



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

EVALUACIÓN ILUMINATIVA
PROGRAMA DE SALUD ORAL JUNAEB:
COMUNAS DE VILLA ALEMANA, OLMUE Y CABILDO

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TITULO PROFESIONAL DE ASISTENTE
SOCIAL

ALUMNAS: CAMILA PINEDA ROMERO
KARINA VARGAS
GUERRERO

PROFESOR GUIA: VIOLETA FLORES F.

VALPARAISO 2013

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo I: Contexto institucional, político y jurídico	9
I. Contexto Institucional	10
1. Identificación de la institución	10
1.1. Nombre	10
1.2. Ubicación geográfica	10
1.3. Cobertura	10
1.4. Antecedentes históricos	10
1.5. Misión	11
1.6. Valores de la institución	11
1.7. Política de Calidad	12
1.8. Organigrama	14
2. Unidades de la institución	15
2.1. Departamento de becas	15
A) Becas	15
B) Residencias	19
2.2. Departamento de alimentación escolar	20
2.3. Departamento de salud del estudiante	20
2.4. Programas del área de apoyo psicosocial	22
II. Contexto político y jurídico del área de salud de JUNAEB	23
1. Política de salud en Chile	23
2. Política de salud bucal	24
III. Contexto programático	26
1. Objetivo del Programa de Salud Oral	26
2. Beneficiarios	26
3. Cobertura	27
4. Marco jurídico del programa	28
5. Marco político del programa	28
6. Componentes del programa	30
7. Trabajo multidisciplinario	31
8. Convenios	31
9. Presupuesto programado	34
Capítulo II: Diagnóstico	35
1. Antecedentes de salud bucal	36
1.1. Salud bucal en el mundo	36
1.2. Salud bucal en Chile	39
2. Desigualdades en el acceso a la salud bucal en Chile	42
Capítulo III: Marco de Referencia	48
I. Evaluación	49
1. Concepto de evaluación	49
2. Tipologías de evaluación	50
3. Modelos de evaluación	53
3. Importancia de la evaluación de programas sociales	58
II. Salud	61
1. Concepto de salud	61
2. Salud bucal	62
3. Desarrollo humano y salud	63
4. Salud bucal en infancia y adolescencia	66
5. Salud pública y Atención Primaria de Salud.	67
6. Participación comunitaria en salud	69
7. Teoría del empoderamiento	71
8. Modelo ecológico en salud	74
9. Trabajo Social en salud	76

III. Vulnerabilidad social	78
IV. Educación	81
1. Educación y deserción escolar	81
2. Educación, vulnerabilidad y salud oral	87
Capítulo IV: Diseño metodológico	91
1. Fundamentación	92
2. Pregunta de investigación evaluativa	95
3. Objetivos	96
4. Tipologías de evaluación	96
5. Etapas del proceso evaluativo	96
6. Colectivo de investigación	97
7. Muestra	98
8. Criterios de inclusión	99
9. Técnicas de recolección de información	99
10. Procedimiento de análisis de datos	100
11. Criterios de rigor	101
12. Aspectos éticos	102
Capítulo V: Resultados y análisis	103
1. Introducción	104
2. Matrices de análisis	106
2.1. Procesos	106
2.2. Contextos y necesidades	109
2.3. Efectos del programa	114
3. Análisis de resultados	117
3.1. Procesos según actores	117
3.2. Procesos del programa en las comunas evaluadas	120
3.3. Contextos y necesidades según actores	122
3.4. Contextos y necesidades en las comunas evaluadas	126
3.5. Efectos del programa según actores	129
3.6. Efectos del programa en las comunas evaluadas	134
Capítulo VI: Conclusiones y aportes	136
Bibliografía	146
Glosario de términos	151
Anexos	152

Índice de Figuras

Figura Nº 1: Comunas según nivel de vulnerabilidad	27
Figura Nº 2: Financiamiento Prestaciones PSO según comuna	34
Figura Nº 3: Presupuesto 2013 Región de Valparaíso según productos	34
Figura Nº 4: Experiencia de caries en niños de 12 años de edad en las 6 oficinas regionales de la OMS en el año 2000, basados en el índice COPD	37
Figura Nº 5: Índice COPD adolescentes de 12 años en países de la OCDE, según último año disponible	38
Figura Nº 6: Número medio de dientes cariados, extraídos y obturados en niños de 12 años, algunos países de las Américas, 1980 – 2011	38
Figura Nº 7: Prevalencia de caries en Chile, 2007	39
Figura Nº 8: Prevalencia de adolescentes de 12 años libres de caries, por regiones. Chile 2007	40
Figura Nº 9: Promedio índice Ceop (dentición temporal) y COPD (Dentición definitiva) de ingresos Programa de Salud Oral, Cabildo 2011	41
Figura Nº 10: Promedio índice Ceop (dentición temporal) y COPD (Dentición definitiva) de ingresos Programa de Salud Oral, Olmué 2011	41
Figura Nº 11: Promedio índice Ceop (dentición temporal) y COPD (Dentición definitiva) de ingresos Programa de Salud Oral, Villa Alemana 2011	42
Figura Nº 12: Tendencia índice ceod (dentición temporal) de niños evaluados a los 6 años, según nivel socioeconómico 1992 – 2007	44
Figura Nº 13: Tendencia índice COPD de niños evaluados a los 12 años, según nivel socioeconómico 1996-99 – 2007	45
Figura Nº 14: Individuos dentados totales por nivel socioeconómico. Tasa por 100 habitantes, Chile 2003	45
Figura Nº 15: Esquema de Modelos de Evaluación	54
Figura Nº 16: Comparación mediante los niveles de los procesos de potenciación y los resultados	72
Figura Nº 17: Representación del Modelo de Bronfenbrenner	75
Figura Nº 18: Generación de desigualdades educaciones en educación	87
Figura Nº 19: Metodología de análisis de datos	100
Figura Nº 20: Criterios de rigor	101
Figura Nº21: Diagrama ejes de análisis	105

Resumen:

El seminario de título ha tenido como finalidad, conocer la evaluación que realizan los participantes en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo, respecto al Programa de Salud Oral de JUNAEB desde el enfoque iluminativo. Para esto, se presenta un análisis de un conjunto de entrevistas, que pretenden identificar cómo el PSO ha logrado influir en la salud bucal de los escolares, en especial, aquellos de menos recursos y que de otra manera muchas veces se ven privados de esta atención por las denominadas “desigualdades de la Salud Bucal”.

Por otra parte, la investigación evaluativa, intenta reflexionar en torno a la salud bucal, temática que a primera instancia pareciera estar alejada del Trabajo Social, no obstante, al tratarse de un programa que combina las áreas de educación y salud en virtud del desarrollo de oportunidades equitativas, se logra demostrar que la labor profesional es fundamental en esta materia, ya que educar y empoderar a las personas sobre el cuidado de su salud oral no tiene un campo único. Por esta razón, el dar a conocer la labor, que ya realiza por más de 20 años el programa, facilita adentrarse en la realidad actual de la salud bucal del país y su directa relación con las/os estudiantes.

Palabras Claves: Evaluación Iluminativa, Salud Oral y Vulnerabilidad Social.

Abstract:

The degree seminar has as a finality the introduction of the evaluation that the participants from Villa Alemana, Olmue, and Cabildo carried out, according go the Dental Health program from JUNAEB. For this, an analysis of interviews was presented that was intended to identify how the PSO has influenced oral hygiene in students. Especially in those of lower financial resources, and that in many other ways, see themselves deprived of this attention because of what we denominate inequalities in dental health.

In another sense, the evaluative investigation attempts to reflect on the topic of dental health that at a first glance has little to do with social work. However, because it's a program that combines education and health, in virtue of the development of equal opportunities, it was able to be demonstrated that a professional approach in this matter is fundamental. Empowering and educating people about their oral hygiene isn't restricted to the medical field. Because of this, the realization of the program, due to that it has been running for 20 years, facilitates the advancement in the reality of dental hygiene in our country and it's direct relation to students.

Introducción

La presente evaluación iluminativa, se enmarca en la asignatura de Seminario de título, llevada a cabo por las alumnas Camila Pineda y Karina Vargas, entre los meses de Marzo a Octubre del año 2013, trabajo que se desarrolló en la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), específicamente en el Programa de Salud Oral (PSO), dependiente del Departamento de Salud del estudiante, en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo.

La labor del equipo, consistió en realizar una investigación con enfoque iluminativo, con la finalidad de conocer la evaluación perceptual de los participantes del programa respecto al mismo, cuyo levantamiento de información de primera mano se llevo a cabo a través de entrevistas; las que abordaron temas relacionados con el funcionamiento y finalidad del PSO, y que fueron aplicadas a los actores involucrados, es decir, a los profesionales de los módulos dentales, los usuarios, apoderados y la comunidad escolar en general, de tal manera de generar un proceso de retroalimentación de la información a la institución.

La estructura del seminario de título, se encuentra dada en primer lugar por el capítulo I de Contexto Institucional, político y jurídico tanto de JUNAEB, como del Programa de Salud Oral, el cual busca dar a conocer la realidad en que se desarrolla el programa y las normas principales que lo regulan.

El capítulo II de diagnóstico, tiene por finalidad mostrar la realidad a nivel mundial y nacional de la salud bucal de las personas, de modo de lograr ponderar la importancia que tiene actualmente esta temática, considerando que el mejorar la salud oral de los chilenos/as es parte de los objetivos sanitarios para la década 2011- 2020.


Se continúa con un tercer capítulo de Marco de Referencia, donde se desarrollan cuatro grandes ejes; evaluación, salud y salud oral, vulnerabilidad social y finalmente, educación y deserción escolar. Tópicos que tienen directa relación con el desarrollo y objetivo del PSO, donde se busca disminuir las desigualdades en la salud bucal para evitar enfermedades bucodentales y así evitar el ausentismo en los escolares del país.

El capítulo IV de Diseño metodológico, expone la manera en que se llevo a cabo el proceso de levantamiento de la información, las técnicas utilizadas y posteriormente, dejar ya planteado como todo lo recopilado fue

utilizado para lograr conocer la evaluación que realizan los participante del Programa de Salud Oral en las Comuna de Villa Alemana, Olmué y Cabildo.

El penúltimo capítulo, corresponde a resultados y análisis, donde se expresan los principales conocimientos generados en el trabajo de campo, contrastándose las diversas opiniones y percepciones con los contenidos aportados por el marco de referencia, de tal modo de generar un proceso reflexivo entorno al programa, lo que posteriormente fue vital para obtener conclusiones.

Para finalizar, se expone el capítulo VI de Conclusiones y aportes profesionales, el que de acuerdo al proceso ejecutado, muestra las principales deducciones realizadas a partir de los hallazgos generados, y se proponen sugerencias desde la mirada del Trabajo Social, teniendo en consideración que la investigación desarrollada es una evaluación iluminativa, que tiene por finalidad visibilizar áreas desconocidas del programa y generar nuevos conocimientos que contribuyan a mejorar el accionar del mismo.



**Capítulo I: Contexto Institucional,
Político y Jurídico**

I. Contexto Institucional

1. Identificación de la Institución

El presente seminario de título se desarrolla en la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas JUNAEB, institución que tiene como fin el apoyo y retención en el sistema educacional de los niños, niñas y adolescentes de Pre básica, básica, media y educación superior. La JUNAEB, se creó mediante el decreto de ley N° 15.720, bajo el cual se considera entre sus funciones, administrar los recursos estatales destinados a niños, niñas y/o adolescentes del país, en condición de vulnerabilidad psicosocial, con la finalidad de que permanezcan y tengan éxito dentro del sistema escolar.

1.1. Nombre

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, dependiente del Ministerio de Educación.

1.2. Ubicación Geográfica

Pasaje Sarratea #950 entre 6 y 7 Norte, Viña del Mar.

1.3. Cobertura

Niños, niñas, adolescentes y adultos que se encuentren insertos dentro del sistema escolar, y que además cursen algunos los niveles educacionales, es decir, Pre básica, Básica, media o educación superior, perteneciente a escuelas municipales o subvencionadas. En el caso de Educación Superior la universidad, CFT o instituto debe encontrarse reconocido por el estado.

1.4. Antecedentes históricos

El concepto de auxilio escolar, nace en el país desde el gobierno de Carlos Ibáñez del Campo, cuando se crea la Dirección General de Educación Primaria y las Juntas Comunales de Auxilio Escolar. A las Juntas se les entregó la responsabilidad de promoción y organización de los servicios de alimentación escolar y otros auxilios a los alumnos de 7 escuelas públicas, considerándose este hecho como el primer avance para llegar a lo que actualmente se conoce como Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB.

JUNAEB, es un organismo de administración del estado, *“creado en el año 1964 por la ley N° 15.720, responsables de administrar los recursos estatales destinado a velar por los niños, niñas y jóvenes Chilenos en condición de vulnerabilidad biopsicosocial, para que ingresen, permanezcan y tengan éxito en el sistema educativo”* (JUNAEB, 2013a).

Desde 1980, JUNAEB comenzó un proceso de externalización de sus programas, incorporando la gestión de los mismos a entidades de tipo privadas, lo que ha conllevado múltiples beneficios para la institución en términos de eficiencia.

En 1990, con el restablecimiento del régimen democrático en el país, JUNAEB amplió la cobertura del Programa de Alimentación Escolar, reinstaló el Programa de Salud Oral de (l/la) Estudiante, creó el Programa de Campamentos Juveniles y el Programa de Vivienda Estudiantil.

En lo referente al presupuesto de JUNAEB, entre 1990 y 2000, este se duplicó y las Becas de Alimentación superaron el millón.

Un dato importante corresponde a que en el año 2002, el Programa Mundial de Alimentos (PMA), organismo dependiente de las Naciones Unidas, reconoce el programa de alimentación escolar de Chile como uno de los cinco mejores del mundo y le solicita ser socio fundador de la Red Latinoamericana Escolar (LA RAE).

Por último, en el 2006 la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas asumió la administración de los programas de Beca Presidente de la República y nueva Beca de Mantención de Educación Superior. Incorporó como criterio de caracterización a los/as beneficiarios/as del Chile Solidario, en todos sus productos, además de aumentar en todos sus productos estratégicos las coberturas a sus beneficiarios/as.

1.5. Misión

“Favorecer la mantención y éxito en el sistema educacional de niñas, niños y jóvenes en condición de desventaja social, económica, psicológica y/o biológica, entregando para ello productos y servicios integrales de calidad, que contribuyan a hacer efectiva la igualdad de oportunidades, el desarrollo humano y la movilidad social”(JUNAEB, 2013a).

1.6. Valores de la Institución

- ❖ Trabajo en Equipo: Se busca fortalecer la integración y colaboración en el ámbito laboral, privilegiando valores como el compañerismo y compromiso institucional en favor de alcanzar los objetivos estratégicos de JUNAEB.
- ❖ Responsabilidad Social: Se tiene como meta realizar el trabajo con eficiencia y eficacia, a fin de satisfacer las demandas tanto de los estudiantes como mandantes.

- ❖ **Perseverancia:** La institución busca enfrentar de manera unida los obstáculos y escenarios complejos, teniendo siempre presente su misión.
- ❖ **Cultura de la Calidad:** La meta del trabajo realizado por los profesionales de la institución, corresponde a entregar productos y servicios de calidad para los y las estudiantes.
- ❖ **Compromiso:** Opción que privilegia la institución para trabajar en favor del desarrollo de los y las estudiantes de Chile. Además del compromiso de los funcionarios, en su sentido de pertenencia.
- ❖ **Flexibilidad:** Se buscará el proceso más rápido de adaptación para enfrentar los cambios del entorno sin perjudicar a los/as usuarios/as.
- ❖ **Empatía:** Con los/as usuarios/as y en conjunto con la red nacional de apoyo.
- ❖ **Probidad:** Será un eje rector la probidad en el quehacer de la institución.
- ❖ **Proactividad:** La institución trabajará para mejorar continuamente los productos y servicios que se entregan a cada uno de sus beneficiarios.
- ❖ **Tolerancia y Respeto:** Se propiciará al interior de la institución el trabajo entorno al pluralismo, sin discriminación por sexo, religión o tendencia política, favoreciendo un buen ambiente de trabajo¹.

1.7. Política de Calidad

JUNAEB manifiesta su compromiso de brindar a sus clientes, productos y servicios de calidad en base a los lineamientos gubernamentales y presupuestos asignados; para lo cual se favorece una cultura de calidad basada en:

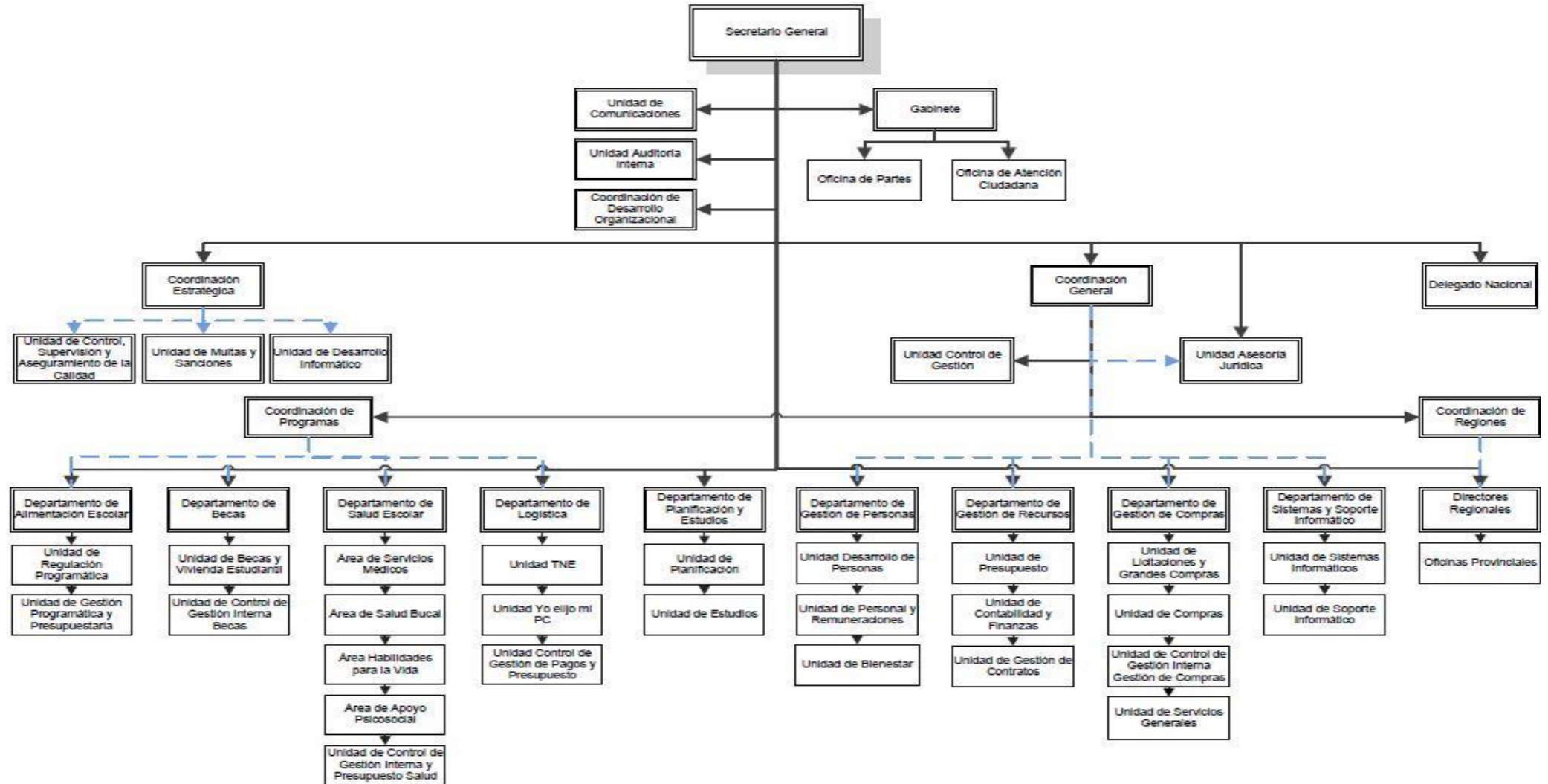
- ❖ La mejora de forma constante de productos y/o servicios de acuerdo a los requerimientos de usuarios de JUNAEB.
- ❖ La innovación y mejora de forma regular de los Procesos para proveer los productos y/o servicios.
- ❖ Preocupación constante por mantener el ejercicio de la misión institucional frente a situaciones de emergencia.

¹ JUNAEB (2013a). *Junta Nacional e Auxilio Escolar y Becas*. Revisado el 5 de mayo de 2013, desde <http://www.junaeb.cl/>

- ❖ El uso de la norma ISO 9001 y la mejora continua en la gestión de los centros de responsabilidad que dan soporte a los procesos de negocio.

1.8.

Organigrama Institucional



Fuente: www.transparencijunaeb.cl, 2013

2. Unidades de la institución

2.1 Departamento de Becas

A) Becas

❖ Beca Indígena:

Es un aporte monetario de libre disposición que se entrega a los/as estudiantes de ascendencia indígena. En la educación básica este monto corresponde a \$93.500 y en la educación media la cifra aumenta a \$193.000, ambos pagos son en dos cuotas. En el caso de la educación Superior el pago aumenta a \$ 607.000 y se entrega en 10 cuotas.

La finalidad de esta ayuda es facilitar el acceso al sistema educativo de los estudiantes con ascendencia indígena que presenten buen rendimiento académico y una situación socioeconómica vulnerable.

❖ Beca Presidente de la República:

Es un aporte monetario que se entrega a los estudiantes de educación, media o superior, que presenten un buen rendimiento académico y una situación socioeconómica vulnerable. Este dinero que es entregado, es de libre disposición, el cual equivale a 0,62 Unidades Tributarias Mensuales para el caso de los estudiantes de educación media; y a 1,24 Unidades Tributarias Mensuales para los estudiantes de educación superior.

El objetivo de la beca es apoyar económicamente a estudiantes de escasos recursos y de un rendimiento académico sobresaliente para que puedan realizar de mejor manera sus estudios de educación media y superior.

❖ Beca Práctica Técnico- Profesional:

Es un beneficio económico de \$62.500, que se entrega a los estudiantes en condición de vulnerabilidad que realizan su práctica técnico profesional. Tiene como finalidad contribuir a que los/as jóvenes concluyan su ciclo de instrucción intermedia y que puedan acceder a trabajos con una mejor remuneración, lo que genera un espacio de mayor igualdad de oportunidades para los estudiantes.

❖ Beca de Mantención para la Educación Superior:

Mediante la entrega de un dinero de libre disposición orientado a cubrir necesidades derivadas de estar realizando estudios en la educación superior, se busca apoyar a los estudiantes más vulnerables del país y que presenta un excelente rendimiento académico, a través de 10 cuotas de \$15.500 pesos, durante los meses de marzo a diciembre del 2013.

Son considerados susceptibles de recibir esta beca, aquellos estudiantes con excelente rendimiento académico que ingresan a primer año de educación superior de los quintiles de ingreso más vulnerables (I Y II), que estén seleccionados con alguna de las siguientes becas de arancel: Beca Bicentenario, Beca Juan Gómez Millas, Beca de Excelencia, Beca de Puntaje Nacional PSU, y poseen la Beca de Alimentación para la Educación Superior (BAES). Su asignación es de carácter automático.

❖ **Beca Patagonia Aysén:**

Esta beca, corresponde a una asignación que se da por parte del estado a los estudiantes de Educación Superior de la región de Aysén, que cursen estudios superiores tanto dentro como fuera de la región, en instituciones de Educación Superior reconocidas por el Estado. Esta se encuentra compuesta por tres tipos de asignaciones (de mantención, alimentación de traslado);

- Beca de mantención: asignación de dinero de libre disposición mensual, dependiendo del tramo bajo el cual se les asignó la beca, por un período máximo de 10 meses.
- Beca de Alimentación: Consiste en la entrega mensual de alimentación, a través de un instrumento de canje, por un plazo máximo de 10 meses.
- Beca de traslado: Es una asignación anual por estudiante, que tienen como objetivo financiar el traslado de ida y de vuelta a su lugar de residencia.

❖ **Beca Magallanes:**

Esta beca consiste en la entrega de un monto en dinero a libre disposición del estudiante, cuya finalidad es cubrir las necesidades de los estudiantes residentes y que se encuentren cursando estudios en instituciones de educación superior con sedes instaladas en la Región de Magallanes y Antártica Chilena, cuyo valor durante el año 2013 corresponde a \$500.000, monto que se cancela de Marzo a Diciembre en 10 cuotas de \$50.000 pesos.

El objetivo de esta beca consiste en favorecer el acceso de los estudiantes a los organismos de educación superior, para de esta manera mejorar el capital humano y el desarrollo regional de Magallanes y Antártica Chilena.

❖ **Beca de Apoyo y Retención Escolar:**

La Beca de Apoyo a la Retención Escolar (BARE), es un aporte de tipo económico a los estudiantes, de libre disposición, cuyo monto corresponde a \$172.000, dividido en cuatro cuotas. Son beneficiarios los estudiantes de educación media, de establecimientos con un alto nivel de vulnerabilidad socioeducativa y aquellos beneficiarios del Programa Chile Solidario.

El objetivo de la beca es favorecer la permanencia en el establecimiento educacional de los/as estudiantes de educación media con mayores niveles de vulnerabilidad, con la finalidad de que los alumnos completen los 12 años de escolaridad obligatoria que se establecen en la Constitución Política de la República de Chile.

❖ **Beca Integración Territorial:**

Es un aporte económico que se entrega a los estudiantes de zonas aisladas del país, que por motivos de estudios deben dejar su lugar de residencia. Esta beca conlleva asignaciones de libre disposición consistentes en un dinero mensual por alumno no superior a 1.87 Unidades Tributarias Mensuales, por un máximo de 10 meses al año.

Son beneficiarios estudiantes de escasos recursos que habiten alguna de las zonas aisladas del país, tal como; Región de Valparaíso (Isla de Pascua- Juan Fernández), Región de los Lagos (Provincia de Palena), Región de Aysén y Región de Magallanes.

Su objetivo fundamental es coadyuvar a que estudiantes vulnerables de zonas aisladas continúen sus estudios en establecimientos educacionales reconocidos por el Estado, siempre que en sus localidades de residencia no se encuentren funcionando los niveles, modalidades y especializaciones educacionales de su interés.

❖ **Beca JUNAEB para la PSU:**

Es un subsidio entregado por este organismo del Estado que busca financiar el costo total de rendición de la Prueba de Selección Universitaria (PSU), cuyo valor para el 2013 es de \$26.000, para estudiantes de establecimientos educacionales municipales y subvencionados. Su objetivo es contribuir a la promoción de los derechos de los/as estudiantes en el acceso a la educación superior.

❖ **Beca Vocación de Profesor:**

Es un aporte monetario de libre disposición para los alumnos con excelente mérito académico y que cuentan a su vez, con la beca Arancel Vocación del Profesor, que tiene como finalidad cubrir diversas necesidades educacionales que se pudiesen presentar. En el año 2013 este monto corresponde a \$800.000 entregados en 10 cuotas de Marzo a Diciembre.

Su objetivo es promover mecanismos que aseguren la equidad de oportunidades en el acceso a la educación superior, con el propósito de favorecer el egreso de profesionales de alta calidad en el área de las pedagogías. Por tanto

son destinatarios estudiantes con un excelente nivel académico que al momento de ingresar a primer año obtuvieron un puntaje superior a 700 puntos.

❖ **Beca Aysén:**

Es una subvención en dinero de libre disposición que entrega el Estado para estudiantes cuya residencia se encuentre en la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, los cuales cursen estudios en Universidades, institutos profesionales o CFT reconocidos por el ministerio de educación, cuyas sedes se encuentren instaladas en esa región.

Esta asignación en cuotas mensuales equivalentes a \$100.000 pesos por 10 meses, tiene como finalidad aumentar el capital humano y asegurar que los estudiantes puedan acceder a educación superior dentro de su lugar de residencia.

❖ **Beca de Apoyo Estudiantes Universidad del Mar:**

Es un apoyo económico mensual, de libre disposición, por un período máximo de diez meses, que busca ayudar a que los estudiantes puedan continuar sus estudios, producto que se han visto afectados de manera involuntaria por el próximo cierre de su casa de estudios.

