IHO

0.0-1.0 : Optimo
1.1-2.0 : Regular

2.1-3.0 : Malo
Más de 3 : Muy malo



PSR

Valor PSR paciente: _____

Grupos

I	II	III	IV	V	VI

UBICACIÓN DE LAS LESIONES BUCALES Y SU FORMA Y POSICION

MUCOSA ORAL

TRASTORNO

- 0 = Ningún estado anormal
- 1 = Tumor maligno (cáncer oral)
- 2 = Leucoplasia
- 3 = Lique n plano
- 4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
- 5 = Gingivitis recrotizante aguda
- 6 = Candidiasis
- 7 = Absceso
- 8 = Otro trastorno (especificuese si es posible)
- 9 = No registrado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LOCALIZACIÓN

- 0 = Bordo bermellón
- 1 = Comisuras
- 2 = Labios
- 3 = Surcos
- 4 = Mucosa bucal
- 5 = Suelo de la boca
- 6 = Lengua
- 7 = Paladar duro y/o blando
- 8 = Bordes alveolares/lencias
- 9 = No registrado

Clasificación de los beneficiarios de Fonasa según su tramo

Fonasa clasifica a sus beneficiarios en los tramos A, B, C y D de acuerdo a su ingreso:

Tramo	Beneficiarios	Porcentaje Copago
Tramo A	<ul style="list-style-type: none">◦ Personas indigentes o carentes de recursos◦ Beneficiarios de pensiones básicas solidarias.◦ Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).	0%
Tramo B	<ul style="list-style-type: none">◦ Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a 210.001 pesos.	0%
Tramo C	<ul style="list-style-type: none">◦ Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a 210.001 pesos y menor a 306.000 pesos. <p>Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a grupo B.</p>	10%
Tramo D	<ul style="list-style-type: none">◦ Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a 306.601 pesos. <p>Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a grupo C.</p>	20%

ANEXO Nº5

INFORME TOTALITARIO DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS INGRESADAS EN EL SISTEMA

Ilustre Municipalidad de Valparaíso

Secretaría Municipal

NOMBRE ORGANIZACIÓN	TIPO	DIRECCION	FECHA DE LA ORGANIZACION
CENTRO RECREATIVO DE CRONICOS CONSULTORIO QUEBRADA VERDE	SALUD	LEVARTE 1405 PLAYA ANCHA	08/01/1998
CONSEJO LOCAL DE SALUD A LACOMUNIDAD-BARON	SALUD	BLANCO VIEL 651 CERRO BARON	27/09/1999
CONSEJO LOCAL DE SALUDQUEBRADA VERDE	SALUD	AV. QUEBRADA VERDE 1405 PLAYA ANCHA	23/12/1999
CONSEJO LOCAL DE SALUD PUERTAS NEGRA	SALUD	PJE ANDORRA 16 POB. MONTEDONICO P. ANCHA	29/12/1999
CONSEJO DES.LOCAL DE SALUD MENA	SALUD	CALLE FERRARI S/N CERRO FLORIDA	04/07/2000
CONSEJO LOCAL DESARROLLO CENTRO SALUD PLACERES	SALUD	BARTOLOME VIVAR 526 PLACERES	22/08/2000
CONSEJO DESARROLLO LOCAL DE SALUD REINA ISABEL	SALUD	AV. WASHINTON 1926 BARRIO O.HIGGINS	28/08/2000
CONSEJO COMUNITARIO DE SALUD PLAZA JUSTICIA	SALUD	SUBIDA EL PERAL 99 VALPARAISO	13/09/2000
CONSEJO LOCAL DE SALUD RODELILLO	SALUD	CALLE TIERRAS ROJAS S/N RODELILLO	27/09/2000
PRAIS CORPORACION DE BENEFICIARIOS PROGRAMA DE REPARACION Y ATENCION INTEGRAL DE SALUD	SALUD	SUBIDA EL PERAL Nº5 VALPARAISO	30/10/2000

CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL CENTRO DE SALUD ESPERANZA	SALUD	CALLE GALVARINO N°7 CERRO ESPERANZA	14/11/2000
CONSEJO LOCAL DE SALUD CORDILLERA	SALUD	CALLE CHAPARRO 194 CERRO CORDILLERA	30/11/2000
CONSEJO LOCAL DE SALUD LAS PALMAS	SALUD	CABRITERIA NORTE 2055 LAS PALMAS PLACERES	24/04/2001
CONSEJO LOCAL DE SALUD DE PLACILLA	SALUD	CUARTEL DEL CUERPO DE BOMBEROS DE PLACILLA	05/12/2001
UNION COMUNAL CONSEJOS LOCALES DE SALUD DE VALPARAISO	SALUD	AV. BRASIL 1435 VALPARAISO	25/03/2004
COMUNIDAD DE AUTO AYUDA HOSPITAL DIURNO E. PEREZ	SALUD	SUB CARVALLO 200 PLAYA ANCHA	08/06/2005
CONSEJO LOCAL DE DESARROLLO DEL HOSPITAL DEL SALVADOR	SALUD	SUB. CARVACHO 200 PLAYA ANCHA	17/06/2005
CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL PARQUE EL LITRE	SALUD	SUBIDA EL LITRE 985	03/11/2005
CONSEJO CONSULTIVO DE USUARIOS	SALUD	IBSEN S/N CERRO DELICIAS	13/02/2007
CONSEJO DE DESARROLLO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	SALUD	SAN IGNACIO 725 VALPARAISO	13/08/2007
CONSEJO LOCAL DE SALUD LAS CAÑAS	SALUD	LOS ALERCES S/N CERRO LAS CAÑAS	27/08/2007
CONSEJO LOCAL DE SALUD POSTA LAGUNA VERDE	SALUD	LAGUNA VERDE	0/09/2009
CONSEJO LOCAL DE SALUD PORVENIR BAJO	SALUD	CALLE 23 S/N PORVENIR BAJO P. ANCHA	14/06/2010
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD SAN ROQUE "PADRE CARLOS HALLET"	SALUD	AV.O.HIGGINS 276 SAN ROQUE	12/08/2011

ANEXO N°7

ORGANIZACIONES SOCIALES (GUÍA DEL DIRIGENTE DIVISIÓN DE ORGANIZACIONES SOCIALES 2013)

Tipos de Organizaciones

1. Organizaciones territoriales

Son las Juntas de Vecinos. Representan a las personas que residen en una misma unidad vecinal y cuya finalidad es promover el desarrollo de la comunidad, defender sus intereses, velar por los derechos de los vecinos y colaborar con las autoridades.

- **Objetivos de las juntas de vecinos:**
 - 1) Representar a los vecinos ante cualquier autoridad, institución o personas conducentes al desarrollo integral de la Junta de Vecinos.
 - 2) Aportar a las decisiones de las autoridades municipales y apoyar el desarrollo de las iniciativas sociales.
 - 3) Colaborar con la satisfacción de necesidades básicas y cautela de los intereses de los vecinos del sector
 - 4) Gestionar la solución de los asuntos o problemas que afecten a la unidad vecinal.
 - 5) Promover la unión y la sana convivencia entre vecinos.

- **Requisitos para participar en una junta de vecinos**
 - 1) Residir en la respectiva unidad vecinal y tener como mínimo 14 años.
 - 2) El ingreso a las Juntas de Vecinos es un acto voluntario, personal e indelegable.
 - 3) Las personas podrán pertenecer sólo a una Junta de Vecinos.
 - 4) Su participación en la Junta de Vecinos le permitirá estar informada/o de proyectos y futuras iniciativas de desarrollo de su unidad vecinal.

- **Otros antecedentes que se deben conocer:**
 - 1) Cada junta de vecinos tendrá el derecho de acceder a un local para su funcionamiento regular.