Este beneficio tiene tres tramos de ayuda económica dependiendo de la distancia de la nueva sede a la que asista el alumno, con la situación anterior a esta problemática. En el primer tramo se entregan \$32.000 mensuales por 10 meses, en el segundo \$64.000 mensuales por el mismo período y finalmente un tercer tramo de \$80.000 también por 10 meses.

❖ **Beca Chaitén:**

Beneficio que se entrega a los estudiantes de educación superior, cuyas familias se encuentran desplazadas de la comuna de Chaitén, para que puedan continuar sus estudios en la Educación Superior. Esta beca consiste en:

- Beca de Arancel: Es la entrega a la institución superior del valor referencial de la carrera por parte de la JUNAEB.
- Beca de mantención: Se entrega una beca de alimentación, a través de un instrumento de canje y corresponde a la suma de \$45.000 pesos mensuales por 10 meses y cuya duración es de 20 días.
- Beca de Apoyo Monetario para alojamiento y traslado: Consiste en la entrega de \$55.000 pesos mensuales durante diez meses.

B) Residencias

❖ Residencia Familiar Estudiantil:

El estudiante que se ve favorecido con la beca, es designado al hogar de una familia similar a la suya, durante el período escolar. En esta residencia recibe alimentación, alojamiento, afecto y cuidados que propicien su desarrollo y permanencia en el sistema educacional. Por tanto su objetivo es apoyar a los estudiantes de escasos recursos que habitan en lugares apartados y necesitan trasladarse para poder continuar estudiando.

Son beneficiarios aquellos estudiantes en condición de vulnerabilidad que necesita trasladarse para continuar sus estudios, por motivos que en su localidad no existen los establecimientos educacionales o porque la oferta de los establecimientos educacionales existentes no corresponde a los intereses del estudiante.

❖ Hogares JUNAEB:

Este programa busca integrar en uno de los hogares que es administrado por la JUNAEB, a estudiantes de enseñanza básica y media que provienen de diversos sectores geográficos donde no existe la oferta educacional. La característica principal de estos hogares, es que no están adscritas a ningún establecimiento educacional específico, por tanto, el alumno tiene la posibilidad de elegir libremente el colegio o liceo donde desea cursar sus estudios.

Los hogares se encuentran en la I Región de Tarapacá, IV de Coquimbo, VI del Libertador Bernardo O´Higgins, VII del Maule y IX de la Araucanía. Su objetivo principal es financiar los 18 hogares que administra la JUNAEB, donde se incorporan además servicios de alimentación y apoyo pedagógico para estudiantes en condición de vulnerabilidad que requieren trasladarse a otra localidad.

❖ Residencia Insular:

Este beneficio busca satisfacer las necesidades de alojamiento, alimentación y cuotas de traslado a estudiantes que provienen de la Isla Juan Fernández y Rapa Nui a través de los Programas Hogares Estudiantiles de Juan Fernández e Isla de Pascua en la Quinta Región y el programa de residencia familiar. El objetivo consiste en financiar el alojamiento estudiantil a estudiantes de las localidades mencionadas con anterioridad, que deben trasladarse al continente para proseguir sus estudios.

2.2 Departamento de Alimentación Escolar

❖ Programa de Alimentación Escolar:

Este programa de alimentación tiene como finalidad entregar diariamente alimentación (desayunos, almuerzos, onces, colaciones y cenas según corresponda) a los estudiantes en condición de vulnerabilidad de establecimientos educacionales Municipales y Particulares Subvencionados del país, en los niveles de Parvularia (Pre- Kinder y Kinder), Básica y Media, con la meta de mejorar la asistencia de los alumnos/as a clases y contribuir a evitar la deserción escolar.

Se da por parte de la JUNAEB, una ración diaria por estudiante, complementaria y diferenciada, se encuentra compuesta por: desayuno u onces y almuerzo. Cubriendo aproximadamente un tercio de las necesidades nutricionales del día de los estudiantes de básica y media, y alrededor de un 50% de los requerimientos nutricionales de los preescolares.

Son considerados población objeto del programa, aquellos escolares seleccionados por JUNAEB por su condición de vulnerabilidad socioeconómica. Lo que se realiza mediante el modelo de medición de la condición de vulnerabilidad propio de la institución, para estudiantes de establecimientos municipales y particulares subvencionados del país, a los cuales se les entregan la alimentación durante todo el año escolar.

❖ Beca de Alimentación para la Educación Superior:

Es un subsidio de alimentación que se entrega a través del sistema de una tarjeta electrónica de canje, para apoyar la permanencia y egreso de los alumnos de educación superior vulnerables. Son considerados personas susceptibles de recibir esta beca, aquellos estudiantes que ingresen a primer año de educación superior y sean parte del primer o segundo quintil, además de poseer becas o créditos entregados por el estado.

❖ Programa Vacaciones:

Consiste en un Apoyo en alimentación que se entrega a los niños, niñas y adolescentes que participan en actividades de recreación que realiza JUNAEB y otras instituciones, durante el período de vacaciones. Pueden postular aquellas organizaciones que trabajen con alumnos de educación básica y media durante los meses de Junio y Octubre.

2.3 Departamento de Salud del Estudiante

❖ Servicios Médicos:

Este programa tiene un fin preventivo a través de la pesquisa de problemas de salud que afectan el rendimiento del estudiante; para esto se da una atención

completa a los escolares que presentan problemáticas de tipo visual, auditivas y de columna, por medio de screening, diagnóstico, exámenes, tratamiento y control, realizados por profesionales especialistas del área médica.

Son considerados beneficiarios los escolares que se encuentren matriculados en Escuelas Municipales y Particulares Subvencionadas de los cursos de Pre Kínder, Kínder, Enseñanza Básica y Media. Con lo que se busca mejorar la calidad de vida de los beneficiarios a través de acciones clínicas y preventivas.

Áreas de atención:

- **Oftalmología:** Es una atención con un médico oftalmólogo a escolares que presentan problemas visuales. El tratamiento incluye la entrega de lentes ópticos, lentes de contacto y ejercicios ortopédicos.
- **Otorrino:** Atención que brinda un médico Otorrino a estudiantes que presentan pérdidas auditivas. El tratamiento se encuentra compuesto por la entrega de audífonos, cintillos óseos, medicamentos y cirugías. Asimismo, a un grupo focalizado se le entregan Implantes Cocleares.
- **Traumatología:** Se entrega atención médica por parte de un traumatólogo a los alumnos/as que presentan patologías a la columna, tal como escoliosis o dorso curvo. El tratamiento incluye plantillas de realce, corsé y sesiones de kinesiterapia según corresponda.

❖ **Programa Habilidades para la Vida:**

“Es un modelo de intervención psicosocial que incorpora acciones de detención y prevención del riesgo; promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad escolar” (JUNAEB, 2013a). Se trabaja en base a un diagnóstico situacional de la localidad, mediante el cual se proceden a activar las redes de la escuela y de la comuna para coordinar acciones de salud mental de los niños/as y adolescente en conjunto con sus adultos significativos, como es el caso de sus padres y apoderados.

El objetivo del programa es propender a mejorar el desempeño escolar, observable en altos niveles de aprendizaje y niveles mínimos de deserción en las escuelas y, a largo plazo, se busca elevar el bienestar psicosocial, las competencias personales (relacionales, sociales y afectivas) y disminuir los daños en salud mental (depresión, suicidio, alcohol, drogas y conductas violentas).

Son considerados como posibles beneficiarios del programa los niños y niñas del primer y segundo nivel de transición de Educación Parvularia y del

primer ciclo básico, sus padres, y equipo docente que pertenezcan colegios municipales o particulares subvencionados, con alto índice de vulnerabilidad socioeconómica y psicosocial.

❖ Programa de Salud Oral:

Este programa desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal a los estudiantes de Pre Kínder hasta Octavo básico, pertenecientes a establecimientos municipalizados o particulares subvencionados del país. La atención se realiza en módulos dentales fijos y móviles, en los cuales se brinda atención odontológica integral a los alumnos adscritos al módulo.

2.4. Programas del área de Apoyo Psicosocial

❖ Programa Escuelas Abiertas:

Este programa consiste en la implementación de actividades de forma diaria durante un plazo máximo de 20 días en el período vacacional. Dentro de las temáticas desarrolladas se encuentran las relacionadas con los hábitos de vida saludable, desarrollo personal, actividades culturales, hábitos de estudio, entre otras. En el caso de las escuelas abiertas incluye alimentación (PAE), seguridad y actividades con las temáticas ya mencionadas.

El objetivo del programa es posibilitar el acceso a los beneficiarios a un espacio recreativo y educativo, mediante el cual se fomenten los estilos de vida saludables, el buen uso del tiempo libre y la buena convivencia, durante el período de vacaciones del escolar, principalmente de los niveles Pre escolares y educación básica.

❖ Programa de Apoyo a la Retención Escolar:

Busca generar apoyo de tipo pedagógico y psicológico, a estudiantes vulnerables que se encuentran en riesgo de desertar del sistema educacional. La metodología de Intervención está formada por un componente preventivo y promocional, mediante los cuales se puedan abordar los factores que propician esta problemática, favoreciendo la mantención.

El proceso de intervención es desarrollado por un equipo interdisciplinario (pedagogo, asistente social y psicólogo), a través de intervenciones grupales e individuales, con la finalidad de *“contribuir a la permanencia y finalización del sistema escolar de estudiantes en condición de vulnerabilidad socioeconómica y*

riesgo socioeducativo, a través de un apoyo psicosocial que desarrolle habilidades socioeducativas, promueva prácticas protectoras en los establecimientos y active redes territoriales” (JUNAEB, 2013a).

Son considerados como poblaciones objeto a intervenir, los estudiantes que pertenezcan a los establecimientos focalizados de las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Maule, Biobío y La Araucanía.

❖ **Campamentos Recreativos Escolares:**

Son campamentos que se realizan durante el período de vacaciones de los estudiantes. Este programa incluye alojamiento, alimentación, traslado y actividades recreativas de los beneficiarios, en un ambiente seguro y bajo el cuidado de monitores previamente capacitados.

Tiene como objetivo posibilitar el acceso de estudiantes, entre 8 y 18 años de edad pertenecientes a establecimientos focalizados por la JUNAEB, a campamentos de tipo recreativos con la finalidad de promover estilos de vida saludables, descanso, diversión y desarrollar sus habilidades sociales durante las vacaciones.

❖ **Escuelas Saludables para el Aprendizaje:**

Este programa conlleva la implementación de actividades promocionales de salud a través de tres componentes: Actividad física, alimentación y nutrición saludable y Salud Bucal, desarrollados en época escolar en las escuelas con mayor índice de vulnerabilidad, con la finalidad de promover estilos de vida saludables en la comunidad educativa.

II. Contexto Político y Jurídico del área de salud de JUNAEB

1. Política de Salud en Chile:

A partir del año 2005 se inicia la segunda reforma más importante del sistema de salud chileno siendo sus principales objetivos: *“garantizar derechos en salud a las personas (garantía de oportunidad y acceso a las atenciones de salud, garantía de protección financiera y calidad); generar un cambio en el modelo de atención y definir prioridades sanitarias; lograr mayor equidad; mejorar la eficiencia del sistema público y, finalmente, perfeccionar el sistema Isapre y estimular una interacción público-privada”* (Sanchez & Labbé, 2011).

El marco jurídico y regulatorio de esta reforma, se encuentra en la Ley N° 19.895, Ley corta de Isapres, del 28 de agosto de 2003, la Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y Gestión, del 24 febrero de 2004 y la Ley N° 19.966, del Régimen General de Garantías en Salud, del 25 de agosto de 2004.

Asimismo, a nivel institucional, “se modificó la estructura, al funcionamiento y la gestión del sistema público de salud a través de una clara separación de las funciones de política, regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud” (Sanchez & Labbé, 2011). Desde este escenario, el Ministerio de salud constituye la autoridad sanitaria nacional, quien elabora y dirige las políticas públicas de salud acorde a las necesidades y prioridades del país. Así también, le compete definir normas y evaluar la calidad de las prestaciones entregadas a la población.

Para cumplir con lo mencionado, el Ministerio de Salud se subdivide en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública. La primera de ellas cumple la función de articular de la red asistencial, entendiéndose por esto, “al conjunto de establecimientos de atención de salud que operan dentro del territorio asignado a un Servicio de Salud, estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que actualmente dependen de los servicios de salud y los de la atención primaria municipal” (Sanchez & Labbé, 2011). En el caso de la Subsecretaría de Salud Pública, esta tiene por finalidad promover la salud, vigilar y prevenir enfermedades, control e implementación de las políticas sanitarias, alimenticias o de vacunación.

La política de salud enfrenta actualmente los desafíos derivados del proceso de transición demográfica, lo que ha provocado una variación del perfil epidemiológico de la población, caracterizado por enfermedades crónicas no transmisibles que se asocian con hábitos que suelen adquirirse temprano en la infancia o en la adolescencia. “Las elevadas tasas de tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, hipertensión arterial, diabetes, depresión, suicidio, accidentes del tránsito con fallecimientos o discapacidad, consumo patológico de alcohol producen un panorama en el que se puede prever que la Generación del Bicentenario, los jóvenes y niños del 2010, serán probablemente víctimas a mediano plazo de estos hábitos o dependencias” (MINSAL, 2011) En base a lo anterior, la política de salud se orienta al logro de objetivos sanitarios que están definidos en la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011 - 2020², en la cual se priorizan los problemas de salud con sus respectivas metas y acciones para mejorar el estado de salud de la población.

2. Política de Salud Bucal:

La Política de Salud Bucal “está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considera además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante

² MINSAL (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios de la década 2011- 2020*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible” (MINSAL, 2013a). Específicamente, las metas que se pretenden lograr al final de la década en salud bucal, se concentran en niños, niñas y adolescentes de 6 y 12 años. Para el primer caso, se desea aumentar en un 35% la prevalencia de dientes libres de caries en niños y niñas, mientras que en el segundo, la meta es disminuir en un 15% el promedio de dientes dañados por caries en los adolescentes.

En base a lo mencionado, la Política de Salud Bucal a través del Sistema Público de Salud, prioriza la prevención y/o recuperación de la salud dental, enfocándose mayoritariamente en la población menor de 20 años. De esta manera, para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos, se están desarrollando en la Atención Primaria de Salud (APS) las siguientes acciones³:

- **Control de niño sano por equipo del Programa de Salud Infantil con componente de salud bucal:** Consiste en la atención otorgada a niños y niñas de 18 meses y 3 años 6 meses realizado por enfermera o nutricionista. En dicho control, se entrega educación a los padres acerca del cuidado de la salud dental, se detectan factores de riesgo y se realizan derivaciones a odontólogo según la necesidad y recursos disponibles.
- **Programa Preventivo en salud bucal en población pre-escolar de 2 a 5 años:** El objetivo de este programa consiste en fomentar el autocuidado en salud bucal y promover la higiene dental de los pre-escolares, junto con medidas preventivas mediante la aplicación de flúor barniz a los 2 y 4 años. Estas acciones están focalizadas en niños y niñas pertenecientes a FONASA y que se encuentren matriculados en algún establecimiento educativo de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) o de la Fundación INTEGRA.
- **Control odontológico del niño sano de 2 y 4 años:** Este programa busca prevenir enfermedades bucodentales, a través de la educación y aplicación medidas preventivas, entregando tratamiento según corresponda.
- **Atención odontológica integral en jóvenes de 12 años:** El objetivo de es entregar tratamiento dental integral, esperando que al alta los jóvenes recuperen su salud bucal y realicen correctamente la técnica de cepillado.

Por otra parte, en el país se cuenta además con las Garantías Explícitas en Salud (GES-AUGE), para 69 problemas o condiciones de salud a las que tienen acceso los beneficiarios, tanto del sistema público como privado de salud. Cuatro

³ MINSAL (2013b). *Mi dentista en la comunidad*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://saludbucal.minsal.cl/atencion/dentista.html>

de estos problemas corresponden a salud bucal, entre los que se encuentran, la salud oral integral de la embarazada, de los niños (as) de 6 años y de los adultos mayores. Así también, para todos los grupos etarios se incluye la atención odontológica ambulatoria de urgencia⁴.

La salud oral integral en niños y niñas de 6 años, se incluyó al grupo de las Garantías Explícitas de Salud en el año 2005, principalmente debido a la persistencia de altos índices de caries en la población infantil. Esto es importante, ya que a partir de *“los 6 años se 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”* (MINSAL, 2009b). Por este motivo, se garantiza el ingreso a tratamiento antes de 90 días de solicitada la atención, y se otorga el alta una vez que hayan sido evaluados y tratados los primeros cuatro molares definitivos.

Finalmente, dentro de las estrategias nacionales vinculadas a la salud bucal de la población, se destacan las medidas preventivas de fluoración del agua potable presente en 14 regiones, *“con cobertura cercana al 83% de la población urbana nacional, mientras que en zonas rurales existe el Programa de Alimentación Escolar con leche fluorada desarrollado por JUNAEB”* (MINSAL, 2011).

III. Contexto programático

1. Objetivo del Programa de Salud Oral

El Programa de Salud Oral (PSO), nace en 1991 con el objeto de *“contribuir a mejorar la salud bucal de los escolares de enseñanza pre- básica y básica de alta vulnerabilidad socioeconómica, a través de diversas acciones odontológicas para evitar su ausentismo a causas de enfermedades bucodentales”* (JUNAEB, 2012).

2. Beneficiarios

Son beneficiarios del programa los alumnos de Pre Kínder a 8° Básico, matriculados en Escuelas del sector municipal (o corporizado) y particulares subvencionadas, adscritas al Módulo Dental correspondiente y que pertenezcan a comunas con alto daño oral, alto nivel de pobreza (nº alumnos pertenecientes al sistema Chile Solidario) y que cuenten con elevado índice de vulnerabilidad

⁴ MINSAL (2013b). *Mi dentista en la comunidad*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://saludbucal.minsal.cl/atencion/dentista.html>

Escolar. Se entiende que existe daño odontológico cuando se detecta una prevalencia de caries superior al 50% de la población escolar (JUNAEB, 2013b).

La atención prioritaria y preferencial, se otorga a los alumnos que pertenezcan al sistema de salud FONASA e ISAPRE y a los estudiantes pertenecientes Sistema Chile Solidario, que estén matriculados en los establecimientos educacionales adscritos a los módulos dentales.

Quedarán excluidos de la atención odontológica, aquellos alumnos que aun cumpliendo los requisitos mencionados anteriormente, están cubiertos por la Garantía GES de “Salud Oral Integral para niños de 6 años” del Ministerio de Salud. De este modo, *“no se podrán ingresar ni dar de alta clínica a estos alumnos durante todo el período que cubre esta garantía, y deberán ser derivados a sus respectivos establecimientos de salud de la Red MINSAL”* (JUNAEB, 2013b).

3. Cobertura

El Programa de Salud Oral, está presente desde el año 2003 en las 15 regiones del país, abarcando en el periodo 2009 - 2012 a 278 comunas, a través de la implementación de 290 módulos dentales fijos y móviles.

En la región de Valparaíso, el programa se desarrolla en 31 comunas lo que equivale a un 81,5% de cobertura. Asimismo, es importante señalar que para el financiamiento de las prestaciones, las comunas han sido diferenciadas de acuerdo a su nivel de vulnerabilidad, de acuerdo a la siguiente clasificación:

Figura Nº 1: Comunas según nivel de vulnerabilidad

Nivel de vulnerabilidad	Comunas
Comunas Vulnerables	Cartagena, Juan Fernández, Olmué, Putaendo, Santa María.
Comunas zonas extremas y de difícil acceso	Cabildo, Calle Larga, Catemu, Hijuelas, Panquehue, Petorca.
Comunas de arancel normal	Algarrobo, Casablanca, Concón, El tabo, El Quisco, La Calera, La Cruz, Llay-Llay, Nogales, Papudo, Puchuncaví, Quillota, Quilpué, Quintero, Rinconada, San Antonio, San Esteban, Valparaíso, Villa Alemana, Viña del Mar.

Fuente: Elaboración propia en base a documentos de circulación interna JUNAEB, 2013.

4. Marco Jurídico del programa

El marco regulatorio del programa está dado principalmente por los siguientes cuerpos legales:

- Ley N° 15.720 que crea una corporación autónoma con personalidad jurídica de derecho público, denominada JUNAEB.
- Ley de presupuestos del año en curso y sus modificaciones.
- Decreto N° 0209 de 22 de mayo de 2012 que regula la asignación presupuestaria salud oral de la partida 09, programa 02, subtítulo 24, ítem 03, asignación 167, glosa n° 03, de la Ley de Presupuestos del sector público del año 2012.

El Decreto N° 0209, constituye el sustento normativo que entrega las directrices para el correcto desarrollo del Programa de Salud Oral. A partir del año 2012, se dispusieron una serie de modificaciones entre las cuales, se destacan, la integración de alumnos beneficiarios inscritos en el sistema privado de salud, que pertenezcan a algunos de los establecimientos educacionales adscritos a un módulo dental. Asimismo, se restringe la atención odontológica para los alumnos de 6 años, ya que estos se encuentran cubiertos por la Garantía Explícita en Salud (GES) del Ministerio de Salud.

Finalmente en lo relacionado al funcionamiento y autorización de los módulos dentales, el programa se rige por todas las disposiciones sanitarias, entre las cuales se destacan:

- Decreto n° 58 de 2008 del Ministerio de Salud que aprueba normas técnicas básicas para la obtención de autorización Sanitaria de Establecimientos Asistenciales.
- Decreto Supremo n°283 de 1997 del Ministerio de salud que establece el reglamento de salas de procedimiento y de cirugía menor.
- Decreto N°48 de 1984 y N°30 de 1986 que regula el uso de calderas y equipos que utilicen vapor de agua.
- Decreto N°133 de 1984 del Ministerio de Salud que regula la instalación radioactivas o equipos generadores de radiaciones ionizantes.
- Decreto N°6 de 2009 y N°64 de 2010 del Ministerio de Salud que aprueba reglamento sobre manejo de residuos en establecimientos de salud.

5. Marco político del programa

El Programa de Salud Oral, forma parte del Departamento de Salud del Estudiante (DSE) de la JUNAEB, cuya acción se enmarca en los Objetivos

Sanitarios de la década (2011-2020) del Ministerio de Salud. Estos objetivos están centrados no sólo en mejorar la salud de la población y disminuir las inequidades, sino también, entre otros, a mejorar los hábitos de vida, controlar los factores de riesgo y poner énfasis en la prevención.

En este sentido adquiere relevancia el Programa de Salud Oral, que desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal en niños, niñas y adolescentes para contribuir a su calidad de vida y a su mantención en el sistema escolar.

La Estrategia Nacional de Salud, para afrontar los principales desafíos en salud bucal, *“ha focalizado la acción en los periodos de erupción dentaria, tanto en dentición temporal como definitiva”* (MINSAL, 2011). Por esta razón, se ha priorizado la atención odontológica integral de niños, niñas y adolescentes de 2, 4, 6 y 12 años, ya que a estas edades la educación en salud resulta más efectiva y favorece la adquisición de hábitos de alimentación saludables y de higiene dental que perduren en la adultez.

Asimismo, muchos actores fuera del sector salud participan colaborando en los lineamientos planteados por la estrategia nacional. *“En el ámbito preventivo, adquieren relevancia instituciones como la JUNJI, Fundación INTEGRA, JUNAEB y MINEDUC, que facilitan el desarrollo de programas en establecimientos educacionales y apoyan la formación de hábitos de salud bucal”* (MINSAL, 2011). En este aspecto, se enmarca el Programa de Salud Oral de JUNAEB, que colabora protegiendo y limitando el daño oral en poblaciones vulnerables a edades no contempladas en el Sistema Público de Salud. De esta manera, se incrementa la cobertura y el acceso a la atención odontológica durante toda la infancia, lo que contribuye a potenciar las acciones realizadas en la red de salud primaria.

Finalmente, cabe destacar, que las instituciones mencionadas trabajan en una red intersectorial, esto con la finalidad de aprovechar eficientemente los recursos disponibles y no intervenir a la población de un mismo grupo de edad de manera reiterada. Por lo anterior, el Programa de Salud Oral no contempla dentro de su marco de atención a los niños y niñas de 6 años, ya que estos tienen garantizado el acceso a la atención odontológica integral a través del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)⁵. *“Esta garantía cubre a los alumnos cuyas edades están comprendidas entre los 6 años y los 6 años 11 meses 29 días, independientemente del nivel educacional que estén cursando”* (JUNAEB, 2013b).

⁵ MINSAL (2009b). *Guía Clínica: Salud oral integral para niños y niñas de 6 años*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7220fdc4342644a9e04001011f0113b9.pdf>

6. Componentes del programa

El Programa de Salud Oral se desarrolla a través de dos componentes, uno de atención integral y otro preventivo para establecimientos de zonas rurales que no estén conectados a una red de agua potable fluorurada.

6.1 Modelo de Atención Integral

Este componente se refiere a que la atención otorgada en los módulos dentales se desarrolla través de tres líneas de acción: (JUNAEB, 2013b).

- **Asistencial – Atención odontológica:** Corresponden a todas las acciones clínicas de operatoria dental (obturaciones), endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías) y cirugía bucal (exodoncias).
- **Área Promocional – Preventiva Clínica:** Son medidas preventivas necesarias para evitar daño oral futuro como, por ejemplo, aplicación de sellantes, aplicación tópica de Flúor Barniz, profilaxis y control de la Placa Bacteriana a través de la enseñanza de técnica de cepillado.
- **Promocional – Educativa:** Actividades educativas promocionales que consisten en la realización de un Programa Educativo en Salud Oral que desarrolla temáticas inherentes a anatomía bucal, enfermedades que afectan la boca, hábitos relacionados con la salud bucal, traumatismos dentales, alimentación saludable y la higiene bucal. Todas estas actividades, están estandarizadas a nivel nacional a través del manual “Educando Sonrisas Saludables”, que proporciona material didáctico acorde a los niveles educativos en los que se encuentran los niños, niñas y adolescentes. “*Este manual educativo integra todas las actividades educativas y promocionales a realizar con el alumno, con la comunidad educativa y los padres en el hogar*” (JUNAEB, 2013b). Los contenidos son realizados en cinco niveles, donde el primero de ellos corresponde a alumnos de kínder y Pre Kínder, el segundo a alumnos de 1º y 2º Básico, el tercer nivel a 3º y 4º Básico, el cuarto a 5º y 6º básico y por último el nivel número cinco, que corresponde a alumnos de 7º y 8º Básico.

Por otra parte, es importante destacar que las prestaciones mencionadas se diferencian según se trate de ingresos o controles. En relación a los ingresos, estos corresponden a acciones destinadas a la recuperación del daño buco – dentario acumulado, como consecuencia de caries y gingivitis, en la población escolar que ingresa al Pre- Kínder, Kínder y/o Primero Básico, a los módulos dentales.

En lo que respecta a los controles, estos consisten en atenciones sucesivas y sistemáticas, que se inician desde Kinder (cuando el alumno ha recibido su ingreso en Pre-Kínder), y luego, en 1º, 3º, 5º, 7º y 8º Básico.

Finalmente, el modelo de atención también considera atenciones dentales de urgencia para los alumnos adscritos al módulo, y dependiendo de la factibilidad técnica de cada uno de estos establecimientos, se contempla la realización de radiografías dentales.

6.2. Componente Preventivo

El Programa de Salud Oral también desarrolla el Programa de Alimentación Fluorurada (PAE Fluorurada), cuyo objetivo es la prevención de caries en los alumnos pertenecientes a establecimientos educacionales rurales sin acceso a agua potable fluorurada de 1º a 8º Básico, a través de la incorporación de flúor en la leche entregada diariamente en los desayunos del Programa de Alimentación Escolar (PAE). Este componente, se desarrolla a través de un trabajo conjunto y coordinado con el Ministerio de Salud (MINSAL) y JUNAEB, tanto a nivel nacional como regional, y son beneficiarios los establecimientos educacionales de las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes (JUNAEB, 2013b).

7. Trabajo multidisciplinario

El Programa propone un trabajo con diversos interventores en la Educación en Salud de los alumnos. *“De esta manera y de acuerdo al concepto de promoción en salud bucal, el programa incorpora la participación de los profesores y de los padres y apoderados, con la finalidad de acercar a los adultos significantes en el desarrollo de los alumnos, al conocimiento en Salud Bucal y buscar la instalación de hábitos saludables que sean reforzados continuamente en el aula y en el hogar”* (JUNAEB, 2013b).

Para llevar a cabo lo mencionado en el párrafo anterior, el equipo ejecutor de los módulos dentales asiste periódicamente tanto a las reuniones de apoderados como a los consejos de profesores, para concientizar acerca de la importancia de la temática de salud bucal, mostrar avances respecto a las intervenciones realizadas y establecer alianzas de cooperación entre los distintos actores.

8. Convenios

El modelo de atención integral del Programa de Salud Oral, se implementa a través de convenios de colaboración con Municipios, Corporaciones

Municipales, Servicios de Salud y privados que se adscriben a este, del cual se derivan obligaciones tanto para las entidades prestadores de servicios como también para JUNAEB.

El Decreto N° 0209 en su artículo 12, señala las obligaciones que deben cumplir los prestadores de servicios:

- Traslado de Beneficiarios desde su establecimiento educacional al Módulo Dental, previa autorización del apoderado en el formato de Consentimiento Informado, para proceder al traslado realizado por un adulto responsable del cuidado de los alumnos, adoptando las medidas necesarias con el objeto de dar cumplimiento a la normativa vigente que regula el traslado de menores.
- Contratación de personal en un número conforme a la normativa legal vigente, y de acuerdo a las siguientes características técnicas:
 - Cirujano Dentista, que cuenten con título profesional oficialmente reconocido en la República de Chile.
 - Asistente Dental o Técnico Paramédico del Área Odontológica o Higienista Dental para efectos de prestar apoyo clínico en la atención odontológica a cada uno de los cirujanos dentistas contratados.
 - Educadora, Asistente de Educadora, Higienista Dental o Asistente Dental capacitada, destinada para cumplir exclusivamente las actividades educativas del Modelo de Atención Integral del Programa de Salud Oral de JUNAEB.
 - Apoyo administrativo, destinado a cumplir con las actividades administrativas (digitación, recepción, coordinación de horas, etc.) propias del Programa de Salud Oral.
- Materiales: La entidad prestadora de servicios debe proveer mensualmente los insumos y materiales necesarios que permitan la entrega de atenciones dentales de calidad y conforme a la cobertura programada para el año en curso. Asimismo, la entidad colaboradora debe realizar oportunamente servicio técnico de mantención y/o de reparación al equipamiento e instalaciones del Módulo Dental de la comuna.
- Rendición de cuentas: La entidad deberá realizar el proceso de rendición de los recursos utilizados en la adquisición de artículos dentales e insumos.

- Registros: Se deberán mantener registros estadísticos de las atenciones odontológicas en los formularios y formatos, físicos y/o digitales entregados por JUNAEB, los cuales deberán ser remitidos Dirección Regional mensualmente. Dichos registros constituyen el antecedente necesario para el pago de las prestaciones.

Por último y de acuerdo a las obligaciones que se establecen en la normativa del programa, la Junta Nacional de auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), tiene a su cargo la responsabilidad técnica y la administración de los recursos que se entreguen a las entidades, con el objeto de reparar el daño bucal de los beneficiarios y realizar las acciones de educación y prevención de la salud bucal de los mismos. En función de lo anterior, a la JUNAEB le corresponderá: (Artículo 10, Decreto n° 0209)

- Informar a las entidades respectivas, sobre las especificaciones técnicas y características que deben tener los cepillos dentales, pasta de dientes y otros artículos similares, considerados necesarios para la ejecución del componente preventivo, de acuerdo a la cobertura programada para cada año.
- Efectuar talleres de capacitación en atención odontológica, dentro del marco del Programa de Salud Oral, ocupando el recinto del Módulo Dental, u otras dependencias de la entidad, que las partes de común acuerdo determinen.
- Entregar los formularios en formatos físicos y digitales, para el registro estadístico de las atenciones odontológicas y de las actividades educativas y preventivas realizadas en el Módulo Dental.
- Financiar y pagar las atenciones odontológicas de acuerdo a la siguiente caracterización de comunas que se encuentra en la circular N° 2 del 6 de enero de 2012 de JUNAEB denominada "Orientaciones Técnico-Programáticas del Departamento de Salud del Estudiante":

Figura Nº 2: Financiamiento Prestaciones Programa de Salud Oral según comuna.

Tipo de Comuna	Atención Beneficiario	Precios JUNAEB según beneficiario
Comunas Vulnerables	Ingresos	\$ 75.450
	Controles	\$ 59.282
	Radiografías	\$ 5.389
	Urgencias	\$ 16.167
Comunas zonas extremas y de difícil acceso	Ingresos	\$ 36.377
	Controles	\$ 21.825
	Radiografías	\$ 2.964
	Urgencias	\$ 10.912
Comunas Arancel Normal	Ingresos	\$ 28.902
	Controles	\$ 14.550
	Radiografías	\$ 2.440
	Urgencias	\$ 8.757

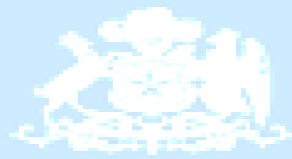
Fuente: Artículo 10 Decreto Nº 0209 MINEDUC, 2012.

9. Presupuesto programado

Para el año 2013, la ley de presupuesto asigna al Programa de Salud Oral un total de \$ 6.191.138.000 para su funcionamiento, de esta cifra \$667.101.018 están destinados a la región de Valparaíso, los que se distribuyen de la siguiente manera:

Figura Nº 3: Presupuesto 2013 Región de Valparaíso						
Chile Solidario	Ingresos	Radiografías	Urgencias	Material educativo	Artículos dentales	Total
40.061.706	344.420.101	240.345.455	7.717.263	6.875.037	15.195.632	667.101.018

Fuente: Orientaciones programáticas DSE JUNAEB, 2013.



JUNAEB
Ministerio de
Educación

Capítulo II: Diagnóstico

Gobierno de Chile

1. Antecedentes de Salud Bucal

La Organización Mundial de la Salud (2003), señala que las patologías bucales más prevalentes en el mundo son las caries dentales, las enfermedades gingivales - periodontales y las anomalías dentomaxilares⁶. A continuación se describirá la situación epidemiológica de salud bucal, tanto a nivel mundial como nacional, con la finalidad de contextualizar la magnitud de estas problemáticas.

1.1. Salud Bucal en el Mundo:

Según el Ministerio de Salud (2007), los estudios epidemiológicos de salud bucal en escolares constituyen, en particular, un instrumento básico de planificación de los programas de prevención y de asistencia dental, por este motivo la OMS propone que la vigilancia epidemiológica debe realizarse a los 6 y 12 años, siendo esta última edad aplicable para comparaciones internacionales.

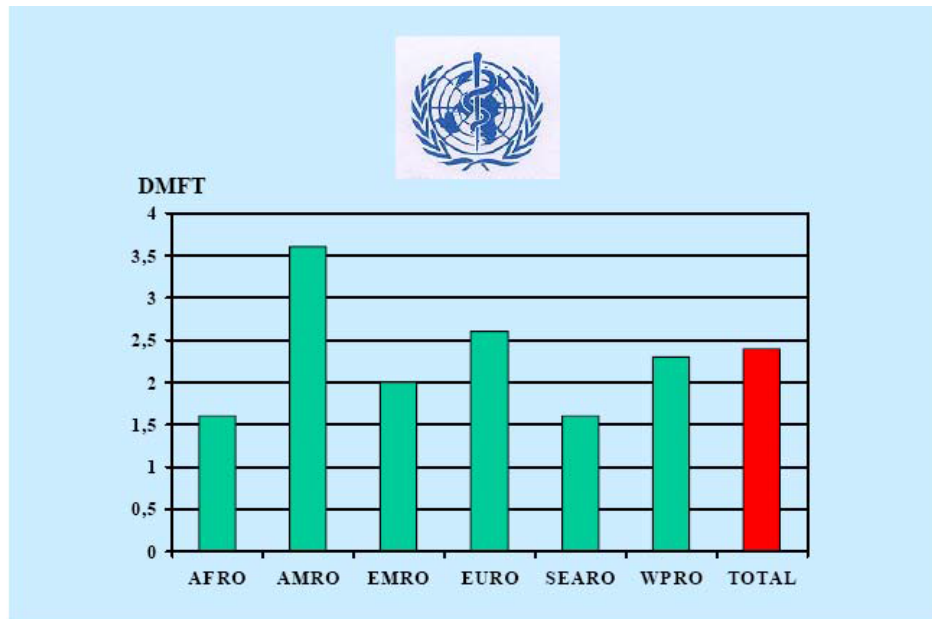
Los indicadores más utilizados para medir el daño oral de una población en relación a caries dentales, es el índice COPD (para dentición permanente) y Ceod (para dentición temporal), ambos corresponde a la sumatoria de dientes cariados, obturados y perdidos por caries, entre el total de personas examinadas. De acuerdo con su valor, se establece una escala de gravedad de la afección con cinco niveles: (Gómez, 2012).

- Muy bajo: 0.0 – 1.1
- Bajo: 1.2 – 2.6
- Moderado: 2.7 – 4.4
- Alto: 4.5 – 6.5.
- Muy alto: +6.6

Las estadísticas internacionales señalan que *“a pesar de existir avances en la salud bucal de la población mundial, aún persisten grupos no privilegiados en algunas comunidades, tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo, que presentan un importante daño de salud bucal”* (MINSAL, 2007). Actualmente la distribución y severidad de las enfermedades bucales presentan una gran variabilidad entre los diferentes países y entre las regiones, es así como las caries dentales constituyen el mayor problema de salud bucal de los países no desarrollados, afectando entre el 60% al 90% de los escolares y a una vasta mayoría de los adultos. (OMS, 2003)

⁶ Para mayor información dirigirse al glosario de términos.

Figura Nº 4: Experiencia de caries en niños de 12 años de edad en las 6 oficinas regionales de la OMS en el año 2000, basados en el índice COPD.



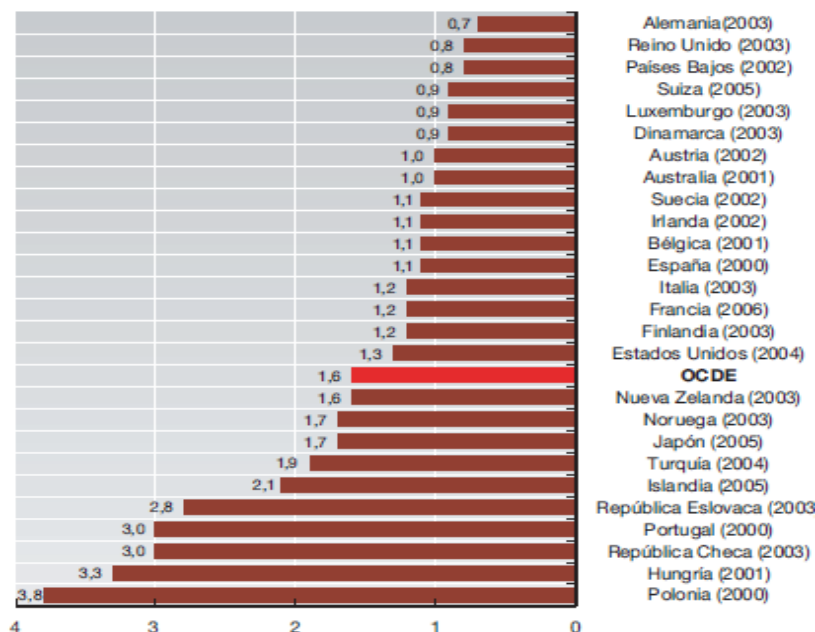
Fuente: OMS, 2003 ⁷

En relación a lo anterior y de acuerdo a la distribución geográfica, “los niveles de daño oral son más altos en América y relativamente bajos en África. Sin embargo, los cambios en las condiciones de vida indican un posible aumento de la incidencia en algunos países desarrollados de África, particularmente debido al aumento de consumo de azúcares y a la inadecuada exposición protectora de los fluoruros” (MINSAL, 2007).

Asimismo, para los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), “en los últimos 25 años se ha observado una reducción considerable del promedio de dientes cariados, perdidos y obturados en niños y niñas de 12 años, pasando de una media de 4,5 en 1980, a 2,6 en 1990 y 1,6 en 2003, lo que se trata de un logro significativo en el ámbito de la salud pública” (OCDE, 2007).

⁷ (AFRO) África, (AMRO) Américas, (SEARO) Asia Sudoriental, (EURO) Europa, Mediterráneo Oriental, (WPRO) Pacífico Occidental

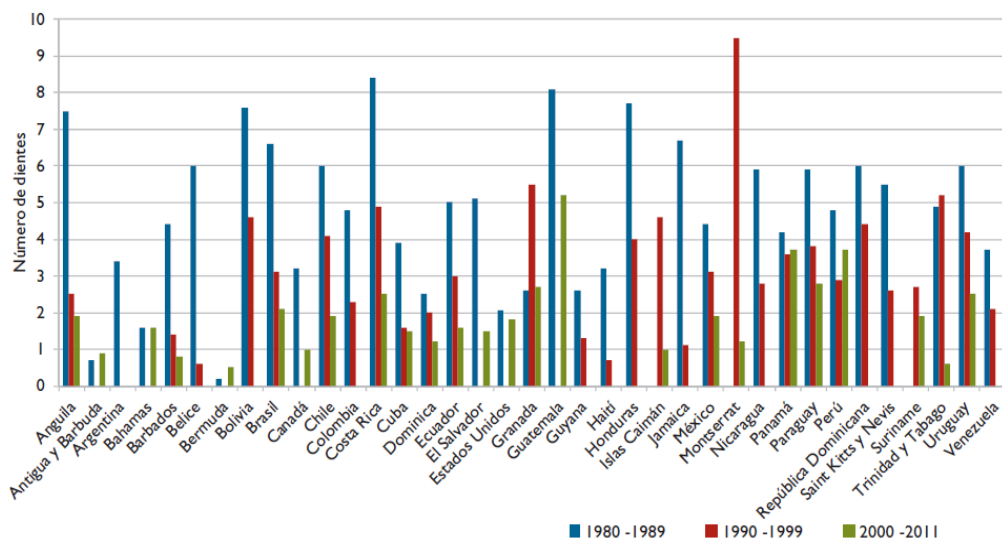
Figura N° 5: Índice COPD adolescentes de 12 años en países de la OCDE, según último año disponible.



Fuente: Panorama de Salud OCDE, 2007

Finalmente, con respecto a la situación específica de caries dentales en América, el último informe de salud elaborado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) durante el año 2012, señala que los datos obtenidos a partir del número medio de dientes cariados, obturados y perdidos en niños de 12 años muestran una mejora notable y una disminución general de las caries dentales desde los años ochenta. Así también, durante la década del 2000, algunos de los países menos desarrollados de la Región han alcanzado o sobrepasado los niveles de países más desarrollados.

Figura N° 6: Número medio de dientes cariados, extraídos y obturados en niños de 12 años, algunos países de las Américas, 1980 – 2011.



Fuente: Salud en las Américas OPS, 2012.

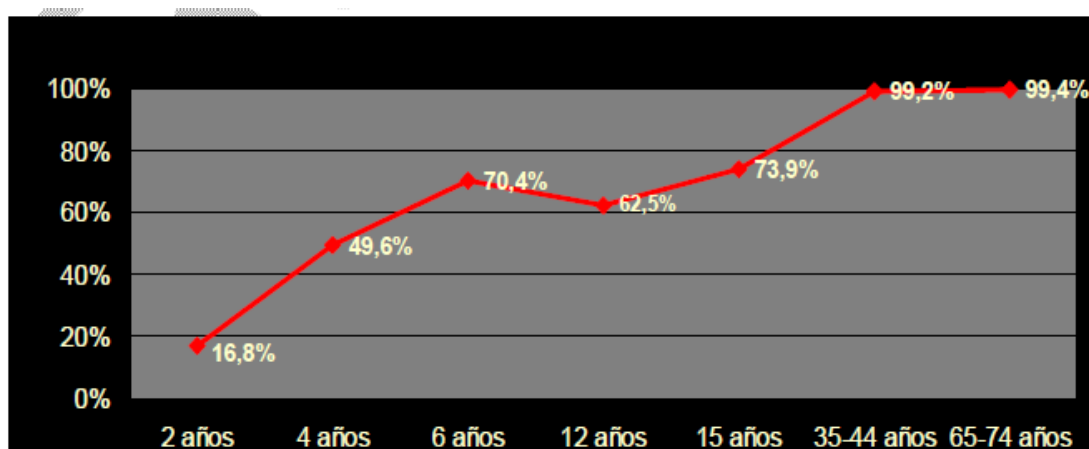
Dentro de los factores principales que pueden haber contribuido a tal mejora, se destacan los esfuerzos regionales para poner en práctica y consolidar programas de fluoración de la sal y el agua durante los años noventa y el énfasis en enfoques alternativos para aumentar el acceso a los servicios de salud bucodental con intervenciones eficaces en función de los costos que se llevaron a cabo a fines de los años noventa y los años 2000. No obstante lo anterior, la salud oral continúa siendo un aspecto crítico de las condiciones generales de salud en la Región de las Américas, por su contribución a la morbilidad total, los altos costos de tratamiento y el aumento de la inequidad en salud bucal que determina la existencia de diferencias importantes en los países de la región (OPS, 2012).

1.2. Salud Bucal en Chile:

En el país, “se han producido cambios relevantes en la salud bucal de la población, como resultado de las modificaciones en las tendencias de la morbilidad y de las nuevas técnicas terapéuticas, así como de los cambios en la estructura de la población” (MINSAL, 2010). Por este motivo, ha sido necesario orientar las políticas de Salud Bucal a estrategias promocionales y preventivas en grupos vulnerables y de alto riesgo.

Los estudios realizados se han enfocado mayoritariamente a la población escolar entre 6 y 12 años, existiendo datos empíricos que revelan que la tendencia de prevalencia de caries dentales aumenta con la edad.

Figura N° 7: Prevalencia de caries en Chile, 2007



Fuente: Objetivos Estratégicos de Salud MINSAL, 2010.

De acuerdo al gráfico anterior, a los 2 años cerca de un 83% de los niños y niñas no presenta historia de caries dentales, mientras que a los 4 años esta cifra disminuye al 51%. Asimismo, a los 6 años un 30% de los niños y niñas no presentan caries, a los 12 años dicha cifra aumenta levemente a un 37% de la

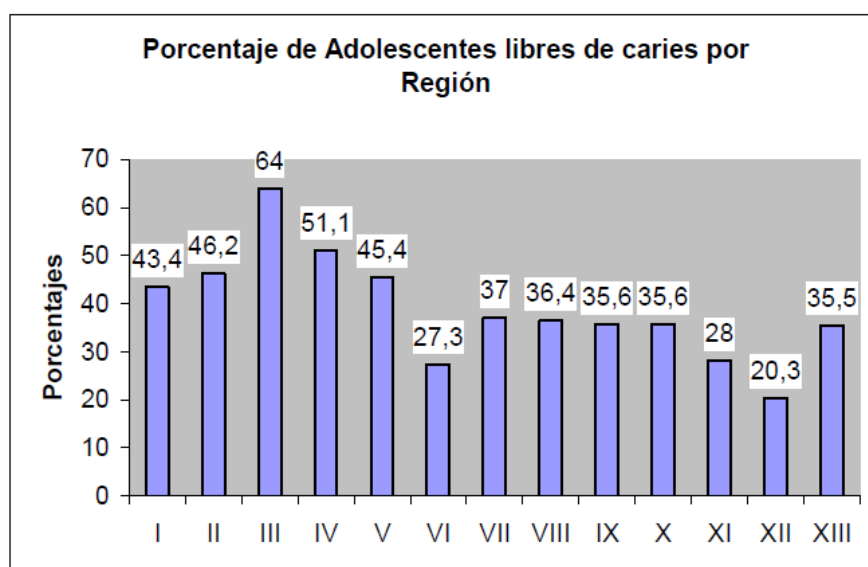
población, mientras que en la edad adulta la situación se agudiza, ya que solo un 0.2% se encuentra libre de caries dentales.

Por otra parte, en relación a la severidad de las caries dentales, medida a través del número de dientes afectados, estas aumentan con la edad en dentición temporal y definitiva. El índice ceod es de 0,5 a los 2 años, 2,3 a los 4 años, y 3,7 a los 6 años. Asimismo, el COPD es de 0,5 a los 6 años, 1,9 a los 12 años, y cercano a 2,0 en el grupo de 65 a 74 años. (MINSAL, 2010).

Lo anterior, se puede complementar con los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2003, en la que se seleccionó una muestra de 3.616 personas entre 17 a 65 años y más. De dicha muestra solo un 27,8% de los individuos presenta dentición completa, siendo la frecuencia levemente mayor en hombres que en mujeres. Esta tendencia cae fuertemente con la edad, llegando a ser un hallazgo infrecuente en los mayores de 65 años. De esta manera, existe una relación directa entre el daño oral producido por las enfermedades bucodentales y la pérdida de piezas dentales.

Desde el punto de vista de la distribución geográfica, el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en adolescentes de 12 años del año 2007, señala que la mayor prevalencia libre de caries se encuentra en áreas urbanas alcanzando un 40,3%, esta cifra disminuye cerca de un 17% en zonas rurales, donde solo un 23,3 % de los adolescentes diagnosticados se encuentra libre de caries dentales. Al descomponer esta información por regiones, se observa que las mayores índices están en la zona del norte del país; se destaca la III región con el 64% de niños sanos, mientras que las regiones VI, XI y XII presentan los menores porcentajes de adolescentes libres de caries.

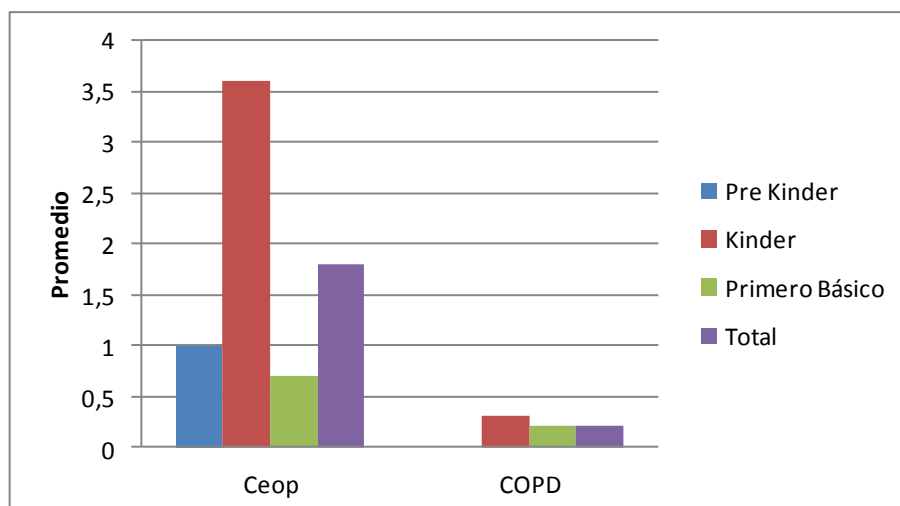
Figura Nº 8: Prevalencia de adolescentes de 12 años libres de caries, por regiones Chile 2007.



Fuente: Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en adolescentes de 12 años, MINSAL 2007

Finalmente, respecto a la prevalencia de caries en las comunas de Cabildo, Olmué y Villa Alemana, los datos proporcionados por el Programa de Salud Oral de JUNAEB permiten evidenciar lo siguiente:

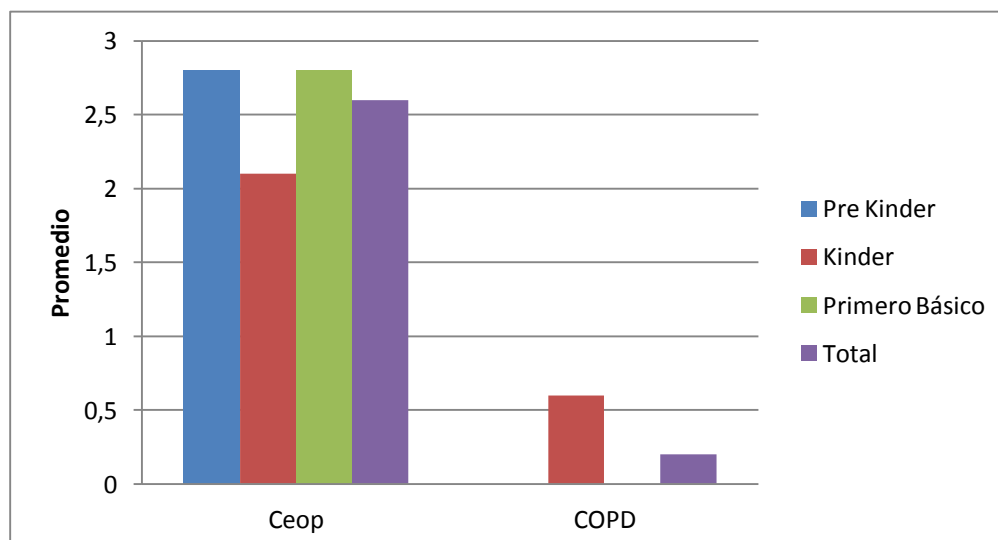
Figura Nº 9: Promedio índice Ceop (dentición temporal) y COPD (Dentición definitiva) de ingresos Programa de Salud Oral, Cabildo 2011.



Fuente: Elaboración en base a documentos de circulación interna del Programa de Salud Oral JUNAEB, 2011.

Según el gráfico anterior, en Cabildo durante el año 2011, ingresaron al programa 191 usuarios de pre kínder, kínder y primero básico. De estos, el mayor daño oral medido a través del índice Ceod, (promedio de dientes extraídos y obturados por caries en dentición temporal), se concentra en los preescolares de kínder con 3,6 dientes, lo que representa un nivel moderado de daño. Mientras que en lo que respecta al índice COPD, no se observa gran variedad, principalmente debido a que en este grupo etario recién comienza a iniciarse el reemplazo de piezas dentales, por lo cual los dientes definitivos ya erupcionados presentan un muy bajo daño oral para todos los niveles.

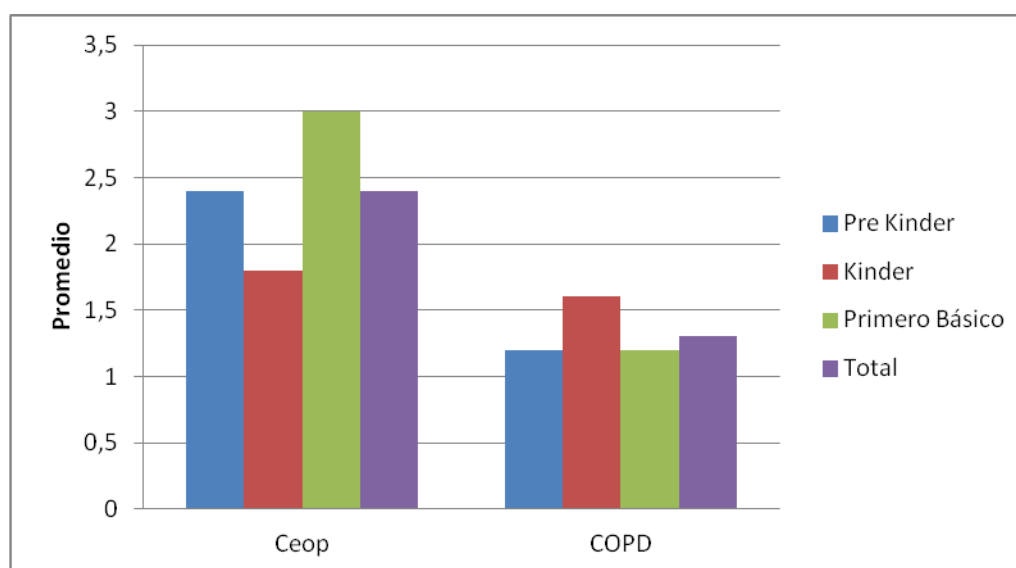
Figura Nº 10: Promedio índice Ceod (Dentición temporal) y COPD (Dentición definitiva) en ingresos Programa de Salud Oral, Olmué 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a documentos de circulación interna del Programa de Salud Oral JUNAEB. 2011.

En el caso de la comuna de Olmué, esta posee un daño oral promedio de 2,6 dientes durante el año 2011 en dentición temporal. En los 218 niños ingresados al programa, existe un nivel de daño similar entre pre kínder a primero básico. Mientras que en la medición del índice COPD, el daño es muy bajo, siendo inexistente en pre kínder y primero básico, mientras que en kínder alcanza los 0,6 dientes.