La municipalidad deberá velar por la existencia de a lo menos una sede comunitaria por unidad vecinal, garantizando que su uso esté abierto a todas las organizaciones comunitarias existentes.

Las juntas de vecinos y las demás organizaciones comunitarias estarán exentas de todas las contribuciones, impuestos y derechos fiscales y municipales.
 - 2) Tienen un periodo de duración de tres años. Para constituirse debe contar con a lo menos tres miembros.

Su mesa directiva debe ser elegida en votación directa y secreta, eligiendo igual número de suplentes. Deberá contar necesariamente con un presidente, secretario y tesorero.

Corresponderá a los tribunales electorales regionales conocer y resolver las reclamaciones que cualquier vecino afiliado a la organización presente, dentro de los quince días siguientes al acto electoral

- Normas especiales sobre Juntas de Vecinos
 - 1) En cada unidad vecinal podrá existir una o más juntas de vecinos.
 - 2) Para constituir una junta de vecinos se requerirá la voluntad del siguiente número de vecinos residentes en ella:
 - 50 vecinos en comunas hasta 10 mil habitantes
 - 100 vecinos en comunas de más de 10 mil y hasta 30 mil habitantes
 - 150 vecinos en comunas de más de 30 mil y hasta 100 mil habitantes
 - 200 vecinos en las comunas de 100 mil habitantes
 - 3) El cumplimiento de este requisito no será exigible para constituir una junta de vecinos en localidades alejadas, si ellas tuvieren un número de habitantes inferior al mínimo exigido. Por medio de resolución alcaldicia será establecida la exención de dicho requisito.

- Sobre las uniones comunales de juntas de vecinos
 - 1) Para su constitución se requiere la participación de , al menos, 30% de las juntas de vecinos de la comuna, las cuales solo podrán pertenecer a una Unión Comunal.
 - 2) En materia de Uniones Comunales, éstas podrán crear federaciones y confederaciones.

2. Organizaciones Funcionales

Son aquellas con personalidad jurídica y sin fines de lucro, que tengan por finalidad representar y promover valores e intereses específicos de una comunidad dentro del territorio comunal o agrupación de comunas respectivas, comités de adelanto, centros juveniles, culturales, agrupaciones medio ambientales, clubes de adulto mayor, entre muchas.

- Objetivos de las Organizaciones Funcionales:
 - 1) Organizar a los socios de la agrupación para realizar actividades necesarias conducentes a mejorar su calidad de vida, la de sus familias y comunidad en general.
 - 2) Representar los intereses de los asociados ante las autoridades que corresponda.
 - 3) Promover y realizar charlas, exposiciones, talleres, encuentros y jornadas educativas, formativas, para los asociados, y la comunidad en general.
 - 4) Proporcionar información oportuna y adecuada a sus asociados en temas que les sean propios.

- 5) Obtener servicios, asesorías, equipamiento y demás medios para el mejor desarrollo de sus actividades y la solución de problemas comunes.
 - 6) Preparar proyectos de desarrollo para la organización.
- Requisitos para participar de una Organización Funcional
 - El número mínimo de personas necesario para constituir una organización comunitaria funcional es de quince en las zonas urbanas y de diez en las zonas rurales.
 - El ingreso a las organizaciones funcionales es un acto voluntario, personal e indelegable.
 - Las personas podrán pertenecer a una o varias organizaciones a la vez (ejemplo: ser parte de un comité de adelanto de un centro cultural y también de un club de adultos mayores).
 - Derechos que adquiere un integrante de una organización
 - 1) Participar en asambleas con derecho a voz y voto
 - 2) Elegir y ser elegido
 - 3) Presentar iniciativas o proyectos
 - 4) Acceder a libros de actas, registro de socios y contabilidad
 - 5) Proponer censura a cualquier miembro del directorio

Uniones comunales de Organizaciones Funcionales:

A los menos 20% de las organizaciones comunitarias funcionales de la misma naturaleza, existentes en una comuna o agrupación de comunas podrá constituir una unión comunal de ese carácter.

- Sugerencias para fomentar la asociatividad entre vecinos:
 - 1) Disponer de un catastro de todas las organizaciones sociales que existen en su comunidad y las actividades que desarrollan, para luego difundir entre los vecinos.
 - 2) En las asambleas que realizan las juntas de vecinos, invitar a organizaciones funcionales para que presenten sus objetivos, iniciativas e inviten a las personas a integrarse y participar.
 - 3) Realizar ferias temáticas donde las organizaciones sociales muestren a la comunidad sus acciones y actividades y abran sus registros para nuevos socios.
 - 4) Realizar encuestas de intereses para que los vecinos señalen en que iniciativa social, cultural o recreativa, les gustaría participar.
 - 5) Difundir entre las organizaciones la información de los fondos concursables que dispone el gobierno para ampliar los niveles de participación de la comunidad.
 - 6) Difundir y publicar las buenas prácticas que desarrollan las organizaciones sociales para que la comunidad se informe y se interese por apoyar y participar.

ANEXO N°8

INDICADORES DE SALUD BUCODENTARIA

DOLOR

La IASP lo define como una sensación displacentera y como una experiencia emocional asociada a un daño tisular (de los tejidos), actual o potencial o descrita en términos de tales daños.

El dolor fisiológico es una sensación normal, localizada, transitoria y la podemos experimentar en nuestra vida diaria. Tiene una función de alarma y rol protector, en respuesta a una lesión tisular o daño en el SNC, periférico o autónomo. Corresponde a una forma de destrucción física y mental del paciente, sobre todo si es crónico pues impide su labor diaria, ocasiona deterioro en su actividad física, perturba el reposo y produce daño psicológico y destrucción celular debido al estímulo que se produce sobre el sistema simpático.

El dolor no sólo involucra al individuo, sino también al grupo familiar lo que produce cambios estructurales, económicos, psicológicos, sociales y en ocasiones, pérdidas de horas de trabajo. (IASP, 2010)

2.1.1 DOLOR BUCO-DENTAL

Existen dos tipos de dolor buco-dental (Okesson 2007):

- Dolor mucoso
- Dolor dental: es el más frecuente en la cavidad oral. Generalmente se produce por caries. Es un dolor somático profundo de tipo visceral que no tiene una relación con lo intenso de la lesión y el umbral de estimulación es alto. Lo anterior explica que se trate de un dolor mal localizado que puede producirse debido a:
 - Pulpitis aguda o crónica de etiología infecciosa (caries, traumatismos)
 - Pericoronaritis (dolor originado por la compresión en inflamación gingival originada por la erupción incompleta de los terceros molares a lo que se suma la infección)

- Periodontitis
- Abscesos

2.2 CARIES

Henostroza lo define como una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado, se produce desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica, el proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandamiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de la cavidad.

La caries se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que destruyen el diente. Esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por las bacterias. Clínicamente la caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y la descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza se destruyen los tejidos y se forman cavidades (OMS 2007).

2.3 Enfermedad Periodontal (American AAP 1999):

Las enfermedades periodontales según la AAP se clasifican en 8 enfermedades, de las cuales serán consideradas en este estudio las enfermedades Gingivales, las Periodontales Crónicas y la Agresiva:

a) En enfermedades Gingivales: Es la forma menos severa de la enfermedad Periodontal. Las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente. Generalmente en esta etapa no existen molestias. Esta patología es reversible si se trata profesionalmente y junto a una buena higiene y cuidado en casa, esta enfermedad se divide en aquellas:

- Inducidas por placa bacteriana
- No inducidas por placa bacteriana

b) Periodontitis Crónica:

1. Extensión:

- Localizada: Que se presenta en menos de un 30%
- Generalizada: Más de un 30% de localizaciones afectadas.