Figura Nº 11: Promedio índice Ceod (Dentición temporal) y COPD (Dentición definitiva) en ingresos Programa de Salud Oral, Villa Alemana 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a documentos de circulación interna del Programa de Salud Oral JUNAEB, 2011.

Para finalizar, el gráfico anterior muestra que en la comuna de Villa Alemana los niños de pre kínder y kínder que ingresaron al programa durante el año 2011, poseían un bajo nivel de daño oral en sus dientes temporales, mientras que en primero básico este mismo índice se elevó a la categoría de moderado alcanzando las 3,0 piezas dentales extraídas y obturadas por caries. En el caso del índice COPD, no existe mayor diferencia entre los tres grupos etarios, ya que en todos los niveles de daño oral en dentición permanente son bajos, existiendo un leve aumento en los niños y niñas de kínder.

2. Desigualdades en el acceso a la Salud Bucal en Chile

Las diversas inequidades que se presentan en el país producto de la desigual distribución de los ingresos, no sólo afectan a los individuos en cuanto a la remuneración que percibe cada familia, donde el decil más rico gana 27 veces más que el decil más pobre, sino también en el acceso a servicios y prestaciones, como es una atención odontológica de calidad y acorde a las necesidades propias. A pesar de haber existido en Chile grandes avances con respecto a la salud en general de los chilenos/as, ésta mejora se encuentra aún lejos de alcanzar los

estándares requeridos por el país. Lo que se demuestra en que las diferencias en el acceso a la salud conllevan que *“mientras más baja sea la posición económica de la familia, mayor será el riesgo de un niño de sufrir enfermedades, lesiones y muerte.”* (Papalia D. , 2010)

El lograr reducir las inequidades que actualmente se presentan, requiere de medidas redistributivas que permitan generar mayores ingresos para los sectores más vulnerables de la nación. En el caso de Latinoamérica, *“los ricos no solo concentran más recursos sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se observa que no solo la pobreza sino también la brecha entre los ricos y pobre se ha incrementado en las últimas décadas”* (Abadía, 2006). Lo que demuestra que la realidad que se vivencia aquí es similar a la de otras naciones de la región.

La salud es un proceso complejo y dinámico que está dado por una interdependencia de factores individuales y sociales, y que por consiguiente, los diversos procesos de salud – enfermedad no se encuentran condicionados de forma exclusiva por los individuos, sino además por las continuas interacciones que se producen entre la persona y su entorno. Lo que se traduce en que quienes cuenten con más recursos pueden poseer acceso con mayor facilidad a tratamientos adecuados, control de su enfermedad y la propia recuperación. Las personas con mayores recursos tienen menores probabilidades de enfermarse, y en el caso contrario, entre menores ingresos se perciban mayores son las probabilidades. Es en este punto donde los servicios de salud y las políticas sociales tienen el deber de atenuar las inequidades que se producen, pues *“si se destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales”* (Abadía, 2006).

Al ya saber de sobre manera la importancia que tiene la salud oral en la salud general de las personas, es fundamental basado en el párrafo anterior dar a conocer que la salud bucal de las poblaciones es un claro reflejo de determinantes macroestructurales, los que afectan tanto la equidad, el acceso y orientación que maneje cada servicio de salud. En el caso de Chile, se ha tendido a priorizar a ciertos grupos como son las embarazadas, los adultos mayores y niños/as garantizados por Garantías Explícitas de Salud (GES), los cuales son considerados grupos vulnerables y por tanto el país aún se encuentra en un proceso de escaso desarrollo de esta área en comparación con el crecimiento económico que se ha experimentado.

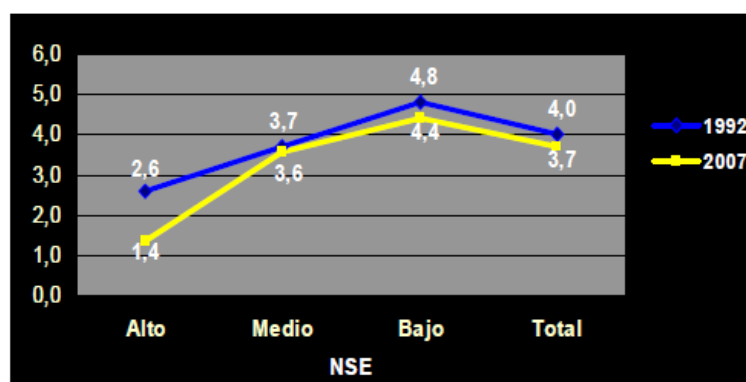
Las denominadas desigualdades de la Salud Bucal están determinadas tanto por la estructura económica, social y política en la que se vive en Chile, donde muchas de las inequidades que se presentan en diversos ámbitos se reproducen en la salud oral de las personas. Es por consiguiente, un desafío

actual lograr equiparar las oportunidades de acceso a servicios odontológicos requeridos por los ciudadanos, e iniciar desde etapas tempranas el proceso de prevención de enfermedades bucales. Para lograr esto se debe modificar el enfoque médico/ conductual, el cual se encuentra basado en el cambio de comportamientos de los individuos de alto riesgo, a un enfoque basado en los determinantes sociales, donde la prevención y promoción sean esenciales.

En el caso de nuestro país, los estudios epidemiológicos con respecto al tema muestran un mejor nivel de salud bucal en personas jóvenes, donde a los doce años de edad, se logra disminuir el daño por caries de 3,4 piezas dentales afectadas a 1,9, lo que contribuyó significativamente a lograr alcanzar uno de los objetivos sanitarios fijados para la década 2000 - 2010 por el MINSAL, según datos del documento “Diagnóstico de la Salud Bucal” del organismo ya mencionado.

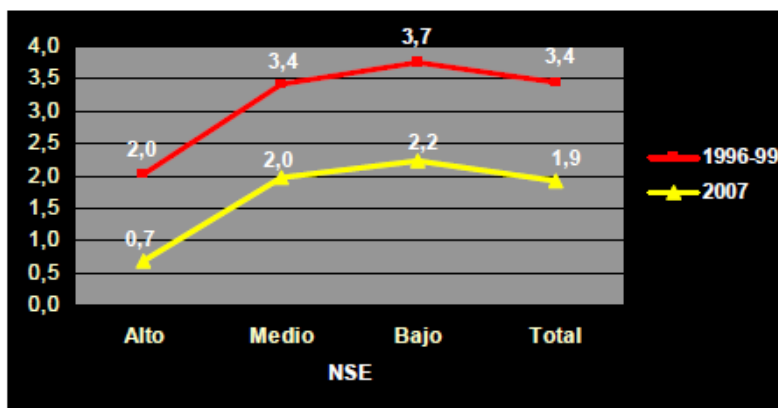
A pesar de los avances logrados, persisten inequidades de acceso a la salud oral en el país, lo que se refleja al analizar la cantidad de niños/as libres de caries a los 12 años de edad según Nivel Socioeconómico (NSE). Al año 2007, cerca de un 68,2% de los niños/as de NSE Alto se encuentran libre de caries, en el caso del NSE medio esta cifra se reduce considerablemente a 36, 5% y en NSE bajo sólo alcanza el 29, 5%.

Figura Nº 12: Tendencia índice ceod (dentición temporal) de niños evaluados a los 6 años, según nivel socioeconómico 1992 - 2007



Fuente: Objetivos Estratégicos de Salud MINSAL, 2010.

Figura Nº 13: Tendencia índice COPD de niños evaluados a los 12 años, según nivel socioeconómico 1996-99 – 2007



Fuente: Objetivos Estratégicos de Salud MINSAL, 2010.

Asimismo, si se compara el daño oral a través del promedio de piezas dentales cariadas, obturadas y perdidas por caries (COPD), se observa que el NSE Alto posee los menores índices, mientras que en los niveles medio y bajo el daño aumenta significativamente, tanto a los 6 como a los 12 años. Estos datos demuestran de manera clara como el poseer mayores ingresos favorece una mejor salud bucal, al lograr acceder de manera más rápida a los servicios odontológicos requeridos, y que por su alto costo son muchas veces dejadas en desmedro por otras necesidades que presenta el grupo familiar.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, complementa los datos ya proporcionados por los estudios en población infantil, al analizar la prevalencia de personas entre 15 y 75 años y más con dentición completa según nivel socioeconómico. De acuerdo a ello, se estima que en los niveles más altos cerca de un 49% de la población encuestada presentan todas sus piezas dentales, mientras que en el nivel más bajo alcanza un 18,5%. Así también “*existe una tendencia al aumento de la prevalencia de individuos dentados totales en la medida que aumenta el nivel educacional. Sin embargo, esta tendencia es mucho más marcada que la observada para el nivel socioeconómico, pasando de 7,1% en el nivel educacional bajo a 44,5% en el nivel educacional alto*” (MINSAL, 2003).

Figura Nº 14: Individuos dentados totales por nivel socioeconómico. Tasa por 100 habitantes, Chile 2003.

NSE	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos		OR*
	N	Prevalencia	N	Prevalencia	N	Prevalencia	
E	294	20,0 (7,9 - 32,1)	350	17,1 (3,8 - 30,4)	644	18,5 (9,5 - 27,6)	0,11 (0,04 - 0,32)
D	813	23,9 (18,4 - 29,5)	937	22,2 (17,6 - 26,7)	1.750	23,0 (19,3 - 26,8)	0,12 (0,05 - 0,33)
C2C3	356	42,7 (34,2 - 51,2)	457	33,0 (26,6 - 39,5)	813	37,7 (32,2 - 43,1)	0,22 (0,09 - 0,56)
ABC1	45	35,2 (16,1 - 54,4)	49	58,9 (37,6 - 80,2)	94	49,0 (32,3 - 65,7)	1,00

* ODDS RATIO ajustada por edad y sexo.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003.

Un último antecedente importante de nombrar, es el que proporciona la Encuesta Nacional de Salud de 2009 – 2010, realizada a personas entre 15 y 75 años y más, la cual *“muestra que el 27,8% de la población, declara no haber visitado nunca al profesional odontólogo o no haberlo hecho dentro de los últimos 5 años, existiendo diferencias significativas según sexo (32,9% en los hombres y 22,9% de las mujeres). Al desagregar esta información según nivel educacional, se observa que en el estrato educacional alto, el 15,1% de las personas declara no haber visitado nunca al odontólogo o no haberlo hecho en los últimos 5 años, en el nivel educacional medio, este porcentaje se eleva al 27,5% y en el nivel bajo sube a 44,6%”* (MINSAL, 2009a).

Los datos mencionados en los párrafos anteriores, permiten cuestionar cómo un país que es parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) desde el año 2010, no ha conseguido superar temas de equidad, en especial el acceso a la salud, donde la actual dualidad público-privada no logra solucionar las problemáticas existentes en esta área, ya que a pesar de ser la salud bucal una patología relevante en los niveles socioeconómicos medios y bajos no se ha logrado acceder al mercado laboral no ha logrado llegar a los sectores que lo requieren. Pues si se compara a *“Chile con algunos países europeos el indicador observado es mayor que el de Dinamarca (0,8), Gran Bretaña (0,7) y España (1,1), con respecto a América Latina es menor que el observado en Brasil (2,8) y México (2) y superior al observado en el Salvador (1,4)”* (MINSAL, 2007).

Toda la información que se ha dado a conocer, refleja que los grandes avances tecnológicos, económicos y de modernización que han afectado al país no han logrado llegar a todos los estratos socioeconómicos de la población, donde actualmente se posee una gran deuda con la salud bucal de los individuos a pesar de los esfuerzos que se han realizado con la incorporación al GES de la salud oral para niños y niñas de 6 años, la GES de urgencia odontológica ambulatoria, la GES de salud oral integral para adultos de 60 años y la GES de atención odontológica integral de la embarazada, con plazos establecidos para iniciar atención desde que la persona lo solicita. Asimismo, esta focalización produce que muchos grupos de la población queden fuera del sistema de atención odontológica, perpetuando las desigualdades existentes.

Esta variación de los estados de salud bucal en los diversos niveles socioeconómicos, tiene numerosos factores coadyuvantes entre los que se encuentran el alto costo que tiene actualmente el acceso al dentista, y que no exista una cobertura universal para la atención odontológica, además de que no se permite la modalidad de libre elección como si ocurre en otras prestaciones de FONASA. Son estas problemáticas entre otras y la falta de acciones concretas las

que no permiten que se modifique el status quo que ha existido en la salud oral de los chilenos, lo que sigue favoreciendo la aparición de enfermedades dentales, que de alguna manera incapacitan funcionalmente a las personas de poder desplegar todas sus capacidades en la cotidianeidad.

Por último, es necesario destacar que la solución a esta problemática debe trascender a la atención de las enfermedades prevalentes actualmente en los chilenos/as, sino que además se debiese propiciar un enfoque preventivo y de promoción de la salud bucal, para de esta manera evitar la aparición de enfermedades bucodentales que terminan por desdentar a las personas en su adultez. La situación que se presenta en la salud oral requiere de políticas de estado integrales que garantice el acceso a todos los individuos, considerando que el ser humano es Biopsicosocial, y que su contexto condiciona el estado de su salud bucal. En base a esto, cabe recalcar que el mantener una dentadura sana mejora no solo el acceso al mercado laboral sino también la autoimagen de las personas, por lo cual se trata de una temática no solo relacionada a la apariencia sino también de salud mental.



Capítulo III: Marco de Referencia

I. Evaluación

1. Concepto de Evaluación:

La palabra evaluación tiene diversas acepciones dependiendo de la rama que la utilice y los fines para la cual se requiere, no obstante en un primer momento es posible definir este concepto, en su sentido más amplio como *“un proceso esencialmente humano y realizado cotidianamente por el sentido común”* (Souza, 2005). En el caso de María José Aguilar, considera que *“cuando se trata de enjuiciar algo sistemáticamente o aplicando los conocimientos o reglas del método científico, nos encontramos frente a una evaluación”* (Aguilar, 1994).

Cuando se aplica la evaluación dentro del área de las ciencias sociales, cumple una función de regulación de acciones y políticas sociales, lo que permite disminuir de manera notable las posibilidades de fracaso que puedan existir al momento de llevar a cabo un programa de interés social. Por tanto *“La evaluación sólo será útil si se utiliza como medio para mejorar un programa”* (Aguilar, 1994). En otras palabras, esta solo tendrá algún tipo de efecto en la medida que sirva de guía para tomar decisiones concretas con respecto a una temática de interés. Para autores como Stufflebeam o Cronbach la evaluación es un estudio sistemático, planificado, dirigido y realizado con el fin de ayudar a un grupo de clientes.

En cuanto a la Evaluación de programas sociales, *“es un poco más restricto y puede ser comprendido como un conjunto de actividades técnico- científicas o técnico- operacionales que buscan atribuir un valor de eficiencia, eficacia y efectividad a procesos de intervención en su implementación”* (Souza, 2005). Esta evaluación consiste en un proceso de continua reflexión y valoración crítica de un momento específico y con el objeto de lograr valorar los efectos de un proceso de intervención, es decir, comparar la situación inicial con la actual y a su vez, con la que se esperaba lograr con la implementación del programa.

Retomando primer el tópico desarrollado, es vital comprender que este proceso de enjuiciar algo, es una forma de investigación social aplicada, puesto que consiste en aplicar el método científico a una parte de la realidad, lo que conlleva que no sea un conocer para realizar de manera inmediata acciones, sino que además se busca un conocimiento para mejorar las formas que hasta ese momento se llevaban a cabo las diversas actividades. Este proceso de evaluación no tiene un momento único dentro del ciclo tecnológico, ya que además de en la etapa final se puede realizar tanto en el diagnóstico, programación o ejecución, según se estime conveniente.

Por tanto, la evaluación no es algo exclusivo del Trabajo Social, si no que se utiliza constantemente *“para referirse al acto de juzgar o apreciar la importancia de un determinado objeto, situación o proceso en relación con ciertas funciones*

que deberían cumplirse o con ciertos criterios o valores, explicitados o no” (Briones, 2002). Esta siempre busca una cuantificación que permite asignar números o puntuaciones a los objetos, programas o personas evaluadas, con el fin primordial de generar criterios para tomar decisiones en relación con el desarrollo de un programa.

Por último, cabe afirmar que la evaluación es un tipo de investigación social aplicada de carácter sistemática, planificada y dirigida, lo que significa que se sostiene en el tiempo, asimismo desde el principio están previstas las condiciones de la evaluación y se relaciona con los objetivos que juzgan el proyecto. Además debe presentar dos características importantes; ser Válida y fiable.

2. Tipologías de Evaluación:

Es necesario aclarar que existen una serie de tipologías dentro de la evaluación, a continuación se explicitarán algunas de las más importantes;

2.1.1. Según el momento:

❖ **Evaluación antes (o Ex Ante):** Es llamada también inicial y tal como su nombre lo señala, es realizada antes de tomar la decisión de concretar un proyecto. Esto conlleva a que este tipo de evaluación sea realizada en la fase de diseño del programa, para lo cual se realiza una estimación crítica de su pertinencia, su viabilidad y eficacia potencial, con el objetivo de lograr fundamentos racionales sobre el emprendimiento del mismo. Este momento evaluativo tiene tres características; Analiza la pertinencia del proyecto con la realidad, estudia el nivel de coherencia y congruencia interna que tiene el proyecto y finalmente, cuestiona la rentabilidad económica de las diferentes acciones para lograr los objetivos planteados.

Para lo anterior realiza una evaluación del diseño, la cual consiste en analizar que tanto los objetivos, las actividades, las estrategias, los recursos y el tiempo sean coherentes y acorde a las necesidades del proyecto, lo que finalmente determina la viabilidad de este.

❖ **Evaluación Durante (la ejecución):** También es denominada evaluación de gestión, evaluación continua, evaluación concurrente, entre otras. Se desarrolla durante la fase de ejecución, y genera información acerca de cómo funciona el proceso de intervención o programa en marcha. Su objetivo básico es lograr generar información acerca de en qué medida se están cumpliendo los objetivos propuestos, es decir, los cambios que se han producido con la intervención.

Este tipo de evaluación permite conocer datos acerca de la continuidad del programa, y en el caso que así sea, acerca si se mantiene tal como había sido

planteado en un inicio o se realizan modificaciones tanto en los objetivos, metas y procedimientos que hasta ese entonces se utilizaban.

En esta etapa evaluativa se puede centrar la evaluación tanto en los procesos, en su dimensión metodológica o administrativa, y en los resultados intermedios o estados de avance que se presentan hasta ese momento.

- ❖ **Evaluación Ex Post:** Se realiza una vez que el programa o proyecto ha finalizado, es decir, esta se produce cuando el proyecto o programa ha completado su total desarrollo, y por tanto se desea conocer cuánto se ha modificado la situación inicial y si se ha logrado alcanzar la llamada situación objetivo o deseada. Este tipo de evaluación al igual que la durante, tienen como fin; valorar el logro de los resultados generales en términos de eficiencia, producto, efectos e impactos. Además de obtener enseñanzas y experiencias para otros programas y proyectos que se pudiesen aplicar, pues se produce una evaluación en retrospectiva con proyecciones hacia el futuro.

2.1.2. Según el evaluador:

- ❖ **Evaluación Interna:** En esta evaluación las personas que son parte de la institución son parte del proceso evaluativo, pero no fueron directamente los encargados de ejecutar el programa o proyecto. Presenta entre sus ventajas que los evaluadores conocen de manera cercana todo el proceso y como esto produce que la evaluación sea más rápida, a su vez más ágilmente se pueden establecer las mejoras necesarias en la intervención. Su mayor desventaja consiste en la subjetividad con que se puede llevar a cabo el proceso.
- ❖ **Evaluación Externa:** Es aquella que se realiza con personas que no están vinculadas ni de manera directa o indirecta con la institución ejecutora del programa o proyecto que se evalúa. Su ventaja corresponde a la mayor objetividad al momento de evaluar un proyecto en que no tienen ningún tipo de relación los evaluadores. Su desventaja, se presenta en cuanto a la extrema lejanía que pudiesen tener las personas que ejecutan este proceso.
- ❖ **Evaluación Mixta:** Esta evaluación es una combinación de las mencionadas con anterioridad, donde el proceso de evaluación lo realizan evaluadores externos e internos al programa o proyecto que se evalúa. Con esto se busca evitar las dificultades o desventajas que se presentan tanto en la evaluación interna como externa, y a su vez preservar las ventajas de ambas.
- ❖ **Evaluación Participativa:** Es aquella que considera como parte fundamental la opinión de los sujetos de intervención, como proceso de retroalimentación

del programa o proyecto ejecutado. El objetivo de este tipo de evaluación es disminuir de manera notable la distancia que tiende a generarse entre el evaluador y los beneficiarios, asimismo se utiliza principalmente en proyectos pequeños.

2.1.3. Según la Cantidad de Usuarios:

- ❖ **Evaluación de Proyectos Grandes:** Es considerado un proyecto grande o de amplia escala, cuando los usuarios del proyecto superan las 30 personas. En general, en este tipo de proyectos se recurren a estrategias analíticas y objetivas, y su lógica es predominantemente deductiva. Se utilizan técnicas de análisis cuantitativas, las cuales se pueden complementar con técnicas cualitativas.
- ❖ **Evaluación de Proyectos Pequeños:** Son denominados aquellos proyectos cuya cantidad de usuarios o población objeto es inferior a 30 personas y en el cual se sigue una estrategia principalmente cualitativa, pues su lógica de evaluación es inductiva, lo que significa que desde una realidad global se buscan las diversas articulaciones entre sujetos, grupos y comunidades que permitan la existencia de la misma.

2.1.4. Según destinatario de la evaluación:

Dependiendo del destinatario de la evaluación, pueden diferenciarse tres tipos:

- ❖ **Los Directivos Superiores:** Son aquellos que definen las políticas y establecen las prioridades entre los diversos proyectos según los objetivos que se planteen en la institución.
- ❖ **Los técnicos:** Aquellas personas que ejecutan los proyectos, por tanto llevan a la realidad los proyectos que se diseñan.
- ❖ **Los Sujetos de Intervención:** Corresponde a aquellas personas que el programa o proyecto afecta, por tanto también son los denominados usuarios del programa y cuya opinión permite mejorar la calidad del proceso de intervención.

2.1.5. Según los focos:

- ❖ **Resultados/Impacto:** En cuanto a los resultados, la evaluación puede enfocarse tanto a los resultados intermedios como finales, siempre que sea en función de los objetivos de intervención.

- ❖ **Proceso:** Algunos aspectos metodológicos del proceso que se pueden evaluar corresponden a; participación, asistencia, motivación, entre otros de los efectos que se esperaban que se produjesen con el proceso de intervención.
- ❖ **Diseño:** En este punto se valoran tópicos como la coherencia del programa y proyecto con la realidad, además de su adecuación con la política social entre sus aspectos más importantes.
- ❖ **Administración:** Esto se refiere al manejo y desarrollo que hace el equipo técnico del programa o proyecto, de modo de encontrar posibles áreas para mejorar.

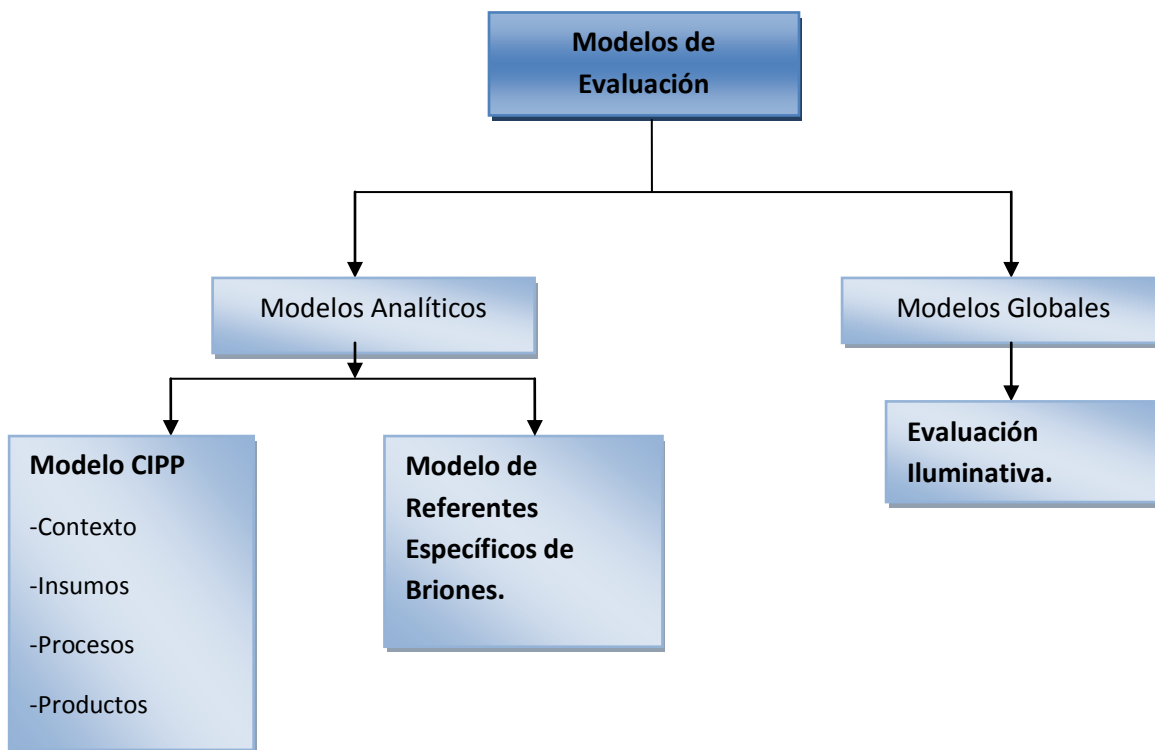
3. Modelos de Evaluación:

Un modelo de evaluación *“es un esquema o diseño general que caracteriza la forma de la investigación evaluativa que ha de realizarse, las técnicas o procedimientos para la recolección y análisis de la información, el conocimiento final que se desea obtener y los usuarios principales de los resultados del estudio”* (Briones, 2002).

Es posible actualmente diferenciar dos tipos generales de evaluación; Los Modelos Analíticos y los Modelos Globales. El primero de ellos, está relacionado con paradigmas epistemológicos explicativos y con una posición de tipo objetivista. La evaluación en este caso consiste en generar explicaciones de las formas en que opera el programa y de sus resultados (ya sea positivos o negativos) en término de alguna teoría explicativa.

En el caso de los modelos globales tienen su fundamento en paradigmas interpretativos o comprensivos, de tal manera que el objetivo final de la evaluación consiste en lograr dilucidar el significado de las acciones y actividades que se desarrollan dentro del programa. Su enfoque es global, holístico, sin referencia alguna a factores causales o variables particulares como si ocurre en el modelo anterior. Su énfasis se da en la información cualitativa, mientras que en el analítico se privilegia la información cuantitativa.

Figura Nº 15: Esquema de Modelos de Evaluación



Fuente: Elaboración propia a partir del texto *Evaluación de Proyectos Sociales (Briones, 2002)*.

3.1. Modelos Analíticos:

A) Modelos CIPP

Este modelo se generó en el campo de la educación, en especial en lo que se refiere a la denominada evaluación curricular. Su origen es 1971, cuando Daniel Stufflebeam y otros investigadores, lo crean con el fin de que la evaluación sea un “proceso destinado a delinear, obtener y proporcionar informaciones útiles para el juzgamiento o ponderación de decisiones alternativas” (Briones, 2002). El evaluador para comenzar este proceso debe resolver los siguientes problemas metodológicos que se le presentan:

- Tipo de información específica que requieren las personas que finalmente realizan el proceso de toma de decisiones.
- Procedimientos para obtener la información, organizarla, y finalmente lograr analizarla.
- Por último, el desarrollo de síntesis que faciliten la toma de decisiones.

En el modelo, a su vez, se categoriza las decisiones en cuatro grupos:

- Decisiones de Planeamiento.
- Decisiones de estructuración.
- Decisiones relativas a la puesta en marcha; y
- Decisiones de reciclaje.

El primer tipo de decisiones, es decir las de planeamiento, son aquellas posibles introducciones que hay que producir en el programa cuando se

comprueba la discrepancia que se produce entre los cambios definitivos en los objetivos y los que realmente están sucediendo en la realidad.

Las denominadas decisiones de estructura, corresponden a los diversos medios que se escogen para alcanzar los objetivos propuestos, los cuales pueden ser métodos, contenidos, presupuesto, personal, entre otros factores seleccionados.

En el caso de las decisiones relativas a la puesta en marcha, son todas aquellas que se relacionan directamente con la operacionalización, y por tanto, se produce una comparación de lo diseñado con los procesos reales que se llevaron a cabo al momento de ejecutar el programa.

Por último, las decisiones de reciclaje son todas las que permiten conocer los resultados del programa y su relación con los objetivos propuestos por el equipo creador del mismo.

Toda la información que ha de unirse para tomar decisiones, provienen de cada uno de los cuatro tipos de evaluación respectivas, que en su conjunto forman el modelo CIPP. Ellas son; Evaluación contextual, evaluación de insumos, evaluación de procesos y evaluación de productos.

En cuanto a la **evaluación contextual** consiste en la realización de un estudio exploratorio con el fin de encontrar los problemas o necesidades educativas no satisfechas en un contexto determinado, con el fin de lograr elaborar un programa instruccional o social según se requiera.

La Evaluación de Insumos busca cuantificar la cantidad de recursos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos en el programa. Además se trata de buscar la mejor manera de provechar estos insumos, de modo que la eficiencia sea algo que realmente se produzca.

La Evaluación de Procesos tiene como meta conocer si la estrategia de aplicación de insumos se aplica realmente, así como también lograr identificar los factores que puedan obstaculizar el desarrollo de los procesos instruccionales. Con esto se logra generar información a los administradores del programa, con el fin de buscar soluciones a los problemas que puedan surgir.

Para concluir la **evaluación de productos** tiene como objetivo principal cuantificar e interpretar los logros de los objetivos instruccionales, ya sea en la fase de ejecución del programa como en su finalización. Los logros van a ser medidos en comparación con las metas propuestas en el momento del diseño del programa.

B) El modelo de Referentes Específicos

Es un esquema desarrollado por Guillermo Briones, que proporciona diversas orientaciones para la evaluación de componentes específicos de un programa determinado, ya sea en el campo de la salud, educación, agricultura, social, etc. Puede ser definido como *“un tipo de investigación que analiza el contexto, los objetivos, los recursos, el funcionamiento, la población y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se puedan derivar criterios útiles para la toma de decisiones en diversos niveles del programa”*. (Briones, 2002).

Dentro de este modelo existen una serie de focos a evaluar, los cuales producen un sello distintivo en el mismo. Estos son la evaluación del contexto, de los objetivos, los recursos, del funcionamiento, de la población y los resultados.

- **Evaluación del Contexto:** Esta se refiere al ambiente físico, económico, social y político en que se lleva a cabo el programa, pero en cuanto a la delimitación exacta de cada uno de estos ambientes no es fácil de desarrollar. Comúnmente para realizar esta evaluación se produce una comparación de los objetivos del programa con las necesidades reales que son manifestadas por la población.
- **Evaluación de los objetivos:** Un objetivo consiste en plantear un estado deseable que se quiere alcanzar con el proceso de intervención ejecutado por un programa o proyecto determinado, mediante el uso de los recursos y procedimientos que se estimen pertinentes. Para lograr evaluar los objetivos se deben considerar los siguientes aspectos; Claridad, adecuación con las necesidades de la población, vigencia, jerarquía, tiempo de logro, entre otros.
- **Evaluación de los recursos:** Los recursos de un programan están conformados por el personal directivo, administrativo, técnico y los recursos financieros y físicos con los que se cuenta.
- **Evaluación del funcionamiento:** Son todos aquellos procesos que son desarrollados por el programa. Estos procesos se agrupan en dos grandes categorías: procesos relacionados con el desarrollo del programa y procesos que se ejecutan para producir cambios en los objetivos del programa.
- **Evaluación de la población:** En primer lugar es indispensable reconocer si se va a estudiar la población objeto- directa o la instrumental, para luego proceder a describir características demográficas, motivacionales, creencias, hábitos, idiosincrasia, etc.
- **Evaluación de resultados:** Son considerados resultados todos aquellos cambios que se producen en la población objeto o en el contexto físico- social en la cual se desarrolló el programa. Estos resultados pueden tener directa relación con los objetivos planteados o pudiesen no estar previstos dentro del

proceso de intervención, son de carácter positivo como negativos y es importante lograr identificarlos.

Mediante este último proceso se puede conocer tanto la situación inicial de la población como también la resultante luego del proceso de intervención. Lo que además implica cierta calidad en el proceso desarrollado que tiene porque ser la que se estimaba realizar.

Dentro de este proceso existen criterios asociados a los resultados y permiten medir los mismos, ellos son:

- **Efectividad:** Relación entre el resultado y la meta planteada dentro del objetivo.

$$\text{Resultado} / \text{Meta}$$

- **Eficacia:** A igual que el anterior se relaciona el resultado con la meta planteada, pero además se adiciona la variable tiempo.

$$\text{Logro} \times \text{Tiempo programado} / \text{Meta} \times \text{Tiempo real}$$

- **Eficiencia:** Puede ser asociada a la eficacia, no obstante, suma como factor importante los valores del programa.

$$\frac{\text{Logro} \times \text{Tiempo programado} \times \text{Costos programados}}{\text{Meta} \times \text{Tiempo real} \times \text{Costo real}}$$

3.2. Modelo Global:

Evaluación Iluminativa

Este modelo tiene su origen en las experiencias evaluativas llevadas a cabo por M. Parlett en el Instituto de tecnología de Massachusetts y luego continuado por D. Hamilton en la Universidad de Edimburgo en el Reino Unido. En sus inicios tenía como fin lograr evaluar los cursos en la educación superior ligados a los campos de psicología y educación.

Según lo manifestado por Parlett, quienes iniciaron este sendero “*tenían relativa falta de interés en la formulación de objetivos, escepticismo frente a los procedimientos estadísticos, deseo de emplear los denominados “métodos subjetivos” (tan usados por historiadores y etnógrafos) y un interés primario en la función de información que cumple la evaluación más que en sus usuales funciones de inspección o calificación*” (Ahumada, 1990). Por tanto, este nuevo modelo que surge se apoya en el paradigma subjetivo, el cual favorece la utilización de información cualitativa y busca la interpretación de los procesos más que relaciones causales entre los mismos.

Las principales características que presenta este modelo evaluativo se presentan de la siguiente manera;

Es **holístico**, por cuanto se interesa en evaluar de manera global. Se pretende describir el conjunto de contextos en donde se opera, buscando siempre la posibilidad de relaciones entre estos contextos, para lograr comprender la totalidad del cual forman parte.

Es **hermenéutico**, debido a que se interesa tanto en el lenguaje como la expresión de los significados que tienen los programas para las personas involucradas. Por consiguiente, según lo que la población objeto opine del programa será considerado bueno o malo para sus requerimientos.

Interpretativo, ya que se fundamenta principalmente en técnicas cualitativas y etnográficas para describir los significados que tienen el programa o proyecto para los sujetos involucrados.

La evaluación es **iluminativa**, por cuanto busca “iluminar” las áreas oscuras del programa para lograr comprenderlo mejor, lo que significa que se entrega una cantidad importante de datos sobre distintas áreas que antes se encontraban ocultas.

Es **sensible**, en el sentido que tiene una importante preocupación por responder a las dudas de cada uno de los diferentes actores que se ven involucrados en el programa. Se busca mediante los resultados lograr generar respuestas satisfactorias a todas las preguntas que se puedan generar, de modo de iluminar esas zonas oscuras.

Estas características del modelo generan una serie de ventajas entre las que se encuentran la posibilidad de tomar en cuenta el conocimiento popular y sentido común, favorece el conocimiento en profundidad, entrega gran cantidad de información, entre otras que posibilitan que el conocimiento surja de los propios sujetos que participan en el programa.

Por consiguiente la evaluación iluminativa que generalmente se aplica a pequeña escala, tiene como finalidad contribuir a la toma de decisiones mediante informaciones, comentarios y análisis que permitan aumentar el conocimiento del programa evaluado por equipo externo o interno al programa.

4. Importancia de la Evaluación de Programas Sociales:

Como señala Guillermo Briones “*La evaluación de programas sociales es un tipo especial de investigación aplicada, cuyo objetivo justificativo es entregar información útil para la toma de decisiones*” (MIDEPLAN, 1995). Por esta razón la evaluación se transforma en una parte fundamental del desarrollo de un programa,

en cuanto sus resultados propician mejoras en el proceso de intervención y genera nuevo conocimiento que aumenta la efectividad de las acciones.

En el caso de Rocío Fernández- Ballesteros complejiza aún más la definición, señalando que la evaluación de programas sociales *“puede ser definida como un conjunto de conocimientos teóricos y metodológicos que han venido siendo desarrollados en los últimos treinta años conformando un ámbito de aplicación de las ciencias sociales para dar respuesta a la necesidad de enjuiciamiento de ciertas políticas (tanto públicas como privadas) y con el fin de que ellos redunde en beneficio de la intervención social y, por ende, en el ciudadano”* (Ballesteros, 1996).

Este beneficio en la intervención social producto de la evaluación, queda claramente demostrado al momento en que se favorece el cumplimiento de los objetivos propuestos, se mejora la calidad de los resultados esperados y se aumenta la eficiencia interna del programa, es decir, la relación que se da entre insumos y resultados. Asimismo, se podrá redefinir la población objeto del programa y finalmente, se podrán controlar la aparición de resultados no esperados, en especial aquellos que sean negativos para el funcionamiento.

Es importante mencionar que el llevar a cabo un programa social generará efectos en la comunidad, entiéndase este término como *“las consecuencias o situaciones que se producen por el haber logrado los objetivos del programa”* (MIDEPLAN, 1995), es decir todas las acciones que se realicen, sin importar que tan exitoso fue el programa, de alguna manera genera cambios en la población objeto.

Además cabe destacar que los programas y los proyectos sociales son la traducción operacional de las políticas sociales, por tanto la formulación y la evaluación de estos, son trascendentales en el proceso de asignación de recursos, lo que a su vez favorece el proceso de racionalización del gasto público de un país. Una nación que no contemple dentro del proceso de generación de programas, la evaluación de los mismos, no sabrá nunca que tan efectivo es este y si los recursos logran realmente satisfacer las necesidades de la población.

En el caso de Latinoamérica, en especial de Chile, se ha optado por desarrollar políticas sociales de carácter focalizado, es decir, se dirigen principalmente al sector más vulnerable de la población. En el caso que los programas y proyectos que se llevan a cabo desde la política social no sean efectivos, se favorecerá la mantención del estado de deprivación en que se encuentran sus beneficiarios, y por consiguiente, los recursos serán desperdiciados. En base a esto, es que desde algunas décadas se ha hecho

fundamental, en especial en el país, el evaluar cada uno de los programas que se implementan.

Por tanto, es importante mencionar que la evaluación de programas favorece que se cumpla el objetivo de las políticas sociales, o sea, sean realmente un mecanismo de redistribución de recursos que logren compensar las desigualdades sociales, ya que tienen como meta mejorar las condiciones de vida de la población. La evaluación de los programas y proyectos que se implementan permiten conocer la relación que se produce entre recursos y cumplimiento de objetivos, lo que a su vez coadyuva en el proceso de mejora en futuras intervenciones.

En el caso de las actuales políticas sociales que se implementan en el país, y cuya finalidad como ya fue nombrado es mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, tienen dentro de sus objetivos el lograr que los sujetos destinatarios de la política social no sean meros receptores de la misma, sino que además formen parte activa de esta, a través de diversos procesos de empoderamiento que ayuden a que los participantes de los diversos programas que actualmente se llevan a cabo, a que sean parte tanto del proceso de diseño, implementación y evaluación, lo que a su vez ayuda a mejorar la efectividad de los mismos. Con esto se busca que los sujetos no sean entes pasivos en su proceso de mejora de la calidad de vida, lo que genera dependencia al sistema, por el contrario se intenta que estos sean capaces de generar cambios reales en sus vidas con el apoyo del estado pero siendo ellos los principales actores en esta transformación.

Por consiguiente, el lograr evaluar proyectos sociales no solo por parte del equipo técnico, sino además por los actores sociales receptores de la política social, ayuda a propender una mayor participación de los sujetos que muchas veces sienten ajenos los cambios y políticas que se realizan en su entorno. Además, cabe destacar que esta necesidad por la inclusión de los diversos actores de los programas y proyectos sociales, nace debido a lo vital que se hizo en la década de los 90 para lograr justificar las acciones que se llevaban a cabo en materia social, y cuyo gasto es cada vez más elevado, tiene realmente un efecto en las personas; lo que a través de su participación logra coadyuvar a generar un sentimiento de participación activa en las transformaciones de la realidad, y por tanto una mayor adherencia a las actividades en que se ejecutan.

Desde la perspectiva profesional muchas veces el Trabajo Social es encasillado dentro del proceso de ejecución de la política social, siendo parte activa de los programas, sin lograr comprender que el bagaje teórico que manejan los profesionales les permite diseñar, ejecutar y lograr evaluar en conjunto con las

personas lo que se lleva a cabo. Siendo estos en general, precursores de la participación y empoderamiento de los sujetos considerados antiguamente como meros entes receptores de la política social, y que actualmente se busca que sean quienes logren ayudar a conocer la efectividad de las acciones que se llevan a cabo tanto por parte de organismo estatales como privados.

II. Salud

1. Concepto de Salud

A nivel mundial el concepto de salud más aceptado corresponde al desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quién en su carta constitucional de 1946 lo definió como, *“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”*, esta definición se diferencia de las que hasta ese momento se habían realizado, en que no solo abarca la salud en términos de la ausencia de afecciones o incapacidades, es decir en términos negativos, sino también refiere un completo estado de bienestar físico, psicológico y social, comprendiendo que el ser humano es biopsicosocial, y por tanto sus aspectos relacionales y subjetivos afectan de manera directa su estado de salud.

A pesar de ser el concepto más aceptado por los organismos de salud, aún existen críticas con algunos aspectos de su definición, en cuanto a que explica la salud como algo estático, su definición es subjetiva, ya que no expresa los aspectos objetivos de la salud y tienden a equiparar los términos salud con bienestar, lo que no siempre es así. No obstante las numerosas divergencias que puedan existir respecto a su validez, sigue siendo uno de las definiciones más reconocidas a nivel mundial, y fue en base a esto que en 1974 M. Lalonde, entonces ministro Canadiense de Sanidad, construye un modelo que es considerado clásico para establecer cuáles son los determinantes del estado de salud de las personas. *“Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro subsistemas: La biología Humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria* (Aguilar, 2001).

Son estos mismos determinantes los que en el año 2005 fueron ocupados por la OMS para establecer la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, la cual tenía como fin mitigar los efectos de los mismos. *“En el informe final de la Comisión, publicado en Agosto del 2008, se proponen tres recomendaciones generales: Mejorar las condiciones de vida cotidiana, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y medición y análisis del problema”* (OMS, 2013a). Pues, son estos los que explican la mayor parte de las inequidades

sanitarias, es decir, las diferencias evitables observadas en y entre los diferentes países en lo que respecta a sus prestaciones de salud a la comunidad.

2. Salud Bucal

Es menester comenzar señalando, que la salud bucal es un *“componente indispensable de la salud en general, ya que influye positivamente no solo en el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicaciones y relaciones sociales) de las personas”* (MINSAL, 2013c). Para la Organización Mundial de la Salud, la salud bucodental es explicitada como *“la ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer a la boca, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental, pérdidas de dientes y otras enfermedades”* (OMS, 2013b) que provocan trastornos y deterioración de la cavidad bucal y sus diversos componentes.

Por consiguiente, el estado de completa normalidad anatómica y/o funcional de la cavidad bucal permitirá que las personas puedan realizar actividades cotidianas como masticación y trituración de los alimentos, pronunciar bien las palabras, conservar la forma correcta de su rostro, buena salud en general, lo que se asocia a los aspectos sociales y psicológicos que son parte fundamental de la identidad de todo ser humano. Lo anterior conlleva que tanto la dentadura temporal (Compuesta por 20 piezas) en los niños y la permanente (32 piezas dentales) en adultos se encuentren sin ningún tipo de alteración que propicie el cumplimiento de las actividades mencionadas con anterioridad.

Otro aspecto es indispensable dar a conocer, corresponde a aquellas afecciones de la cavidad bucal como la pérdida de dientes, las lesiones de las mucosas bucales, caries, manifestaciones del VIH/SIDA en la cavidad bucal o los traumatismos dentales, que con tanta regularidad se producen en los niños y niñas, se han transformado en un problema de salud pública que no solo afectan al individuo sino también a la sociedad quién debe velar por garantizar un acceso equitativo y de calidad a tratamientos para evitar y paliar las enfermedades ya mencionadas, para que las personas puedan mantener una capacidad funcional y calidad de vida acorde a sus propias necesidades.

El reflejo de como un país es capaz de brindar una salud oral de calidad y que tenga entre sus ejes de acción tanto la promoción, prevención y tratamiento eficaz, es que sus miembros accedan a estos servicios sin mayor complejidad, permitiendo en la población adulta un desarrollo integral que facilite el acceso al mercado laboral y en el caso de niños y niñas, esta problemática no interfiera en sus estudios y crecimiento normal, sino más bien sea un factor que favorezca su proceso de inserción social y aprendizaje continuo, puesto que en los primeros

años de vida es la boca un motor fundamental en las relaciones que logran establecer.

En cuanto a la relación directa que existe entre la Salud Bucal y la Salud General, se encuentra actualmente demostrado mediante evidencia científica que *“la cavidad bucal es el primer lugar donde se pueden diagnosticarse enfermedades como por ejemplo, deficiencia de vitamina B-12, cáncer oral, desórdenes alimenticios y los primeros signos clínicos de VIH”* (MINSAL, 2013c), por consiguiente, el estar en constante monitoreo sobre la salud bucal de las personas puede ayudar a detectar precozmente enfermedades que requieren de una atención oportuna.

En lo que tiene directa relación con los estilos de vida saludable, el consumir una dieta rica en azúcares y una alimentación poco saludable, además del consumo del tabaco, serían factores que propiciarían que los individuos padezcan enfermedades como las caries y periodoncia, por tanto el intervenir en los hábitos de la población, sobre todo en edades tempranas, mejora su salud bucal durante todo su ciclo vital.

A modo de concientización sobre la importancia que tiene mantener una buena salud oral, con hábitos higiénicos constantes, se manifiestan entre las consecuencias de las caries dentales; Incidencia en enfermedades gastrointestinales, baja autoestima en los niños y niñas, bajo niveles de desarrollo integral, ausentismo y deserción escolar, posibilidades reducidas de integración escolar, riesgo de enfermedades crónicas y muerte. Por consiguiente, es primordial como sociedad el lograr brindar una salud oral de calidad a los miembros de la misma, a modo de equipar las oportunidades de crecimiento personal en cada una de las personas.

3. Desarrollo humano y salud

3.1. Infancia Temprana:

La niñez temprana se caracteriza porque los niños/as adelgazan y crecen con mayor rapidez que en otras etapas. Esta comienza desde los tres años y dura hasta alrededor de los seis. Tienden a crecer de entre cinco y siete centímetros por año y aumentan entre 1,8 y 2,7 kilos en este mismo período. Para lograr los estándares mencionados es fundamental el que exista una buena nutrición, así se evitan problemáticas como son la desnutrición u obesidad infantil que afectan a la población mundial en general.

La posición socioeconómica de alguna manera determina los riesgos de sufrir enfermedades, lesiones y hasta la muerte del niño o niña, producto de que para las enfermedades que los pueden afectar no poseen los servicios médicos y

dentales a fin de lograr solucionarlas. Además muchos de los servicios médicos con que cuentan los grupos más vulnerables de la población infantil no son de la calidad requerida para sus necesidades.

En esta etapa donde los niños/as tienen un tipo de razonamiento transductivo, el autoconcepto comprendido como *“la imagen total de nuestros rasgos y capacidades. Es una construcción cognoscitiva...un sistema de representaciones descriptivas y evaluativas acerca del yo”* (Papalia D. , 2010). Este denominado sentido del yo tiene un aspecto que se encuentra dado por lo social, donde los niños/as incorporan cómo los demás los ven. Lo que a su vez se va haciendo más claro a medida que ellos adquieren las capacidades cognoscitivas, en donde una autoestima alta provoca que este se sienta motivado al éxito.

Es necesario destacar que esta autoestima que también se ve condicionada por la sociedad en donde el niño crezca y está dada en gran parte por los rasgos físicos observables del menor, el cual al tener que formar su autoconcepto y realizar procesos de descripción tiende a nombrar aquellos rasgos que son más fáciles de observar como son su altura, contextura, color de pelo, ojos y dentadura, entre otras.

3.2. Infancia Intermedia:

En esta etapa que sucede a la infancia temprana, se observan grandes cambios en los niños/as, principalmente los referidos a los físicos, donde de los seis a los once años comienzan a parecerse cada vez más a los adultos. Crecen entre cinco y siete centímetros y medio y casi duplican su peso. Uno de los tópicos de interés que se han hecho fundamentales con respecto a la salud es la obesidad, puesto que las cifras son cada vez más altas, lo que merma el autoconcepto positivo que puede tener un niño/a con respecto a su imagen física.

Esta enfermedad que afecta con alta prevalencia en los menores tiende a provocar disfunciones de tipo social, en cuanto a su integración al grupo de pares, lo que a su vez conlleva a que presenten problemas de conducta, depresión y baja autoestima. En base a esto, es visualizable la importancia que tiene la autoimagen en la construcción de relaciones sociales, la cual no solo está dada por la contextura física sino también por aspectos que tienen mayor valor para ellos.

En relación a su desarrollo cognoscitivo, de acuerdo a Piaget, alrededor de los siete años los niños y niñas *“entran en la etapa de las **operaciones concretas** en la que pueden realizar operaciones mentales, como el razonamiento, para resolver problemas concretos (reales). Los niños piensan de manera lógica porque ya son capaces de considerar múltiples aspectos de una situación.”* (Papalia D. ,

2010). A pesar de esto, el pensamiento de los niños/as aún se encuentra delimitado a situaciones del presente.

Otro aspecto a considerar es el cambio en el tipo de pensamiento, avanzando desde el transductivo al inductivo, lo que significa que a partir de observaciones particulares a objetos, personas, animales, etc, son capaces de realizar conclusiones generales. Sin embargo, no es hasta la adolescencia que logran desarrollar el razonamiento deductivo, el cual requiere de una mayor complejidad para ellos.

En base al crecimiento cognoscitivo que se tiene lugar en esta etapa de desarrollo *“permite a los niños desarrollar conceptos más complejos de sí mismos y mejorar la comprensión y el control emocional”* (Papalia D. , 2010). Lo que se debe a que los niños/as son capaces de comparar su yo ideal con el real, lo que a su vez contribuye a la consolidación de su autoestima.

Los grupos de pares en esta etapa son cada vez más importante en su desarrollo, puesto que tienden a pasar mayor cantidad de tiempo en la escuela, casas de amigos y otras actividades de recreación que de alguna manera reduce el tiempo de convivencia en su hogar. A pesar de esto, son los padres aún pilares fundamentales en sus vidas y la atmósfera dentro del hogar determina su conducta.

3.3. Adolescencia:

La adolescencia reconocida como construcción social para denominar la etapa de transición entre la niñez y la adultez, conlleva una serie de cambios y trastornos de tipo individual, familiar y societal que son causadas por las transformaciones tanto a nivel físico como psicológico por las que transita el adolescente en su progreso a la adultez. El cambio más importante en esta etapa es la pubertad, la cual finaliza con la madurez sexual o fertilidad del adolescente. Este período comprende desde los trece años del joven hasta diecinueve o veinte años aproximadamente.

En esta transición se producen una serie de cambios físicos que manifiestan el final de la niñez, se da por ejemplo un *“rápido crecimiento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual”* (Papalia D. , 2010). Las características sexuales primarias llegan a etapa de madurez y las características sexuales secundarias demuestran los primeros signos de la pubertad en el adolescente.

La salud física del adolescente ya no sólo se ve afectada por problema de obesidad, sino que también problemas de salud mental afectan su alimentación e imagen de sí mismo, es aquí donde aparecen principalmente trastornos

alimenticios como es el caso de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, las cuales se transforman en una amenaza para la vida de los/as jóvenes que padecen esta enfermedad. Su imagen corporal es distorsionada y sólo bajo la ayuda profesional mediante terapia pueden lograr superar esta situación que afecta alrededor de un 2% de la población mundial.

En el caso de la relación con sus pares, esta se ve cada vez más fortalecida, lo que de alguna manera produce un alejamiento con la familia, en el proceso de la denominada individuación, la cual se basa en la búsqueda del identidad del adolescente para lo cual reclama su autonomía. Los adolescentes a través de las amistades logran el apoyo emocional en esta compleja transición y apoyo en algunas de las conductas que los padres reprueban.

Es indiscutible que la tendencia de individuación y autonomía de los jóvenes se enfrente a la necesidad de los padres de proseguir con el proceso de socialización, iniciado en la niñez y que se justifica en la falta de madurez socio-psicológica importantísima para la estabilidad emocional y el proceso de internalización de a las reglas de la comunidad en que el adolescente se encuentra inserto. Pero asimismo, se deben generar los espacios para que el adolescente logre generar una autoimagen adecuada de él y fortalecer su autoconcepto.

Lo anterior es trascendental, pues una autoestima alta en el joven permitirá que logre consolidar relaciones con sus pares y de esta manera se desarrolle con normalidad, lo que está dado en gran medida por características de su aspecto físico y la valoración que crea que los demás tienen sobre él, es decir lo que se denomina su popularidad dentro de un grupo.

4. Salud Bucal en Infancia y Adolescencia

Como ya es conocido, la salud bucal de la población en Chile ha mejorado notablemente, no obstante aún existe una alta prevalencia de patologías orales, que afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas. Esto queda demostrado en diversos estudios que comprueban que poseer una dentadura completa y una buena salud bucal favorece la inserción de las personas al campo laboral.

En el caso específico de los niños, niñas y adolescentes, mediante la Encuesta Nacional de la Calidad de Vida, se pudo conocer que un 37% de los adolescentes mayores de 15 años manifestaron que su salud bucal afecta siempre o casi siempre su calidad de vida. Lo que demuestra lo trascendental que es esta temática en la actualidad, donde se vive en una sociedad en la cual la imagen es cada vez más importante.

A nivel mundial es común la aparición de enfermedades bucales, en donde según datos de la OMS (2003) el 60- 90 % de los escolares de países desarrollados y la gran mayoría de los adultos sufren de caries y problemas con sus encías. Estas enfermedades están relacionadas con estilos de vida poco saludables y hábitos higiénicos deficientes. Lo que queda demostrado en el apartado anterior, donde se da a conocer que un gran número de niños y niñas de la población mundial sufre de obesidad, en parte por el consumo de azúcar que propicia a su vez la aparición de caries en este grupo etario.

Además, cabe destacar que el poseer enfermedades en la cavidad bucal implica que *“Las personas con una salud bucal deficiente, pueden experimentar dolor y molestia, discapacidad funcional, baja autoestima e insatisfacción con su aspecto. Gran parte de la carga de las enfermedades dentales recae en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente”* (OCDE, 2007). Por tanto, el poseer una mala salud oral implica también una autoestima deficiente y que en etapas como la infancia y adolescencia puede provocar una serie de trastornos en su salud mental.

Lo anterior se debe a que en estas etapas del ciclo vital el autoconcepto se forma principalmente, como ya fue expuesto con anterioridad, en relación con las demás personas, es decir, como cree el niño que los demás los ven. En base a esto, se infiere que una mala salud bucal disminuye no solo la autoestima sino también la forma en que el niño, niña y adolescente se relaciona con su medio social, lo que puede provocar aislamiento.

Pues una *“autovaloración personal especialmente negativa puede aumentar nuestra vulnerabilidad a determinados trastornos y enfermedades, y tener repercusiones importantes en nuestra salud, tanto física como psicológica. La autoestima puede vincularse a patologías y manifestaciones tan diversas la depresión, la ansiedad, la anorexia, el insomnio, trastorno de personalidad, la inestabilidad emocional, el retraimiento social”* (Prieto, 2012). Por este motivo la salud bucal se vuelve fundamental en el desarrollo óptimo de los niños, niñas y adolescentes que tienden a basar su autoconcepto en base a rasgos físicos y características visibles como es su dentadura y otros aspectos de importancia.

5. Salud Pública y Atención Primaria de Salud (APS)

Se entiende la Salud Pública como *“el cuidado y promoción de la salud aplicados a una población o a un grupo preciso de la población”* (Médicos, 2013). Esto significa que la salud no solo incluye cuidados curativos y paliativos, sino también áreas de promoción y prevención. Natalio Kisnerman comprende toda acción sanitaria, *“como un conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir cinco funciones básicas:*

promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y reubicación social de los enfermos” (Kisnerman, 1990).