2. Severidad:

- Leve: Si la pérdida de inserción es superior es de 1 a 2 mm.
- Moderada: Si la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm.
- Severa o Avanzada: Si la pérdida de inserción es superior a 5 mm.

c) Periodontitis Agresiva: Se define como una forma agresiva de enfermedad, caracterizada por avanzada pérdida de tejido Periodontal y rápida progresión de la enfermedad, asociada a factores sistémicos modificantes, genéticos e inmunológico, que favorecen la predisposición a su aparición.

- Localizada: Comienza en la edad cercana a la pubertad, la destrucción Periodontal interproximal es localizada en el primer molar/incisivos y no más de dos dientes adicionales afectados
- Generalizada: Se diferencia de la forma localizada por la cantidad de dientes permanentes involucrados: Pérdida de inserción interproximal generalizada, afectando al menos 3 dientes adicionales además de primeros molares e incisivos. Afecta a personas de menos de 30 años, pero los pacientes pudieran tener mayor edad, la destrucción de inserción y de hueso alveolar es demarcada índole episódica.

2.4 LESIONES DE LA MUCOSA ORAL:

Lesiones de la mucosa oral según Peñarrocha:

Infecciones:

- Víricas: Herpes Simple, Herpes Zoster y Coxsackie. Este tipo de infecciones puede producir afecciones locales dolorosas pero las recidivas en general son menos dolorosas.

- Micóticas: Candidiasis atrófica crónica principalmente en sus tres formas clínicas: estomatitis protésica, Queilitis Angular y Glositis Atrófica crónica candidiásica.
- Bacterianas: la Gingivitis bacteriana produce un dolor leve o moderado, en cambio la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda (GUNA) es bastante dolorosa que es de aparición frecuente. Se trata de un proceso inflamatorio y destructivo de las encías de mayor incidencia entre los 18 y los 30 años. Los signos son enrojecimiento y tumefacción de la encía, papilas con úlceras necróticas. El dolor es moderado o intenso, espontáneo y constante, también se manifiesta Halitosis y Gingivorragias.

Lesiones Iatrogénicas:

- Traumáticas: irritación mecánica debido a prótesis mal adaptadas y obturaciones desbordantes.
- Agentes Químicos: algunos fármacos producen daño en la mucosa, uno de los más comunes es el Ácido Acetil Salicílico, aparece una película blanquecina en el área afectada sobre zonas eritematosas. Se puede producir una necrosis química del epitelio.
- Agentes Físicos: quemaduras térmicas y eléctricas.

Aftas Recidivantes: (del griego Aphtal que significa quemadura). Corresponde a una pérdida de sustancia de la mucosa aguda, dolorosa, inicialmente necrótica y recidivante.

- Estomatitis aftosa recurrente menor: aproximadamente entre un 70 a 80% de las lesiones se clasifican de este tipo. Corresponden a pequeñas úlceras bucales, de 2 a 4 mm de diámetro, dolorosas sobre todo al tocarlas, son de forma ovalada definidas y de color blanco debido a la necrosis y con bordes levemente eritematosos. Son de poca profundidad y su cicatrización tarda entre 5 a 6 días.

- Estomatitis aftosa recurrente mayor: representan entre el 10 al 20% de las aftas, son propias de la edad media de la vida. Las ulceraciones son de mayor tamaño más de 1 cm.
- Estomatitis aftosa herpetiforme: representan entre el 6 y 10% de las aftas, son lesiones pequeñas y numerosas, se debe hacer diagnóstico diferencial con Herpes Simple, son lesiones muy molestas.