En referencia a lo que significa Atención Primaria de Salud, este concepto quedó establecido en la Conferencia de Alma Ata, el cual fue ratificado las principales autoridades sanitarias de 140 países, y la define como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del cual constituye un núcleo central y el núcleo principal, como el desarrollo económico y social global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar en donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Aguilar, 2001).

Esta definición sobre la Atención Primaria de Salud, se caracteriza porque da a conocer el carácter integral de la atención prestada, hay una comunicación constante y permanente con las familias y comunidades respectivas, pues se busca la plena participación de estos grupos con el objetivo lograr fomentar la autorresponsabilidad y autogestión de la comunidad en temas sanitarios, los cuales son primordiales en su desarrollo. Además en la APS se realiza un trabajo multisectorial y multidisciplinario constante, con el fin de mejorar la calidad de las atenciones brindadas a sus pacientes, quienes no son meros receptores de la ayuda, sino pasan a conformar parte fundamental de su recuperación.

Otra variable importante dentro de los servicios de salud es la Promoción de la Salud, la cual posee cinco grandes áreas de trabajo: La elaboración de políticas favorables a la salud, la creación de medio ambientes saludables, el desarrollo de aptitudes individuales, potenciación de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios sanitarios. En el caso de Chile, cada una de estas áreas son trabajadas constantemente para mejorar las prestaciones brindadas a los usuarios, motivo por el cual se crearon los nueve objetivos sanitarios 2011- 2020⁸.

⁸ MINSAL (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios de la década 2011- 2020*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

6. Participación Comunitaria en Salud

Para lograr comprender que es la participación comunitaria en el área de salud, se requiere en un primer momento aclarar conceptos claves que facilitaran el entendimiento acerca de la importancia que tiene la comunidad en la salud de las personas. Es por esto que el término Participación, es fundamental como punto de partida, éste *“procede de latín participare, que está compuesta de la raíz pars (parte) y del derivado capere (tomar). Como indica la etimología del término, participar significa “tener parte”, tomar parte de algo”* (Aguilar, 2001). Muchas veces es utilizado en el ámbito de las ciencias políticas pero en la actualidad no es exclusivo de las mismas.

Los procesos de participación en Chile comienzan con la modernización en los noventas del aparato estatal, para esto se realizan una serie de reformas que buscan dar solución a algunas prácticas obsoletas dentro de la gestión pública, lo que a su vez produjo una consolidación de la democracia que recién se comenzaba a desarrollar en el país. Se convirtieron en ejes orientadores principios como la satisfacción usuaria y la equidad que hasta antes de esa época no eran trascendentales.

El ministerio de Salud (MINSAL) siguiendo las premisas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define en 1993 la participación en salud como: *“La intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias, en la tarea de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud”* (Anigstein, 2008). Con eso queda claro que la participación ciudadana no solo se da en ámbitos políticos y es en el año 2009 donde se producen más avances con respecto a este tópico, pues con la política sectorial para la Participación Ciudadana en Salud, la cual forma parte importante de la denominada Agenda Pro Participación ciudadana, se desea fortalecer el derecho ciudadano a la información pública, gestión pública participativa, fortalecimiento de la sociedad civil y no discriminación y respeto a la diversidad como ejes programáticos de las políticas sociales y públicas que se desarrollan.

En lo que refiere a la salud comunitaria, la OMS, en su manual de educación sanitaria en atención primaria da significación a comunidad como *“las personas que comparten intereses comunes y que se sienten unidas. En una comunidad, la gente suele compartir valores comunes, una historia y unos antecedentes comunes, y aceptan ciertas formas de conducta como normales para todos sus miembros. También podría decirse que la gente que pertenece a una cierta religión o que tiene las mismas creencias políticas forma una comunidad. Una comunidad, por tanto, no es lo mismo que una zona geográfica. La comunidad está formada por gente, no por tierras, aunque sus miembros suelen saber dónde se encuentran los límites de las tierras que pertenecen a la*

comunidad” (Aguilar, 2001). En esta definición se da mayor claridad con respecto a las diferencias entre una comunidad y un espacio geográfico, debido a que para que este último se transforme en una comunidad las personas necesitan sentirse identificados con el lugar.

Con todo el bagaje teórico que se ha expresado con anterioridad, ahora es posible dar a conocer una definición de Participación Comunitaria, la que puede comprenderse como: *“El proceso social en virtud del cual grupos específicos de población, comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, toman decisiones y establecen mecanismos para atenderlas”* (Aguilar, 2001).

La participación social es un proceso porque no es algo que se dictamine u obligue, no es lineal ni predecible, sino por el contrario está lleno de subjetividades y los intereses de los actores que participan activamente en él. Para que este proceso sea comunitario requiere necesariamente de que un grupo de personas fijen un objetivo común y actúen para poder lograr esa finalidad deseada.

Para que la participación en el ámbito de la salud sea realmente efectiva se requiere que sea sostenida, consciente, organizada, deliberante, responsable y activa, lo que a su vez conllevará que los usuarios del sistema de salud sean parte de los beneficios, de las actividades, de la ejecución y hasta en la planificación de los programas de salud que los afecten directamente.

En la actualidad se reconocen seis niveles de participación comunitaria en Salud, según lo planteado por Aguilar M (2001):

- Participación como oferta/ invitación; siendo esta la más baja de todas y en la cual se pretende que las personas opinen sobre decisiones que ya fueron tomadas con anterioridad.
- Participación como consulta; cuando las personas responsables de diseñar y ejecutar un programa deciden consultar con motivos de sugerencias o para que la comunidad exprese sus opiniones.
- Participación por delegación; que ocurre cuando a un organismo o persona se le atribuye la responsabilidad de tomar decisiones.
- Participación como influencia/ recomendación; la cual se da a través de la generación de propuestas para que puedan ser llevadas a cabo por las personas correspondientes.

- Participación como cogestión; es una de las casi máximas formas de participación y corresponde al establecimiento de mecanismos de codecisión por los cuales la participación se transforma de manera institucionalizada y reconocida por todos los actores.
- Autogestión; en la cual como la palabra lo dice, se trata de gestionar por uno mismo, es decir, en este nivel de participación cada individuo interviene directamente en la toma de decisiones conforme a las reglas establecidas conjuntamente por todos los actores involucrados.

A modo de resumen, cabe destacar que dentro de los objetivos que plantea la participación social en salud, primero se encuentra que la participación es un derecho y un deber que la población debería ejercitar, interviniendo de manera directa sobre las decisiones que afectan su cotidianidad, lo que favorece tanto su autoestima y la autorresponsabilidad, dando sentido de que la salud es un derecho inherentemente humano y un elemento fundamental de la llamada justicia social. Por tanto, la participación comunitaria como principio es un valor intrínseco al crecimiento y desarrollo del sistema sanitario.

La participación de la comunidad, puede además contribuir de manera directa en la movilización de recursos que coadyuven a utilizar estos en otras necesidades que logren que la atención de salud sea más accesible. Además, la participación genera consciencia sobre que los principales cuidadores de su propia salud son las personas, quienes mediante estilo de vidas saludables favorecen que no se produzcan enfermedades de diversa índole.

El participar activamente en las decisiones de planificación y ejecución de programas de salud, permite que las acciones que se realicen tenga directa relación las necesidades existentes en la población y no sea como ocurre con muchas políticas sociales que no tienen ver con la realidad de las personas, por tanto se vuelven ineficaces y son recursos perdidos por el estado. En base a esto, cabe destacar la importancia del empoderamiento que se pueda generar dentro de una comunidad como medida preventiva de diversas enfermedades.

7. Teoría del Empoderamiento (Empowerment):

El concepto de “empowerment” fue acuñado en 1977 por Julián Rappaport. Literalmente se traduce al castellano como “empoderar”, es decir, dar o dotar de poder. Sin embargo, esta definición no capta la significación completa que le confiere su creador, es por ello que el empowerment en su sentido más amplio se entiende como “potenciación o fortalecimiento”.

Para Rappaport, la potenciación *“es el proceso por el que las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio de sus vidas”*

(Rappaport, 1981 citado en Musitu & Buelga, 2004). Mientras que Montero (2006), utiliza el término fortalecimiento, para referirse al proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados), desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos.

De las definiciones anteriores se desprende que la dotación de potenciación o fortalecimiento está compuesta de dos estructuras básicas, que son la autodeterminación individual y la participación en la vida comunitaria. La primera se relaciona con el sentido de control sobre la propia vida, mientras que la segunda *“se vincula a la participación por medio de estructuras tales como las escuelas, el vecindario y otras organizaciones de la comunidad como grupos de voluntariado, grupos de autoayuda, etc”* (Musitu & Buelga, 2004).

Otra característica de la teoría, importante de mencionar, es la planteada por Marc Zimmerman, quien establece la necesidad de diferenciar niveles, procesos y resultados de empoderamiento. *“Al respecto distingue tres niveles, que son el individual, el organizacional y el comunitario y advierte en cada uno de ellos dos aspectos, que son proceso y resultado”* (Martínez & Silva, 2004). Dichos aspectos, varían a lo largo de los diferentes niveles, de la siguiente manera:

Figura N° 16: Comparación mediante los niveles de los procesos de potenciación y los resultados.

Nivel de análisis	Proceso de potenciación (empowering)	Resultados de la potenciación (empowered)
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de habilidades para la toma de decisiones. • Manejo de recursos. • Trabajar con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de control. • Conciencia crítica. • Comportamiento participativo.
Organizativo	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para participar en la toma de decisiones • Responsabilidades compartidas. • Liderazgo compartido 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia efectiva en manejo de recursos. • Redes de trabajo: coaliciones entre organizaciones. • Influencia política.
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a recursos de la comunidad • Apertura de estructuras mediadoras • Tolerancia a la diversidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaliciones organizativas • Liderazgo plural. • Habilidades participativas de los residentes en la vida comunitaria.

Fuente: Zimmerman 2000, citado en Musitu & Buelga, 2004.

La distinción realizada por Zimmerman, adquiere relevancia debido a que la realidad de las personas está condicionada en función de estos niveles, lo que permite *“comprender por qué ciertos aspectos organizacionales, políticos o económicos tienen un peso específico para adquirir, o en contraposición, para inhibir, los procesos de control y de dominio (empowerment)”* (Musitu & Buelga,

2004). Así también, este autor defiende la idea que existe una influencia mutua entre los distintos niveles, de esta manera el fortalecimiento de un determinado nivel, se relaciona directamente con la potenciación de otro. Un claro ejemplo de esto, es *“el desarrollo de organizaciones participativas y responsables que es consecuencia de procesos potenciadores en el nivel individual, constituyendo al mismo tiempo la base desde la cual es posible el desarrollo de comunidades competentes. Resulta difícil imaginar una comunidad o una organización fortalecida con personas sin un conocimiento crítico de la realidad o sin habilidades o capacidades para controlar sus propias vidas. Tanto los procesos como los resultados que se generan en un nivel contribuyen a potenciar los subsiguientes”* (Musitu & Buelga, 2004). .

La carta de Ottawa de 1986, señala que la promoción en salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Asimismo, la OMS (1990) complementa la definición mencionada, concibiéndola como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

A partir de las definiciones presentadas, se desprende que existen elementos referidos a la teoría del empoderamiento que aparecen implícitas en el concepto de promoción en salud. Para que existan procesos de empoderamiento se requiere promover *“la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia la meta de aumentar el control individual y comunitario, logrando eficacia política, mejora de la calidad de vida comunitaria y justicia social”* (Wellerstein 1992, citado en Málaga & Castro, 2001). Lo anterior, genera la *“formación de un capital social caracterizado por la organización social, como redes, normas y confianza social que facilita la coordinación y cooperación para el beneficio mutuo”*. (Coleman 1988, citado en Málaga & Castro, 2001)

En este sentido, la participación y el empoderamiento cobran relevancias para la implementación de estrategias de promoción en salud, en la medida que estas permiten que los grupos vulnerables adquieran conocimiento respecto del fomento y prevención de enfermedades, dotándolos así de poder para tomar decisiones en relación a su autocuidado y el de su entorno más cercano. Lo anterior, además potencia que se amplíen las oportunidades haciendo que los individuos accedan adecuadamente a los servicios de salud, y a su vez se organicen a nivel comunitario para solicitar demandas y establecer control en otros aspectos de la calidad de vida que afecten a sus comunidades, y que repercuten a nivel individual en la salud de las personas y familias.

8. Modelo Ecológico en Salud:

El Programa de Salud Oral utiliza un modelo de intervención integral que involucra la participación de diversos actores. Este accionar, analizado desde el punto de vista teórico, corresponde al modelo ecológico de salud, motivo por el cual se hace necesario conocer los alcances de dicho modelo, para comprender como las intervenciones en salud bucal desarrolladas por el programa se potencian en los diferentes contextos donde interactúan los individuos,

El modelo ecológico nace en la década de los 70, cuando el profesor Urie Bronfenbrenner publica su obra titulada “La ecología del desarrollo humano”, en la cual se plantea una visión ecológica del desarrollo humano, pues para él es fundamental lograr comprender el contexto donde se desarrolla el ser humano. Además fundamenta que el desarrollo es un cambio permanente en la manera en que el individuo percibe su ambiente y en el modo en que interactúa con él.

Dentro de esta teoría existe un postulado básico, que manifiesta que el desarrollo humano *“supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que la persona en desarrollo vive”* (Sánchez, 2001). Este proceso de acomodación mutua se produce producto de un cambio continuo que se ve intervenido por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que la persona participa y los contextos aún más grandes en los que esos entornos se encuentran incluidos.

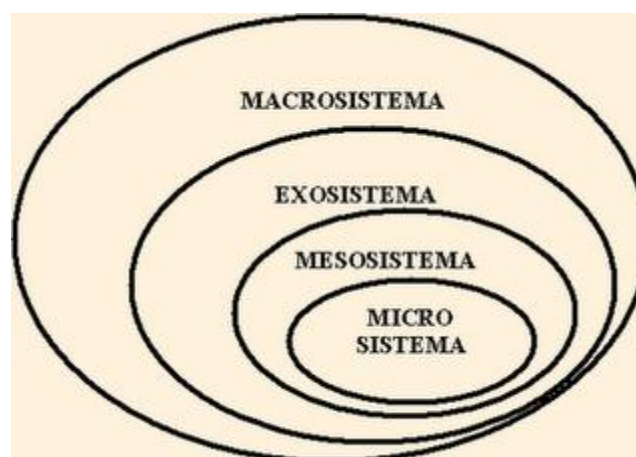
En la definición dada con anterioridad quedan aún aspectos sin aclarar, como es el que se debe comprender en primer lugar, que no solo el ambiente repercute en la persona, sino también es el individuo una entidad en constante desarrollo y dinámica, que se implica de manera paulatina en el ambiente y por tanto influyendo en este. Por esto, Bronfenbrenner señala que, como se requiere de una acomodación mutua entre el ambiente y la persona, la interacción entre ambos es bidireccional. Además el autor manifiesta que el concepto de “ambiente” ya es complejo, puesto que va más allá del contexto inmediato y abarca las diversas conexiones que se puedan generar entre los entornos y las influencias que ejercen sobre ellos los ambientes aún más macro.

En relación a todo esto, Bronfenbrenner piensa el ambiente ecológico como una disposición en una serie de estructuras concéntricas, en la cual cada una de ellas se encuentra contenida en la siguiente. Puntualmente se postulan cuatro niveles o subsistemas que operan de manera conjunta para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo de las personas, en especial, los niños/as. A continuación se nombran cada uno de ellos:

- **Microsistema:** Son todas aquellas actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en el entorno en que participa de manera directa.
- **Mesosistema:** Son las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que persona es parte activa. Un ejemplo de esto corresponde a un niño/a que se desenvuelve tanto en su hogar como en el jardín infantil donde asiste de manera regular.
- **Exosistema:** Son todos aquellos entornos (uno o más) en los que la persona en que no participa de manera directa, pero que los hechos o cambios que allí se producen afectan el entorno en que el individuo si se encuentra incluido.
- **Macrosistema:** Se refiere a aquellos marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas más pequeños (micro y exo) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido y a la vez una diferencia con otros entornos que reciben influencias de otros marco culturales e ideológicos.

Por tanto el desarrollo puede ser comprendido como un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo el aspecto genético) y el ambiente, tanto el contexto inmediato como el que puede ser considerado como más lejano. Es decir en este modelo existe un ciclo repetitivo entre la persona- contexto.

Figura Nº 17: Representación del Modelo de Bronfenbrenner.



Fuente: www.ensayos.com

Como ya fue señalado, el modelo ecológico “*propone una visión evolutiva, adaptativa del desarrollo humano y de las características de la especie*” (Vélez, 2011). Llevado al tópico de salud, el modelo asume que tanto el bienestar como la salud son afectados por las diversas interacciones entre determinantes de tipo biológico, social, conductuales y el ambiente.

En el caso de lo que señala la Dra. Zully Oliviera⁹, la salud es un proceso de constante interacción cuyos polos opuestos son la extrema salud y la muerte, donde como punto medio no existe la separación total de la salud y la enfermedad. El modelo ecológico se presenta a través de la tríada Individuo, ambiente y agente; donde estos tres factores pueden propiciar la aparición de ciertas patologías. Por tanto la salud de un individuo depende de la interacción dinámica entre dos contextos ecológicos: el ambiente interno del ser humano y la diversidad de ambientes donde se desarrolla. Esto, sumado a los aporte de M. Lalonde en 1974, generaron un cambio en la visión que se tenía acerca del proceso salud-enfermedad, asimismo, como los mecanismo que determinan la salud.

Los determinantes de la salud que de alguna manera influyen en este proceso corresponden a la Biología Humana, Estilos de Vida, Entorno y Servicios Sanitarios. En el primero de ellos, es decir la biología humana, se incluyen todos *“aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano, tales como la herencia genética, la maduración y el envejecimiento y las características de los diferentes sistemas del cuerpo”* (Oliviera, 2008). En el segundo, se encuentran los comportamientos que realizan las personas y sociedades en general que deterioran su estado de salud, o sea, aquellos hábitos nocivos como son el sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, entre otros.

Los dos últimos determinantes, corresponde en primer lugar al entorno, que puede ser explicado como todos aquellos aspectos ajenos al individuo pero que ejercen directa influencia sobre él, por tanto puede ser tanto el ambiente físico, social, o cultural en que una persona se desarrolla. En cuanto a los servicios sanitarios, son todos aquellos recursos que permiten satisfacer las necesidades en el ámbito de la salud de una población, por consiguiente, importa en este punto tanto la cantidad como la calidad de estos.

9. Trabajo Social en Salud

En primer lugar cabe mencionar que *“el concepto que una comunidad o sociedad tenga sobre lo que es salud y enfermedad va a determinar la demanda que éste haga y las funciones que las organizaciones y los profesionales de la salud asuman”* (UC, 1978). En el caso del Trabajo Social se busca transformar racionalmente la realidad social en que se desarrollan las personas, a través de la investigación, planificación, ejecución y evaluación de las acciones que tienden a lograr el bienestar de la comunidad.

⁹ Oliviera, Z. (2008). *La salud y sus determinantes*. Revisado el 15 de mayo de 2013, desde http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/pregrado/cimi/Material_Consulta/La%20salud%20y%20sus%20determinantes.pdf

Todas estas acciones surgen desde el nacimiento de la profesión dentro del país, producto de la crisis del salitre que lo afecta en la década de 1920. El día 5 de Mayo de 1925 se crea en Chile la primera escuela de Servicio Social, llamada Dr. Alejandro del Río, en honor al médico que propició su fundación, por tanto como se puede visualizar la profesión nació en Chile en el área de la salud, teniendo como fin mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

En razón de lo anterior, es que aparecen una serie de objetivos que permitirán cumplir la finalidad nombrada, entre ellos se encuentran:

- 1- Promover y fortalecer la organización de grupos.
- 2- Promover la participación activa de los individuos y grupos, a través de la incorporación en la toma de decisiones.
- 3- Promover la capacitación de los individuos y grupos, proporcionándoles elementos teóricos y técnicos necesarios para que aumente su eficacia y autonomía.¹⁰(UC, 1978)

Además en la profesión en esta área, se dan una serie de roles que se debiesen cumplir, ellos son el de educador social informal y de implementador de la política social en el campo de la salud, tanto en su dimensión hospitalaria como intracomunitaria que realiza el Trabajo social a través de diversas funciones que se presentan a continuación:

- Función de investigación; la cual busca recopilar información de forma sistemática para determinar los factores sociales que inciden en las enfermedades de las personas que se atienden en el sistema de salud.
- Función de planificación, programación y coordinación de proyectos sociales destinados a satisfacer las necesidades humanas básicas.
- Función de evaluación de los proyectos tanto de infraestructura social como educativos.
- Función motivadora y capacitadora destinada a promover la incorporación de la comunidad en los programas del área de salud.
- Función asistencial destinada a ayudar a las personas y grupos en situación de extrema necesidad y dependencia que no pueden solucionar de manera autónoma sus problemáticas¹¹ (UC, 1978).
- Función de coordinación, la cual se refiere al desarrollo de mecanismos eficaces y articulación de redes que tienen como fin recomponer el tejido

¹⁰ UC. (1978). Perspectiva para definir el rol del Trabajo Social en Salud. Revista de Trabajo Social, 33- 53.

¹¹ Ídem.

social a fin de aprovechar de mejor manera los recursos existentes en la sociedad¹².

III. Vulnerabilidad Social:

Olavarría (2005) señala que la pobreza es una de esas palabras que se usan ampliamente, pero que carecen de una definición o medida única. Universalmente se ha asociado a situaciones de carencia y privación de los elementos necesarios para la vida humana dentro de la sociedad. Desde esta perspectiva, la pobreza ha sido vinculada tradicionalmente a situaciones de carencias materiales, por lo cual la mayoría de los métodos existentes a nivel mundial para la medición de dicha problemática lo hacen empleando el punto de vista económico, específicamente, a través del ingreso o consumo de las familias. Sin embargo, actualmente la pobreza se ha entendido como un concepto multidimensional, ya no solo limitado a carencias materiales sino también inmateriales.

Según lo anterior, la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL) ha definido la pobreza como *“un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizá la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad”* (Altimir, 1976).

Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1997) entiende la pobreza como la incapacidad de las personas de vivir de una manera tolerable. De acuerdo a esta institución, el concepto se refiere a la falta de oportunidad de vivir una vida larga, sana y creativa y disfrutar de un nivel decente de vida, libertad, dignidad, respeto por sí mismo y de los demás.

En relación a lo mencionado, se concluye que *“las formas en las que se presenta el fenómeno son múltiples, es decir, las situaciones de pobreza abarcan muchos aspectos, materiales y no materiales ingreso, salud, carencias relacionadas con el desarrollo humano tales como libertad, dignidad, autoestima, es decir, los derechos de primera, segunda y tercera generación donde todos estos elementos están directamente correlacionados entre sí”* (MIDEPLAN, 2002).

¹² Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga (2013). Funciones del Trabajador Social. Revisado el 17 de octubre de 2013, desde http://www.trabajosocialmalaga.org/html/PROFESION_funciones_trabajador_social.php

Uno de los factores determinantes en la superación de la pobreza es el crecimiento económico, que se expresa esencialmente en el aumento del PIB per cápita. Este factor, ha provocado una mejoría de las condiciones sociales en los países y en la reducción de la pobreza, sin embargo, existen cuestionamientos respecto a que sus efectos no son evidenciados directamente en la población, esto debido a que existen otros factores que contribuyen o impiden que el crecimiento económico llegue a las poblaciones más pobres.

El reconocimiento de múltiples factores, ha permitido ampliar el debate en relación a las estrategias de superación de la pobreza, ya que el crecimiento económico por sí solo no es suficiente, requiriéndose nuevas perspectivas que incorporen otras variables en un contexto que involucre a la sociedad en su conjunto. En este aspecto, surge el concepto de vulnerabilidad que es entendido como *“un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas”*. (Busso, 2001).

El enfoque de la vulnerabilidad social integra tres componentes centrales: los activos, las estrategias de uso de los activos y, el conjunto de oportunidades que ofrece el mercado, el Estado y la sociedad a los individuos, hogares y comunidades. Los activos pueden ser de tipo físico, financiero, humano (o capital humano) y social (o capital social). Los activos, conjuntamente con las estrategias, condicionan la capacidad de respuesta que tendrán los individuos, hogares o comunidades. La movilización de activos se convierte en estrategias adaptativas, defensivas u ofensivas, a cambios en el conjunto de oportunidades y, tienen como objetivo fortalecer la cantidad, calidad y diversidad de activos disponibles para acceder de forma distinta a las oportunidades que ofrece el entorno. (MIDEPLAN, 2002)

Desde esta perspectiva, se entiende que las condiciones de fragilidad, desamparo e indefensión pueden conducir a que el individuo, hogar o comunidad, sufra un deterioro en el bienestar como consecuencia de estar expuesto a determinados tipos de riesgo, que lo llevarán a contar con una menor capacidad de respuesta ante cambios del entorno, limitando así su inserción en forma adecuada en el conjunto de oportunidades sociales. En relación a este enfoque, en Chile se han definido grupos prioritarios para las políticas sociales, dentro de los cuales se encuentran, niños, niñas y jóvenes, personas con discapacidad, mujeres jefas de hogar, adultos mayores, pueblos indígenas y familias en extrema pobreza.

Por otra parte, en lo que respecta a la medición de pobreza a nivel nacional, esta se realiza a través del método de la Canasta de Satisfacción de Necesidades Básicas (CSNB). Este método, se enmarca dentro de los enfoques absolutos e indirectos de medición de pobreza. Es absoluto porque considera un núcleo de necesidades humanas elementales que deben ser satisfechas para no ser considerado pobre. De esta manera, un hogar es clasificado como pobre, si sus ingresos o sus gastos agregados son inferiores a un valor equivalente al necesario para la subsistencia. Por otra parte, es un método indirecto porque evalúa la capacidad de consumo de los hogares a partir de los ingresos de estos para poder adquirir una canasta de satisfactores básicos.

La aplicación de esta metodología, entrega una línea de pobreza que se actualiza de acuerdo a la inflación. Los ingresos de los hogares se basan en la información obtenida de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) aplicada en forma trianual o bianual en el país. En relación con lo anterior, la línea de la pobreza se determina según el ingreso per cápita del hogar, si dicho ingreso no alcanza el valor de una canasta básica (equivalente a \$ 36.049 en zona urbana a noviembre de 2011)¹³, las personas que componen ese hogar serán clasificadas bajo la línea de pobreza extrema, mientras que si el ingreso per cápita se encuentra entre una o 2 canastas básicas, el hogar será clasificado dentro de la línea de pobreza.

Según datos del Ministerio de Desarrollo Social, se observa que desde el inicio de la aplicación de esta metodología, las cifras de pobreza e indigencia en Chile durante los últimos 20 años han disminuido gradualmente. A comienzos de la década de los noventa la pobreza afectaba a un 38,6 % de la población del país, mientras que la indigencia alcanzaba un 12,9%. Al año 2006, dichas cifras habían disminuido considerablemente, afectando la pobreza a un 13% de los chilenos y la indigencia a un 3,2%. No obstante aquello, en el año 2009, las cifras de pobreza e indigencia ascendieron nuevamente alcanzando un 15% y el 3,7% respectivamente, mientras que en la última medición de la encuesta CASEN del año 2011, se marca un descenso de la pobreza al 14,4% y de la indigencia a un 2,8%, siendo esta cifra la más baja en la historia de las mediciones realizadas a nivel país¹⁴.

Asimismo otro dato interesante de mencionar, que se desprende del análisis de la medición de pobreza en Chile por grupos de edad, es que esta tiende a ser cada vez más joven, afectando en el 2011 a cerca de un 24% de niños y niñas menores de 3 años y a un 22% al grupo comprendido entre los 4 a

¹³ Ministerio de Desarrollo Social (2011). *Resultados encuesta CASEN 2011*. Recuperado el 10 de abril de 2013, de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-documentos.php?c=105>

¹⁴ Ídem.

17 años¹⁵, lo que demuestra que este grupo es el más vulnerable en comparación al resto de la población.

Para finalizar, es menester señalar, que la pobreza disminuyó durante el año 2011 en 12 de las 15 regiones del país. En el caso de la región Valparaíso, ésta se sitúa sobre el promedio nacional con 16.9%, mientras que en el año 2009 dicha cifra se encontraba en un 15.1%, con lo que se aprecia un aumento de casi 2 puntos porcentuales. Sin embargo, en lo que respecta a la pobreza extrema no se observan variaciones importantes, ya que tanto en el 2009 como en el 2011 se mantuvo en un 3,4%, es decir, 0,6 puntos porcentuales sobre el promedio nacional¹⁶.

IV. Educación

1. Educación y deserción escolar:

La educación posee la condición de derecho humano fundamental desde que se adoptó la Declaración Universal de Naciones Unidas en 1948. Esto implica, *“garantizar a cada niño y joven (independiente de su origen social, el nivel económico de su familia o su lugar de residencia) acceso y permanencia en la Educación Básica y Media (cobertura), niveles de aprendizaje satisfactorios (calidad) y un trato no discriminatorio, acorde con su dignidad humana”* (Bellei, 2000).

En este mismo sentido, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989) refuerza y amplía aún más el concepto del derecho a la educación, específicamente en los artículos 28 y 29 del respectivo documento. En el artículo 28, se reconoce el derecho del niño a la educación y exhorta a los Estados Partes a que implanten al menos la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos; los Estados también debieran velar porque la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño. Asimismo, en el artículo 29 se insta a los gobiernos a asegurar que la educación conduzca al más pleno desarrollo posible de cada niño, agregando criterios de calidad. Específicamente, se subraya la preeminencia de este derecho del niño comparativamente a otros intereses particulares, precisando que la educación impartida por las instituciones educacionales se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

Desde esta perspectiva, la educación es concebida como una de las herramientas más importantes para superar la pobreza y avanzar hacia una mayor igualdad de oportunidades. *“El aumento de los niveles educacionales, en especial entre los grupos más pobres, así como la disminución en brechas de género,*

¹⁵ Ministerio de Desarrollo Social (2011). *Resultados encuesta CASEN 2011*. Recuperado el 10 de abril de 2013, de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-documentos.php?c=105>

¹⁶ Ídem.

incrementarían la movilidad social y elevarían los retornos del trabajo y la calidad misma de los recursos humanos” (CEPAL, 2006). De lo anterior, se desprende la importancia que los Estados asuman el compromiso de garantizar a toda la población una escolaridad piso, ya que esta constituye el medio más seguro para alcanzar un desarrollo económico y social perdurable en el tiempo.

En Chile, el sistema educacional, ha sufrido constantes transformaciones en los últimos 30 años. Durante la década de los ochenta, se llevó a cabo la descentralización administrativa y financiera de los establecimientos públicos, pasando estos a manos de los municipios. En los años noventa, se implementó la reforma educacional que incluyó la creación de la jornada escolar completa y el desarrollo de nuevos currículos, para la educación básica y media. Finalmente, a partir del inicio del nuevo siglo y bajo la presidencia de Ricardo Lagos, se aumentó de 8 a 12 años la escolaridad obligatoria y gratuita, mientras que en el 2006 durante el mandato de Michelle Bachelet, se dio énfasis al aumento de la cobertura en la educación preescolar, y se colocó en debate publicó la calidad y equidad de la educación chilena, promulgándose la Ley General de Educación (LGE) que reemplazó a la antigua Ley Orgánica Constitucional de Educación (LOCE). Este nuevo marco regulatorio, intenta equilibrar el principio de libertad de enseñanza y derecho a una educación de calidad, proponiendo la creación de un sistema de aseguramiento de la calidad, conformado por un Consejo Nacional de Educación, la Agencia de Calidad y la Superintendencia de Educación¹⁷.

Respecto a lo mencionado en el párrafo anterior, es necesario precisar algunos datos estadísticos que dan cuenta del nivel de instrucción que posee la población chilena. Según el último Censo nacional del año 2012, Chile posee un total de 16.634.603 habitantes, de los cuales 4.397.160 personas corresponden a menores de 18 años, lo que equivale aproximadamente al 26% de la población¹⁸.

El porcentaje de alfabetización de la población de 10 años y más, alcanza el 97,76%, lo que sitúa al país dentro de los tres primeros de América Latina¹⁹. En relación a esto, cabe hacer mención al promedio de años de estudios, entendiendo que la escolaridad obligatoria fue concebida con el objetivo de expandir las oportunidades educativas, sobre todo en los sectores menos privilegiados. En la última medición de la encuesta CASEN efectuada en el año 2011, se destaca que la escolaridad promedio de la población de 15 años y más alcanza los 10.5 años. No obstante, al revisar los datos del periodo 2006 – 2011

¹⁷ Elacqua, G. (2010). *Breve historia de las reformas educacionales en Chile*. Revisado 10 de abril de 2013, desde <http://bicentenario.camara.cl/seminario/pdf/mesa%204%20-%20Gregory%20Elacqua.pdf>

¹⁸ INE. (2012). *Resultados XVIII censo de población*. Revisado el 13 de abril de 2013, desde http://www.censo.cl/contenido/resultados_censo_2012_poblacion_vivienda_tomosylI.pdf

¹⁹ Ídem.

para los habitantes en condición de pobreza extrema, se desprende que la escolaridad promedio ha tenido un lento avance, existiendo brechas importantes respecto al resto de la población. Es así como durante el 2006 la escolaridad alcanzó los 8.5 años, mientras que en el 2009 dicha cifra aumentó a 9.0 años, y finalmente en el 2011, el nivel de instrucción subió escasamente a 9.2 años de estudios, lo que refleja que gran parte de la población más vulnerable supera los 8 años en promedio de escolaridad, completando así a lo menos el nivel de educación primaria²⁰.

Los datos anteriores, son importantes para analizar las políticas educacionales que han permitido el ingreso de más niños, niñas y jóvenes al sistema educativo, garantizando así la cobertura educacional que está relacionada directamente con la tasa neta de matrícula. Dicho indicador, se entiende como la *“matricula total de alumnos, del grupo de edad oficial, en un determinado nivel de enseñanza, en relación a la población total de ese grupo de edad”* (MINEDUC, 2007).

En lo que se refiere a la educación parvularia, la encuesta CASEN 2011, señala que la tasa de matrícula neta es de un 43,4%, experimentándose un aumento sistemático a lo largo del periodo comprendido entre los años 1990 a 2011. Lo anterior, se debe en gran parte al énfasis que se le ha concedido a esta etapa del ciclo vital, a través del Sistema de Protección Integral a la Infancia *“Chile Crece Contigo”* y a la creación de salas cunas y jardines infantiles. Al desagregar esta información por rangos etarios, *“se observa una mayor cobertura en los niños de 4 y 5 años, con una tasa del 83%, frente al 26% en la población entre 0 y 3 años”* (MINEDUC, 2012), por ende la asistencia a este nivel de educación, es mayor a medida que aumenta la edad de los infantes.

En la educación escolar, la tasa de matrícula *“alcanzó un 88,2% al año 2011, existiendo un total de 3.047.096 estudiantes, de los cuales el 43% asiste a establecimientos municipales, 49% a particulares subvencionados y 5% a particulares pagados”* (MINEDUC, 2012).

Por último, en lo referido a la educación media, se ha observado una evolución de la tasa de matrícula entre los años 2003 y 2006 que ascendió desde el 75,1% al 81,1% respectivamente. Posteriormente, se produce una estabilización de ésta entre los años 2006 y 2008, y una leve caída en el 2009 cercana al 78,8%,

²⁰Ministerio de desarrollo social (2011). *Resultados encuesta CASEN 2011*. Recuperado el 10 de abril de 2013, de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-documentos.php?c=105>

que se recupera en el 2010 alcanzando un 80,7%. (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

En función de los antecedentes entregados, tanto en Chile como en el resto de América Latina se han realizado acciones destinadas a desarrollar el derecho a la educación, especialmente erradicando el analfabetismo y aumentando los niveles de escolaridad. Sin embargo, aún los resultados son deficientes, ya que *“se ha demostrado que un nivel similar de escolaridad no es equivalente a una similar calidad de la educación: los sectores pobres de la población tienden a presentar los niveles más bajos en las mediciones de la calidad educativa. Desde esta perspectiva, es importante que los criterios de calidad y equidad educativa estén adecuadamente cautelados, es decir se garantice a todos los miembros no tan solo el derecho a la educación sino además a tener un aprendizaje efectivo”* (Sánchez 2003, citado en Meza, Salgado, Sánchez, Urquieta 2008).

Bajo este contexto, el problema de la calidad en la educación tiene un fuerte componente de desigualdad, que se observa en las grandes brechas de resultados existentes entre alumnos de diferente origen socioeconómico. A raíz de lo anterior, *“el quehacer de los gobiernos debe apuntar al desarrollo de políticas educacionales orientadas a garantizar la equidad educativa para romper el círculo vicioso de la desigualdad y la pobreza, teniendo particular importancia la implementación de estrategias que generen retención en el sistema educativo, y que disminuyan las cifras de deserción escolar en niños y niñas que se encuentren en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social”* (Klikskberg 2002, citado en Meza et al, 2008).

La deserción escolar, entendida como el abandono temporal o definitivo del sistema educativo, surge como una problemática asociada a las desigualdades en educación. Doublie (1982) citado en Moscoso (2004), sostiene que el fenómeno de la deserción, según lo establecen diferentes estudios, se caracteriza por ser un síntoma de tipo multicausal, necesario de abordar desde distintas disciplinas y desde los distintos aspectos que presenta. En relación a lo anterior, la deserción escolar constituye *“el último eslabón en la cadena del fracaso escolar”* (García Huidobro 2000, citado en JUNAEB, 2005).

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2002), señala que:

Los factores asociados a la deserción escolar, pueden ser clasificados desde dos marcos interpretativos. El primero de ellos, se relaciona a factores expulsivos del sistema educacional que responsabiliza a distintos agentes sociales en el problema y en la solución, destacándose principalmente, la situación socioeconómica y el contexto familiar de los

niños y jóvenes como fuente principal de diversos factores, que pueden facilitar directa o indirectamente el retiro escolar – condiciones de pobreza y marginalidad, adscripción laboral temprana, anomia familiar, adicciones, y otros–, y atribuye, por tanto, la responsabilidad en la producción y reproducción de estos factores a agentes de naturaleza extraescolar: el Estado, el mercado, la comunidad, los grupos de pares y la familia. Bajo esta visión, coexisten diversas explicaciones que atribuyen mayor relevancia a uno u otro factor como principal elemento asociado a la decisión de abandonar los estudios.

Un segundo marco interpretativo, que toma relevancia debido a que el primero ha mostrado ciertas insuficiencias en la explicación de la deserción escolar, se refiere a los factores intrasistema que tornan conflictiva la permanencia de los estudiantes en los establecimientos educativos. Entre estos, se destacan el bajo rendimiento académico, problemas conductuales, autoritarismo docente, entre otras. De esta manera, serían las características y estructura misma del sistema escolar y los propios agentes intraescuela los responsables directos de la generación de los elementos expulsivos de éste, ya sea por lo inadecuado de su acción socializadora o por su incapacidad para canalizar o contener la influencia del medio socioeconómico (adverso) en que se desenvuelven los niños y jóvenes.

Desde el punto de vista de las consecuencias de la deserción escolar, este fenómeno no solo genera costos a nivel individual, sino que también estos se expanden y repercuten a nivel social. En cuanto a los costos individuales, CEPAL (2002), señala que éstos se expresan a través de la estimación de las pérdidas de ingresos en el mercado laboral, para quienes desertan del sistema de educación formal, antes de completar el número de años de estudio establecidos. Asimismo, en relación a los costos sociales, se mencionan los que se derivan de *“disponer de una fuerza de trabajo menos calificada y menos "calificable", cuando las personas no han alcanzado ciertos niveles mínimos de educación necesarios para aprovechar los beneficios de programas de entrenamiento ofrecidos por el Estado o por las empresas. También, se señala la baja productividad del trabajo y su efecto en el (menor) crecimiento de las economías y los mayores gastos en que es necesario incurrir para financiar programas sociales y de transferencias a los sectores que no logran generar recursos propios”* (CEPAL, 2002).

Por otra parte, en lo referido a la magnitud del problema en América Latina y el Caribe, los datos de CEPAL señalan que en la región, alrededor del año 2000 *“entre 40% y más de 70% de los niños y niñas dejaron de asistir a la escuela antes de completar el ciclo primario de enseñanza, en países como, Bolivia, Brasil, El*

Salvador, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela” (CEPAL, 2002). Mientras tanto en Chile, Colombia, México, Panamá, Perú y Uruguay entre 50% y 60% del abandono escolar se produce en el transcurso de la secundaria y, con excepción de Chile, en todos estos países la deserción se concentra más al comienzo de la enseñanza media.

En este sentido, la tasa de deserción escolar nacional en el nivel de educación básica, desde el año 2002 se mantiene bajo la barrera del 1% y no ha experimentado variaciones importantes hasta la fecha, mientras que en la enseñanza media la situación es radicalmente distinta, ya que la tendencia para el periodo 2002- 2008 continua fluctuante en torno al 7%, siendo los hombres quienes mayoritariamente abandonan el sistema escolar (MINEDUC, 2007).

Las principales razones de no asistencia al sistema escolar varían según nivel educacional; en la educación pre básica es la falta de relevancia que le asignan los padres y/o cuidadores a la educación en este nivel, en básica predominan los motivos personales, los que se definen como problemáticas de índole familiar y de salud, discapacidades, necesidades educativas especiales y embarazo, mientras que en la enseñanza media se destaca la maternidad y/o paternidad, los problemas económicos y la falta de interés personal en los estudios.²¹

“La educación es un factor clave para el desarrollo humano y un efectivo mecanismo de inclusión social. Por estas razones, investigadores y organismos expertos en los temas de superación de la pobreza recomiendan priorizarla en la población infantil y adolescente, y maximizar el acceso de esta población a la educación parvularia” (JUNAEB, 2005). En este mismo aspecto, Espejo (2004) citado en JUNAEB (2005) refuerza la idea anterior, señalando que *“la intervención fuerte y oportuna en la etapa preescolar es uno de los medios fundamentales para disminuir la brecha de desigualdades educacionales y sociales en niños y niñas provenientes de medios vulnerables, y favorecer así la igualdad de oportunidades”*.

Asimismo, para comprender a cabalidad la relación existente entre la generación de las desigualdades en educación y la deserción escolar, a continuación se presenta un esquema explicativo diseñado por JUNAEB en el año 2005.

²¹ Ministerio de desarrollo social (2011). Resultados encuesta CASEN 2011. Recuperado el 10 de abril de 2013, de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-documentos.php?c=105>

Figura Nº 18: Generación de desigualdades educacionales en educación



Fuente: Sistema nacional de asignación con equidad para becas JUNAEB, 2005

El esquema presentado, plantea cómo los sujetos ingresan al sistema educativo con ciertas condiciones iniciales, las que se traducen en capital social, capital humano e ingresos económicos diferenciados. Estos elementos, generan una mayor o menor vulnerabilidad en el goce de los derechos de los niños/as, por lo que se entiende que antes de la entrada al sistema educativo ya existen ciertas condiciones que pueden favorecer o limitar el desempeño escolar.

Asimismo, es posible sostener que *“la Calidad de la Educación incide en que el sujeto aumente o disminuya su riesgo de deserción escolar, acercándose con esto a los polos de la mayor o menor Vulnerabilidad. De ahí que el esquema ilustre a través de flechas punteadas, el dinamismo propio de los procesos de construcción de la Vulnerabilidad”* (JUNAEB, 2005).

Finalmente, tras el análisis de la temática expuesta, cabe destacar que a la fecha no existen estudios concluyentes que atribuyan una relación directa entre los problemas bucodentales y la deserción escolar, ya que tal cual como se señaló en los párrafos anteriores, este fenómeno es multicausal existiendo una serie de variables que inciden en mayor o menor medida en su desarrollo. Así también, la deserción se produce cuando se dan una serie de antecedentes previos que llevan reiteradamente al fracaso escolar, siendo los problemas de salud en general alguna de estas causas, lo que claramente limita las oportunidades de aprendizaje de los niños, niñas y adolescentes.

2. Educación, vulnerabilidad y Salud Oral:

Teniendo como base todo los aspectos teóricos anteriores, es conveniente converger en un mismo punto acerca de los referentes conceptuales más importantes relacionados con la salud oral de los niños, niñas y adolescentes, con la finalidad de lograr comprender de mejor manera el trabajo realizado por el

Programa de Salud Oral en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo. Para esto, es necesario en primer lugar considerar que la salud oral es un componente fundamental de la salud en general, el cual no solamente tiene una influencia positiva en el bienestar físico de los niños y niñas, sino también en aspectos psicológicos y relacionales.

Por tanto, tal como lo señala la OMS (1946) la salud “*Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades*”. En el caso de los escolares, ellos se encuentran en una etapa de formación de su identidad, donde la boca es motor primordial en las relaciones que se logran establecer, y entre las consecuencias que se presentan el tener una mala higiene bucal se encuentran las caries dentales, incidencia de enfermedades gastrointestinales, baja autoestima en los niños y niñas, bajos niveles de un desarrollo integral de acorde a su etapa del ciclo vital y lo más importante puede conllevar al ausentismo escolar y posterior deserción.

En las diferentes etapas en que se ejecuta el PSO, ocurre que los escolares se encuentra en un proceso de formación de la identidad y consolidación del autoconcepto, que se encuentra compuesto en gran parte por lo social, donde los niños/as incorporan en este las opiniones de las demás personas, en especial, sus compañeros de colegio, debido al gran tiempo que comienza a pasar el alumno dentro del establecimiento educacional, en oposición al número cada vez menor de horas dentro su hogar.

Este autoconcepto esta dado en gran medida por los rasgos visibles que presenta el niño/a, en este caso su dentadura, lo cual a largo plazo tendrá efectos en lograr consolidar un autoestima positivo, que en lo inmediato fortalecerá las relaciones de los escolares con sus pares y a largo plazo permitirá aumentar las posibilidades de acceder en igualdad de oportunidades al mercado laboral. Esto último es en gran medida por la sociedad en que actualmente las personas se desarrollan, en donde la imagen se ha transformado en algo cada vez más importante.

Cabe destacar también, que la vulnerabilidad afecta al escolar, por cuanto disminuye las oportunidades de acceder a servicios de atención médica y dental, donde la Salud Pública comprendida como “*el cuidado y promoción de la salud aplicados a una población o a un grupo preciso de la población*” (Médicos, 2013), no siempre es de la calidad y de acorde a los requerimientos de la personas. En el caso de Chile, el acceder a la atención odontológica es sumamente dificultoso, por cuanto estos servicios son costosos y no todas las personas tienen la capacidad económica para poder cancelar la atención.

Además ocurre que el cuidado en la salud bucal no es una necesidad primordial para los grupos de menores ingresos, en comparación con otras más apremiantes, tal es el caso de alimentación, vestuario, etc. Esto queda en evidencia en distintas encuestas que señalan que son los grupos socioeconómicos de mayores ingresos quienes asisten con mayor frecuencia al dentista y por tanto su COPD es mejor que el de la clase media o baja.

Lo importante es lograr identificar que la vulnerabilidad, al igual que la pobreza, es un concepto multidimensional, que no solo se limita a la carencia de objetos materiales, sino también inmateriales, y en especial el acceso a servicios que son fundamentales, tal es el caso de servicios médicos y odontológicos, puesto que afectan el desarrollo integral de las personas.

Muchas veces este proceso de vulnerabilidad afecta la vida familiar, y en especial de los escolares, en cuanto que provoca un abandono temporal o definitivo del sistema educativo en cual se encuentran insertos debido a múltiples causas. Por este motivo JUNAEB a través de sus diversos programas buscar reducir esta problemática, en el caso del Programa de Salud Oral, tiene la finalidad de reducir la incidencia de enfermedades bucodentales que eviten esta situación, debido a que la educación es un factor trascendental para el desarrollo humano y efectivo mecanismo para mejorar los procesos de inclusión social.

Para generar procesos de inclusión e igualdad de oportunidades, en especial en el área de la salud oral, es necesario crear diversas instancias de inclusión en este ámbito con la finalidad de fomentar la autorresponsabilidad y empoderamiento en la comunidad. Para ello, se requiere que las personas no solo tengan acceso a atención odontológica con la finalidad de tratamiento, sino más bien fomentar la prevención y promoción de la salud bucal, a través de la enseñanza de técnicas de cepillado entre otros aspectos.

Asimismo, la participación en el área de salud no sólo aumenta la adherencia de las personas a los programas, sino que además ayuda a conocer la realidad de las comunidades, permitiendo que los programas se adecuen a las necesidades y contextos donde se implementan las diversas políticas sociales.

En este punto, se convierte en algo elemental que la comunidad sea considerada en su totalidad, con el fin de que las intervenciones cuenten con el apoyo de todos los actores, lo que aumenta su efectividad. Pues el desarrollo humano, es una constante interacción entre las personas y su medio ambiente, en especial, su contexto inmediato.

Por último, cabe visualizar que la relación entre educación, vulnerabilidad y salud oral, es estrecha, por cuanto como ha sido demostrado tanto el nivel educacional como la vulnerabilidad socioeconómica que pueda poseer una familia,

aumenta su predisposición a enfermedades de los niños/as, y por tanto merma su potencial de desarrollo integral. El cual no solo está dado por aspectos cognoscitivos, sino también por la imagen y buena salud que pueda poseer, y en la cual la salud bucal forma parte trascendental.



1. Fundamentación

El Programa de Salud Oral, se inserta dentro de la Unidad de Salud Escolar de la JUNAEB y su objetivo principal, *“es contribuir a mejorar la salud bucal de los escolares de enseñanza pre básica y básica de alta vulnerabilidad socioeconómica, a través de diversas acciones odontológicas para evitar su ausentismo a causa de enfermedades bucales”*(JUNAEB, 2012). Es importante mencionar que la población objeto de atención del programa pertenece a escuelas municipales y particulares subvencionadas del sistema de salud FONASA e ISAPRE.

El PSO comenzó su funcionamiento en el año 1991 y actualmente sus áreas de acción se dan dentro de 31 comunas a nivel regional, y en 278 comunas a nivel nacional, en de las quince regiones del país. La importancia de la evaluación del Programa a nivel regional, se da en que actualmente la institución desea conocer la percepción que poseen los participantes del mismo, con la finalidad de evaluar los resultados cualitativos que se generan las atenciones odontológicas brindadas a los escolares de alta vulnerabilidad. Es decir, poseer datos más allá de los que ellos conocen anualmente con la encuesta de salud bucal.

Además el programa es trascendental a nivel nacional, en cuanto aborda la temática de las inequidades en salud, específicamente a través del acceso a la atención odontológica cuyo costo en el país es elevado, lo que produce que no todas las personas puedan acceder a este tipo de atenciones. Dicha situación, a su vez genera la prevalencia de ciertas enfermedades bucodentales que deterioran el estado de salud general de los sujetos y los limita tanto a nivel individual como social. Desde esta perspectiva, el programa de Salud Oral apunta a generar igualdad de oportunidades en los niños, niñas y adolescentes, reduciendo factores de riesgo que en su conjunto pueden ocasionar fracaso y deserción escolar, problemática social que limita el desarrollo de capital educativo y la movilidad social de las familias.

En este sentido, el Programa de Salud Oral responde a políticas institucionales de la JUNAEB y su acción es concordante con los Objetivos Estratégicos de Salud para la década 2011 - 2020 formulados por el Ministerio de Salud²² (MINSAL, 2011). De esta manera, se logra otorgar servicios dentales en forma integral a los niños y niñas durante gran parte de su infancia,

²²MINSAL (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios de la década 2011- 2020*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

complementando así los controles brindados por la Atención Primaria de Salud y potenciando el rol de la familia y la escuela como actores relevantes en el fomento de la salud oral.

La importancia de la salud bucal, radica en que esta no sólo afecta física y psicológicamente a las personas, sino que también repercute socialmente, siendo este último componente un factor determinante en la vida adulta, lo que trae consigo limitaciones en el acceso al ámbito laboral y en la generación de redes sociales.

Desde esta perspectiva, el Programa constituye una instancia importante, ya que a través de sus acciones tanto de tratamiento como de prevención, amplía las oportunidades de acceso a la atención de niños y niñas desde edades tempranas, favoreciendo la adquisición de hábitos higiénicos y alimenticios saludables que perduren en la adultez.

Asimismo, cabe destacar que se deduce que JUNAEB plantea el modelo ecológico como eje de trabajo, puesto que intentan coordinar acciones conjuntas entre los profesores, odontólogos, apoderados y usuarios (alumnos de los establecimientos educacionales), con el fin de mejorar la salud bucal de los niños y niñas. A través de la prevención, tratamiento y la enseñanza de hábitos de estilo saludable que deben ser reforzados por todos los participantes.

Por consiguiente, el programa comprende que el ser humano es Biopsicosocial, y por tanto hay una constante influencia entre su medio social y los usuarios/as del PSO. Razón por la cual JUNAEB, busca intervenir en los contextos inmediatos en que los niños y niñas se desenvuelven, de modo de asegurar una acción efectiva, y además empoderar sobre esta temática, no solo a los usuarios, sino también a sus familias y establecimientos educacionales, que son parte importante en el desarrollo de niños y niñas.

En consecuencia, la evaluación del Programa generaría información relevante sobre una temática tan importante como es la salud bucal en los niños y niñas, en donde la política social y de salud focalizada que actualmente se implementa, constantemente los deja a un lado, olvidando que salud oral es algo que los acompañará de por vida.

En base a lo anterior, es que el presente seminario de título es una evaluación del Programa de Salud Oral de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, desde del paradigma cualitativo, el cual tiene como objetivo “*describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes* (Sampieri, 2010)”. En esta investigación con enfoque iluminativo, se busca mediante la recolección de

información a través de diversas técnicas, el mayor entendimiento posible acerca de los significados y experiencias de los participantes del Programa.

La selección de este tipo de estudio se debe a que dentro del Programa de Salud Oral, de JUNAEB, no se contemplan los resultados cualitativos que pueden producir las acciones de tipo odontológica en los diversos actores. Por consiguiente, el paradigma cualitativo se vuelve ideal para lograr comprender la perspectiva de los participantes, y comenzar a tratar un tema que desde este punto de vista, ha sido poco explorado.

Además cabe señalar que el realizar un proceso de investigación evaluativa del Programa de Salud Oral desde lo cualitativo, permitirá dar una riqueza interpretativa a datos, profundizar acerca de las percepciones que tienen sus participantes acerca del mismo, y contextualizará el fenómeno en cada una de las tres comunas donde se realizará este proceso. Entre sus características se encuentran ser inductivo, recurrente, analizar múltiples realidades subjetivas y no poseer una secuencia lineal, pues no se busca generalizar, sino más bien conocer los significados que las personas poseen acerca de una realidad determinada.

En cuanto al enfoque iluminativo que guiará la evaluación, es necesario manifestar que se fundamenta en el modelo subjetivo, y tiene entre sus principales características que es holístico, hermenéutico, interpretativo, iluminativo y sensible, por cuanto se tiene como finalidad “iluminar” aquellos sectores oscuros del programa para lograr comprenderlo de mejor manera desde cada una de las perspectiva de los participantes.

En esta evaluación se busca comprender la “percepciones” de cada uno de sus participantes, lo que Robbins (1998) explica como un proceso mediante el cual, los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales con el fin de darle significado a su ambiente. Este proceso, se inicia con el reconocimiento de un estímulo, es decir, la capacidad de situar los objetos en categorías que le confieren un significado. Posteriormente este conocimiento quedará almacenado en la memoria y será de utilidad para interpretar estímulos iguales o similares.

De acuerdo a lo anterior, los individuos tendrán en general percepciones distintas de una misma situación, porque la atención es selectiva. La percepción tiene una función reguladora, en el sentido que filtra la información (Lambin1995, citado en Bustamante, Donoso 2006). Por tanto el evaluar la percepción, tiene relación con conocer las realidades subjetivas que construyen las personas con respecto al Programa en este caso particular.

Asimismo, cabe destacar que el proceso de evaluación contemplará la percepción que poseen cada uno de los participantes del programa, es decir, los profesionales del módulo dental, profesores de los establecimientos

educacionales, alumnos y usuarios del programa y los apoderados. Esto se debe a que el programa basa su accionar en un modelo integral de acciones, donde los usuarios no son vistos como entes aislados, sino más bien parte de una comunidad, la cual puede coadyuvar a mejorar la salud oral de los niños y niñas.