Enfermedad mucocutánea:

- Liquen plano: la única dolorosa es la de tipo erosivo. Si son amplias producirán dolor severo que incluso dificultaran la ingesta de alimentos
- Pénfigo Vulgar: produce unas lesiones tipo ampollas. Generalmente se inician en la mucosa oral siendo de pequeño tamaño, pero si se rompen, dan lugar a erosiones muy dolorosas. Generalmente aparecen alrededor de los 50 años de vida.
- Eritema multiforme: es una enfermedad aguda de la piel y de las mucosas en la boca son muy dolorosas que incluso impiden la masticación, deglución y habla. Son maculas hiperémicas, pápulas y vesículas-ampollas que se rompen con gran facilidad, dejando erosiones que sangran con abundancia y ocasionan las típicas costras serohemática. Se ubican principalmente en lengua, paladar, mucosa yugal, encía y mucosa labial.
- Lupus Eritematoso: en el tipo discoide crónico, las lesiones orales asientan con mayor frecuencia en la mucosa yugal y luego en los labios. En los labios se caracteriza por una zona de descamación, indura y querastósica, que produce mínimas molestias. En el Lupus eritematoso sistémico, las lesiones orales son más extensas que incluyen hemorragia y edemas y eritemas.
- Penfigoide Benigno de las mucosas: enfermedad crónica, de afección mucosa y cutánea, que se manifiesta con lesiones de carácter vesiculo-ampollosa que se presentas en las encías, mucosa bucal y paladar. Si la ampolla se rompe produce dolor.
- Síndrome de la boca ardiente o urente o glosodinia: se caracteriza por ardor o dolor en la mucosa bucal. Su etiología es desconocida. Corresponde a un

dolor somático superficial típico constante y continuo. Es una sensación subjetiva que no presenta lesiones visibles en boca que reflejen lesión. Generalmente se sienten molestias bilaterales especialmente en la punta y bordes y zonas de mayor movimiento. La localización dependerá de que tejidos se rozan y el lugar. En ocasiones se observa hiperemia, inflamación y ulceración.

- **Cáncer Oral (Asociación Dental Americana, 2010):**

Enfermedad que puede presentarse en cualquier lugar de la boca o garganta. La mayoría de los cánceres bucales comienzan en la lengua y el piso de boca. Cualquier persona puede tener Cáncer Bucal, pero el mayor riesgo es en hombres mayores de cuarenta años, que fuman o que consumen alcohol, además de las personas que tienen antecedentes de Cáncer de Cabeza y Cuello. La exposición frecuente al sol también es un factor de riesgo de Cáncer Labial (ADA, 2010).

El término Cáncer oral, incluye boca y faringe y garganta, cerca de dos tercios de los Cánceres Orales ocurren en la boca y alrededor de un tercio en la faringe. Actualmente al año se diagnostican en Estados Unidos alrededor de 35 mil afectados de los cuales 7500 fallecen por este motivo. El cáncer oral es de avance rápido, cerca de un 60% sobrevivirán más de 5 años. Generalmente este cáncer ocurre en personas de más de 40 años, y más en hombres que en mujeres. Un 75% de los casos de cáncer oral, se deben al uso del tabaco o alcohol o del consumo de ambas. Para un buen diagnóstico de esta patología, si el odontólogo sospecha de cáncer oral debe observar la lesión y si en dos semanas no desaparece preocuparse (ADA, 2010).

2.5 TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

Los trastornos temporomandibulares (TTM), abarcan un conjunto de problemas clínicos que comprometen diferentes estructuras anatómicas; los músculos de la masticación, la articulación temporomandibular y estructuras asociadas. Se consideran como una subclasificación de desórdenes musculoesqueléticos y han sido identificados como una causa importante de dolor en la región facial de origen no dentario. Los trastornos temporomandibulares se caracterizan clínicamente por dolor en músculos de la masticación, área preauricular o directamente en la articulación (usualmente agravado por la manipulación y alteración de los movimientos mandibulares principalmente debido a limitación del movimiento), presencia de ruidos articulares como crepitación y chasquidos (clicking). Epidemiológicamente la prevalencia va del 20 al 70% en la población general. El tratamiento de los TTM va desde fomentar el autocuidado, tratamiento conservador y, de ser necesario, tratamiento quirúrgico.