Además desde el ámbito profesional el realizar esta investigación permite al Trabajo Social conocer un área que no ha tenido mayor exploración, a pesar que se sabe el rol promocional de la salud oral en que se puede participar, no hay mayores acciones para comprender las consecuencias que tiene para los participantes del programa el poder acceder a una atención odontológica. Esto se debe a que a nivel nacional todas las acciones en el campo de la salud bucal tienen como finalidad principal una mejora en los índices de COPD y CEOD, pero no se profundiza en cuanto a los efectos a nivel familiar, emocional, relacional, económicos y sociales que tiene este proceso de intervención temprana en los escolares y sus familias.

Por tanto, esta investigación evaluativa dentro de la institución, generaría los primeros datos sobre efectos cualitativos de las acciones odontológicas, y a nivel profesional ayudaría a demostrar que el Trabajo Social está actualmente capacitado para insertarse en diversas áreas, y que la salud de las personas tiene tantos efectos que no debe centrarse su estudio solo en el ámbito médico, sino más bien comprendiendo la totalidad que representa cada ser humano, el cual no puede ni debe ser aislado de su entorno, el que actúa como eje fundamental en su desarrollo.

Finalmente, el lograr ampliar campos de desempeño profesional ayuda a generar mayor conocimiento sobre temáticas que son vistas de manera lejanas para la profesión y en las cuales su inserción genera un cambio en la visión muchas veces limitada que se tiene sobre diversos problemas, cuya principal raíz suelen ser las desigualdades e inequidades que existen el país, tal es el caso de el acceso a la atención odontológica, la concientización y enseñanza sobre la relevancia de la prevención en el ámbito de salud oral.

2. Pregunta de investigación evaluativa

¿Cuál es la evaluación que tienen los participantes en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo respecto al Programa de Salud Oral, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), durante el año 2013?

3. Objetivos

3.1. Objetivo General del Proyecto:

- Conocer la Evaluación perceptual de los participantes en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo respecto al Programa de Salud Oral, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, durante el año 2013.

3.2. Objetivos específicos del proyecto:

- Caracterizar la percepción que poseen los participantes en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo respecto al Programa de Salud Oral, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, durante el año 2013.
- Interpretar la percepción que poseen los participantes en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo respecto al Programa de Salud Oral, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, durante el año 2013.
- Valorar la percepción que poseen los participantes en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo respecto al Programa de Salud Oral, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, durante el año 2013

4. Tipología de Evaluación

Tipología	
Según el momento	Durante – Ex post.
Según el evaluador	Evaluador externo.
Según la cantidad de usuarios	Pequeña
Según destinatarios de la evaluación	Directivos superiores y técnicos.
Según focos de evaluación	Procesos y resultados.

5. Etapas del proceso evaluativo

❖ Fase de Exploración Temática:

Esta fase consiste en lograr recopilar la mayor cantidad de información con respecto a la temática, para de esta manera profundizar el conocimiento que se tiene, además de relacionar tópicos de interés similares que permitan ampliar el entendimiento del fenómeno de la salud bucal no sólo en escolares, sino también en los habitantes del país, de manera de comparar los datos que se manejan a nivel local, nacional y mundial.

Este proceso de recolección de información será mediante revisión bibliográfica que posee el programa²³, en especial datos cuantitativos, documentos en formato digital del MINSAL, y otros informes que facilitarán comprender que la salud bucal depende de una serie de factores de tipo social, económico, cultural, entre otros.

❖ **Fase de aproximación a los participantes del Programa:**

Es aquí donde se busca conocer la percepción y evaluación que realizan los participantes del programa de Salud Oral del mismo, en las comunas de Villa Alemana, Cabildo y Olmué. Para esto se produce un acercamiento por parte de las alumnas seminaristas, tanto a algunos establecimientos educacionales, módulos dentales y familias con el fin de aplicar los instrumentos para la recolección de información.

Se requiere en este momento lograr establecer rapport profesional con los participantes del programa, de modo de que manera voluntaria sean participes del proceso evaluativo, a través de la aplicación de instrumentos, por tanto esta fase es clave dentro del proceso de evaluación iluminativa del programa.

❖ **Fase de análisis de la información:**

Corresponde a la última etapa dentro del proceso de evaluación del Programa, donde una vez finalizada la fase de recolección de información, se procede a analizar, con el objeto de decodificar y comparar las percepciones de los participantes del Programa de Salud Oral de JUNAEB.

Con la información ya analizada, se pueden desarrollar conclusiones y emitir juicios de valor, con la finalidad de introducir sugerencias que ayuden al buen funcionamiento del programa.

6. Colectivo de investigación

Para la presente investigación el colectivo de investigación estará constituido por los participantes del Programa de Salud Oral en las comunas de Villa alemana, Olmué y Cabildo, los cuales se definen como:

- Niños y niñas de tercero y séptimo básico de establecimientos educacionales municipales y subvencionados adscritos a los módulos dentales del programa y que se encuentren en control dental.
- Apoderados de alumnos de tercero y séptimo básico de establecimientos educacionales municipales y subvencionados adscritos a módulos dentales.

²³ Información proporcionada por el director del Programa de Salud Oral, Sr. José Vergara Díaz, mediante la entrega del manual educativo, datos de la encuesta de salud bucal 2012 aplicada en los módulos de la región, presentaciones del programa de Salud Oral, entre otros documentos.

- Profesores jefes de tercero y séptimo básico de establecimientos educacionales municipales y subvencionados adscritos a los módulos dentales.
- Odontólogo jefe del módulo dental y/o educadora de módulo de las comunas seleccionadas.

Cabe destacar que la selección de comunas en las que se llevará a cabo la investigación, se ha realizado en función del nivel de vulnerabilidad que utiliza JUNAEB para cancelar las diferentes prestaciones que otorga el programa. De acuerdo a esto, se han elegido las siguientes ciudades:

- Villa Alemana: Comuna de arancel normal.
- Olmué: Comuna vulnerable.
- Cabildo: Comuna denominada zona extrema y de difícil acceso.

7. Muestra

La muestra en esta evaluación será no probabilística o de tipo dirigida, la cual se encuentra guiada por uno o varios propósitos, puesto que el motivo de selección depende de las características de la investigación. En este caso particular, corresponde a los participantes del Programa de Salud Oral de las Comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo. Los participantes son los niños y niñas que son usuarios del programa, sus apoderados, profesores jefes y el jefe del módulo dental o educadora, quienes tienen que participar del proceso de evaluación de manera voluntaria. Asimismo, la selección mencionada se realizó en una secuencia trietápica, lo que consistió en un primer momento en realizar un catastro general de los actores involucrados en el programa. Posteriormente se llevó a cabo la selección de actores según criterios de inclusión y finalmente se seleccionaron los sujetos específicos a quienes se les aplicó una entrevista semi estructurada, considerando un total de 27 participantes del programa, la que se desglosa de la siguiente manera:

- 1 profesional del módulo dental de cada comuna (3 personas).
- 1 profesor de tercero básico de cada comuna (3 personas).
- 1 profesor de séptimo básico de cada comuna (3 personas).
- 1 apoderado de tercero básico de cada comuna (3 personas).
- 1 apoderado de séptimo básico de cada comuna (3 personas).
- 2 estudiantes de tercero básico de cada comuna (6 niños/as).
- 2 estudiantes de séptimo básico de cada comuna (6 niños/as).

8. Criterios de Inclusión

A continuación se señalan, los criterios de inclusión de la muestra, las cuales están dadas en función de la integralidad del programa, el que considera a la comunidad escolar y a sus distintos actores y también a los módulos dentales.

❖ **Alumnos de Tercero y Séptimo básico usuarios del Programa:**

- Alumnos/as que se encuentren en la etapa de control odontológico.
- Alumnos/as de escuelas municipales y particulares subvencionadas.
- Alumnos de las comunas de Villa Alemana, Olmué, Cabildo.
- Expresar el deseo de participar libre y voluntariamente de la investigación evaluativa.

❖ **Apoderados:**

- Apoderados de alumnos/as de Tercero y Séptimo.
- Apoderados de alumnos/as que se encuentran en la etapa de control odontológico.
- Apoderados de alumnos/as de escuelas municipales y particulares subvencionadas.
- Apoderados de alumnos/as de las comunas de Villa Alemana, Cabildo y Olmué.
- Expresar el deseo de participar libre y voluntariamente de la investigación evaluativa.

❖ **Profesores:**

- Profesor/a jefe de los alumnos/as de tercero y séptimo básico.
- Profesor de escuelas municipales y/o particulares subvencionadas.
- Profesor en las comunas de Villa Alemana, Cabildo y Olmué.
- Expresar el deseo de participar libre y voluntariamente de la investigación evaluativa.

❖ **Jefe módulo y/o educadora:**

- Jefe o educadora de un módulo dental de JUNAEB.
- Jefe o educadora de un módulo en las comunas de Villa Alemana, Cabildo y Olmué.
- Expresar el deseo de participar libre y voluntariamente de la investigación evaluativa.

9. Técnicas de Recolección de información

En base a las características del Programa, y el proceso de evaluación iluminativa que se desea llevar a cabo, se visualizan como las técnicas más adecuadas para la recolección de información:

A- Entrevista Semi- Estructurada: En esta técnica se determina con anterioridad cual es la información importante que se desea conseguir. Para esto se realizan preguntas abiertas que permitan recibir mayor información acerca de lo que se desea conocer. Entre sus características se encuentran que es más íntima, flexible y abierta, lo que facilita el intercambio de información entre el entrevistador y el entrevistado.

En el caso de la evaluación de tipo iluminativa al Programa de Salud Oral de la JUNAEB, la entrevista semi- estructurada coadyuvará a conseguir información con respecto a las percepciones que poseen los participantes del programa, tanto a su funcionamiento como efectos en los usuarios.

B- Observación: Está técnica requiere un proceso de reflexión constante y estar atento a las características de los ambientes. Lo que correspondería a ser capaz de observar el ambiente físico, social, actividades individuales y colectivas, artefactos que se utilizan, hechos relevantes y al retrato humano de los participantes del Programa de Salud Oral. Lo que permitirá comprender procesos, vinculaciones entre participantes y sus situaciones o circunstancias.

En el caso particular de la evaluación del Programa, esta técnica será complementaria a la entrevista- semi estructurada, puesto que facilitará mediante la observación pasiva la comprensión de los contextos en que participan los usuarios del programa, en especial ver cómo funcionan los módulos dentales de las comunas especificadas con anterioridad.

10. Procedimientos de análisis de datos

En base al texto Metodología de la investigación Cualitativa de Rodríguez, Gil & García (1996), se utilizarán la siguiente forma de análisis:

Figura Nº 19: Metodología de análisis de datos.

Tareas	Actividades	Operaciones
Reducción de Datos	Separación de Unidades	Separación según criterios: temáticos, gramaticales y Sociales.
	Identificación y Clasificación de Elementos	Inclusión en categorías: -Conocimiento del Programa. -Nivel de participación de los actores en el programa. -Aspectos Positivos del Programa. -Aspectos Negativos del programa. -Evaluación del Programa. -Efectos en los niños del Programa. -Efectos en las Familias del Programa. -Efectos en la comunidad escolar.

	Síntesis y agrupamiento	Metacategorías: -Procesos. -Contexto y necesidades. -Efectos del Programa.
Disposición y transformación de datos.	Disposición y Transformación	-Elaboración de Diagramas. -Elaboración de Matrices.
	Proceso para alcanzar Conclusiones	-Descripción e interpretación de la información. -Consolidación teórica. -Aplicación de otras teorías. -Comparación.
	Verificación de Conclusiones	-Triangulación de fuentes y técnicas. -Criterios de Rigor (Véase en el apartado siguiente)

Otras fuentes: Hernández, García Sanz & Maquilón.

Cabe destacar, que para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa ATLAS TI, el cual fue de gran utilidad para reducir la información obtenida en el trabajo de campo, realizado en las comunas de Olmué, Cabildo y Villa Alemana.

11. Criterios de Rigor

En base a la clasificación realizada por Hernández Sampieri (2010), se utilizarán los siguientes criterios:

Figura Nº 20: Criterios de rigor

Criterio	Procedimiento
Credibilidad	Triangulación
Confirmación	Triangulación Reflexión sobre prejuicios, creencias y concepciones del investigador.

A- Credibilidad: Se refiere a que si la persona que ejerce el rol de investigador logra captar el significado completo y profundo de cada una de las experiencias de los participantes, en especial, aquellas que están relacionadas con el planteamiento del problema.

B- Confirmación: Se define como la capacidad de demostrar que los descubrimientos realizados en la investigación no estén sesgados por los intereses, perspectivas y motivaciones del investigador. Gregorio Rodríguez

(1996) señala que la forma que se intenta ofrecer evidencia de confirmabilidad de los datos se basa en el empleo de estrategias de triangulación y la reflexión.

12. Aspectos éticos

En la presente investigación evaluativa, se resguardó la confidencialidad de los datos proporcionados por los/as entrevistados, como también la participación libre y voluntaria en el proceso de evaluación, mediante la aplicación de un consentimiento informado que fue aceptado por los participantes previo a la entrevista.



Capítulo V: Resultados y Análisis

1. Introducción

El presente capítulo corresponde al análisis de la información recolectada mediante una serie de entrevistas realizadas en Olmué, Cabildo y Villa Alemana a los diferentes actores del programa, durante el año 2013. Estos datos han sido agrupados en tres metacategorías, de tipo apriorísticas y en categorías emergentes en función del instrumento aplicado.

Las metacategorías constituirán los siguientes ejes de análisis:

- 1- Procesos.
- 2- Contexto y necesidades.
- 3- Efectos del Programa.

❖ **Procesos:**

Por este primer eje de análisis se entenderá al conjunto de actividades que se desarrollan en el programa, las cuales permitirán *“descubrir y/o pronosticar durante el proceso los defectos de planificación en los procedimientos y en su realización, así como describir y juzgar las actividades del proceso”* (Rebollo, 1994), desde la perspectiva de los participantes del PSO.

Éste se encuentra conformado por las categorías de Conocimiento y nivel de participación de los actores del Programa, las cuales surgen a partir de las opiniones expresadas durante las entrevistas. La primera de ella, Conocimiento, se basa en datos que dicen relación a la información general que poseen los actores del programa. La segunda de ellas, Nivel de participación, alude a involucramiento que tienen las personas en las actividades del programa y como se interrelacionan unos con otros.

❖ **Contexto y necesidades:**

Entendiendo que las necesidades son carencias que limitan el desarrollo integral del hombre, y que estas se encuentran vinculadas al entorno físico o situacional de la persona, es imposible disociarlas, puesto que el ser humano es biopsicosocial y debe ser comprendido desde su contexto. Por tanto, este eje permite conocer la pertinencia de los objetivos del Programa en las necesidades de los diferentes actores, comprendiendo que cada uno de ellos tiene contextos y realidades diferentes que influyen la percepción del PSO en sus comunas (Programa de Salud Oral).

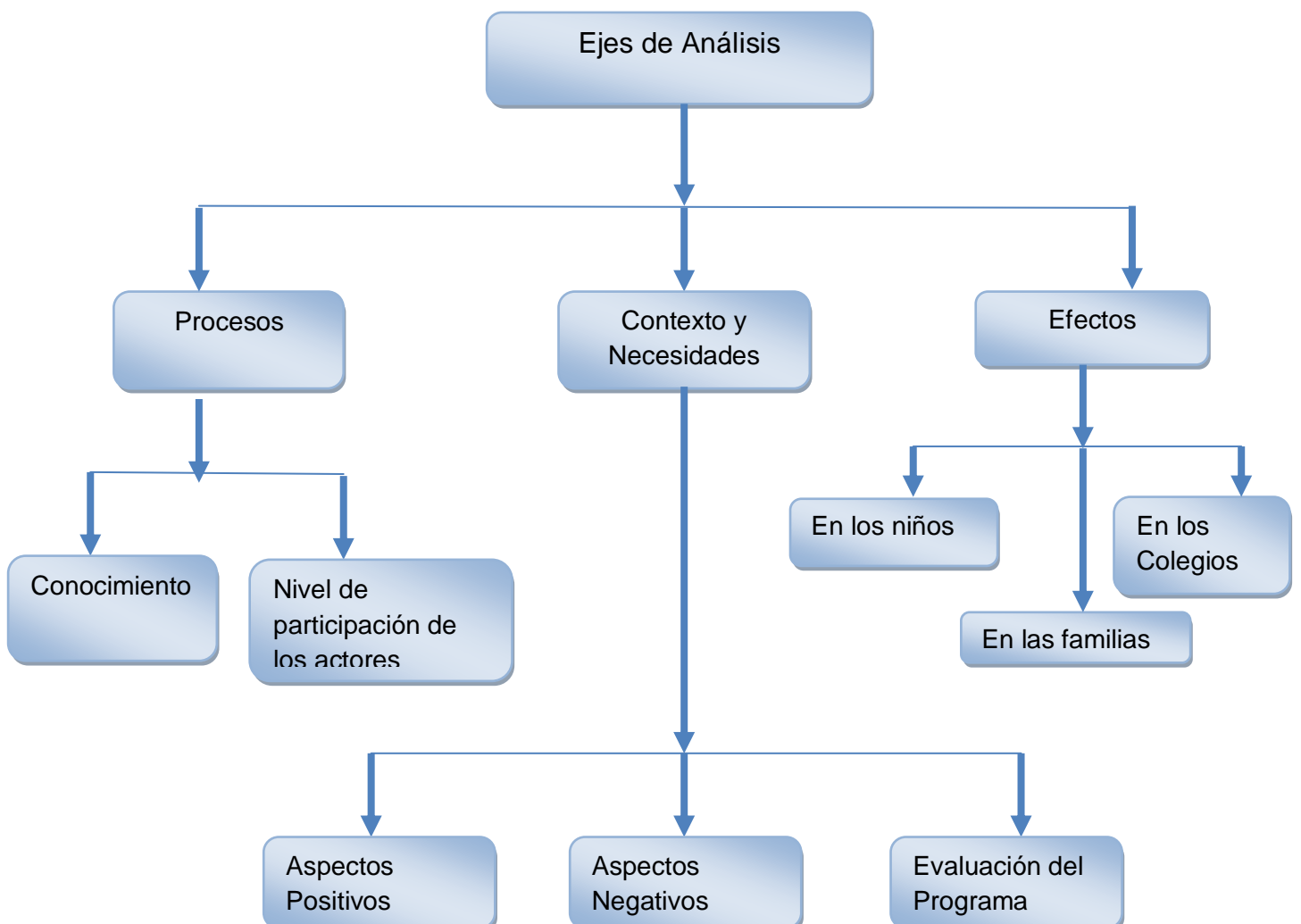
Las categorías que lo componen corresponden Aspectos Positivos, Aspectos Negativos y Evaluación del programa, producto que todas ellas permiten visualizar la opinión que tienen los actores del mismo con respecto a sus necesidades, lo que ayuda a comprender la valoración final que tiene cada

persona. En cuanto a los Aspectos Positivos, son todos aquellos que los entrevistados destacan del programa por el beneficio que conlleva para ellos. Los Aspectos Negativos, son considerados todos aquellos elementos que se encuentran deficientes y su modificación permitiría un avance en el desarrollo del Programa en las comunas ya mencionadas. Por último se encuentra la categoría Evaluación del programa, la cual corresponde al juicio de valor que emiten los actores del programa en base a su experiencia y participación en éste.

❖ **Efectos del Programa:**

Este último corresponde a aquellas consecuencias que derivan de las intervenciones realizadas por el Programa de Salud Oral en las comunas de Olmué, Cabildo y Villa Alemana. Esta metacategoría se encuentra compuesta por los efectos que visualizan los diferentes actores, es decir, tanto en los niños/as, sus familias y la comunidad escolar, producto que el Programa manifiesta un trabajo en base al modelo ecológico, lo que implica que las intervenciones realizadas en los escolares, tienen una repercusión en sus contextos inmediatos.

Figura Nº 21: Diagrama Ejes de Análisis



2. Matrices de análisis:

2.2. Procesos:

Procesos según Actores			
Actores		Conocimiento	Nivel de Participación
Jefe de módulo o educadora.		<p>“Ya... se citan a los niños y se les dice a los directores que ojalá vengan con los apoderados. Vienen y la educadora les hace una charla tanto a los apoderados como a los niños y mientras ellos están hablando de eso yo los voy atendiendo y al final terminamos con actividades. Lo otro es que se va a la reunión de apoderado, porque algunos papás ambos trabajan y no pueden venir, algunos niños no pueden traer siquiera a nadie, no vienen con nadie, entonces a los que no logramos ubicar que puedan venir para acá, se asiste a la reunión de apoderado...” (Módulo dental 3).</p>	<p>“...tienes sus contras sobre todo con el apoyo de los apoderados que es muy bajo y no solamente en el área de la salud, también en el área educativa” (Módulo dental 1).</p> <p>“ Súper bien, súper bien porque atendemos a hartos colegios y tenemos la voluntad de hacerlo, los colegios tienen la buena voluntad para acomodarse los horarios que nosotros les disponemos, tenemos la infraestructura necesaria para acogerlos y tenemos los insumos también que nos llegan para abastecer el programa”. (Módulo dental 1).</p>
Estudiantes	3º Básico	<p>“Que nosotros cuando vamos al dentista nos limpian los dientes para que estemos sanos y no tengamos ningún problema en los dientes.”(Colegio 1)</p>	<p>¿Conversas con tus papás lo que te hacen en el dentista? ¿Qué les cuentas? “Que me limpian los dientes y que me siento más sano” (Colegio 1).</p>
	7º Básico	<p>“Que los niños del colegio van al dentista a ver si tienen algún problema y los mandan directo de acá porque algunos no pueden ir por sus propios medios” (Colegio 2)</p>	<p>¿Aquí en el colegio? E...No nunca nos han hablado. (Colegio 1)</p>
Apoderados	3º Básico	<p>“Sí, sí porque nos hablan en la reunión que consiste en que le hacen una revisión a los niños una vez al año y depende de cómo este el niño es la continuación del tratamiento” (Colegio 2).</p>	<p>“Sí, pero mi hijo no se los lava, así que... yo le digo lávate los dientes y el rapidito y chao, así como hay voy hacerlo como me dijo el dentista, ¡no!. Le da como lo mismo en realidad” (Colegio 1).</p>

	7º Básico	<p>“Bueno mi hijo empezó a participar en kínder, del programa de eso que los llevan al dentista y bueno a veces no se informa mucho porque uno vienen acá al colegio y le avisan que lo van a llevar al dentista, eh... mi hijo participó más porque tenía más problemas, pero no es tanto tanto lo que uno a veces dice conocer” (Colegio 3).</p>	<p>“ella me dice “mamá me hicieron esto, me hicieron lo otro, me echaron un liquido, me hicieron algo”, pero no que me llamen del consultorio no” (Colegio 1).</p>
Profesor Jefe	3º Básico	<p>“Mira, yo conozco que se trabaja con los niños de las escuelas y se hace todo un programa en función a su dentadura, es lo que yo entiendo, y a su salud bucal, porque después que ellos van al dentista hacen una mini sesión donde se les explica como lavarse los dientes, el tema de la higiene, eso es lo que yo manejo del programa” (Colegio 2).</p> <p>“De lo que ellos me han contado y de lo que he visto, porque los he llevado al control, pero no me ha llegado un papel formal diciéndome esto es salud oral, no” (Colegio 2).</p>	<p>“Sí, porque los niños no van sin el consentimiento de los papás creo eso es lo que yo tengo entendido. Sí. Entonces se les informa a ellos a partir de citas, de papeles que se le entregan con anticipación para que el padre este preparado y prepare al alumno para ir al dentista, porque igual a los niños es como traumante ir al dentista, entonces ellos los preparan antes de” (Colegio 2).</p>
	7º Básico	<p>“Yo lo que he visto, por lo que he participado, me ha tocado acompañar cursos, veo que tienen una parte de información, además a los niños los lleva a atención y se les llama porque dependiendo de la necesidad es la atención que los niños reciben y les entregan, en este caso material, que son pasta de dientes y escobilla de dientes, para que los usen y les enseñan cómo usarlos, es lo que yo sé” (Colegio 1).</p>	<p>“Es que no sé qué información le llegará a la directora como te digo, yo sé que llegan beneficios y yo se los comunico a los chicos porque la directora nos dice llegaron estas cosas y estos beneficios y los vamos comunicando y los informamos también a los apoderados” (Colegio 2).</p>

Procesos del programa en las comunas evaluadas		
Comunas	Conocimiento	Nivel de Participación
Villa Alemana	<p>“Nos ayuda a que tengamos la salud dental más saludable, que nos enseñan que comer para que no nos salgan caries”. (Colegio 1, alumno 7^o)</p>	<p>“o es como les decía el impacto con los apoderados en educación y salud en todos lados carente de apoyo. Ahí cuesta más, sobre todo de los adultos que se comprometan es complicado” (Módulo dental 1)</p>
Olmué	<p>“No, tampoco se han acercado a explicar. Nosotros lo sabemos porque esto viene de muchos años, para nosotros es normal” (Colegio 2, profesor 1).</p>	<p>“Hay niños de tercero que han venido al módulo y todavía no conocemos a los papás, ya entonces como que el modulo esta creándole los hábitos y estamos tratando de cambiar las conductas, porque en el caso, por ejemplo, si los niños no vienen con los papas o no los traen, ya los niños estarían llenos de caries” (Módulo 2).</p>
Cabildo	<p>“Sí po, a algunos les informan como esta, le dicen su hijo tiene tanto, o su hijo necesita venir más veces, pero esas cosas así no más, pero informar sobre el programa no mucho” (Colegio 3, apoderado 1).</p>	<p>“Los apoderados colaboran en que los niños se cepillen los dientes, la alimentación saludable y todo eso, por lo tanto, en este caso cuando colaboran los papás se logra un cambio, como yo llevo un año no más es lo único que les puedo decir” (Módulo dental 3)</p>

2.2. Contexto y necesidades:

Contexto y necesidades según Actores			
Actores		Aspectos Positivos	Aspectos negativos
Jefe de módulo o educadora.		<p>“Sí, de todas maneras, de todas maneras, porque los papás con esto que trabajan ambos, no hay tiempo, entonces los papás no traen al niño al dentista, sino fuera porque los van a sacar del colegio y los traen directo para acá y de acá los devuelven al colegio, sino fuera por eso yo creo que la salud oral no estaría como está ahora, estaríamos mucho más mal” (Módulo dental 1)</p>	<p>“Nosotros atendemos de kínder a octavo, pero cuarto y sexto no se puede. Y lo ideal sería seguir con ellos hasta cuarto medio” (Módulo 1).</p>
Estudiantes	3º Básico	No se aborda este tema en la entrevista.	No se aborda este tema en la entrevista.
	7º Básico	<p>“Así que encuentro que está bien igual que lleven a...Ah!!! A que los niños los llevan en bus... encuentro que está bien, que los tienen que llevar para que los niñitos no pierdan clases” (Colegio 1)</p> <p>“Que nos tratan muy bien, nos regalan cosas para el aseo bucal” (Colegio 3).</p>	No manifiestan aspectos a mejorar del programa en la entrevista.
Apoderados	3º Básico	<p>“Sí, la atención, sí es buena la atención, el dentista a pesar de que es corto el tiempo ellos se dan igual el trabajo de hacerlo bien y el trato porque antes los niños le tenían miedo al dentista y ahora ya no” (Colegio 2).</p>	<p>“Se demoran mucho en atender un niño o te atienden la pura vez, ya después no hay vuelta otra vez, como que yo te dijera dos veces en el año o una vez por mes no sé, se les da igual gratuito o sea ni siquiera estamos cancelando, entonces yo pienso que en ese aspecto son demasiado dejados” (Colegio 1)</p>
	7º Básico	<p>“Que igual arreglaron varias boquitas de varios niños,</p>	<p>“es que sabe que no te podría como responder esa</p>

		<p>porque igual tenían la boquita con hartas caries y es importante eso, porque igual arreglarse los dientes ahora es caro" (Colegio 2).</p> <p>"Claro, si muchas personas de aquí son de escasos recursos y este programa igual ayuda bastante" (Colegio 2).</p>	<p>pregunta, porque a él cuando lo llevaba no hubo nada negativo o a mejorar algo..." (Colegio 3).</p>
Profesor Jefe	3º Básico	<p>"Que le entregan una salud bucal a los niños, que ellos de repente no tienen al alcance por falta económicamente o por preocupación por parte de la familia, ellos se encargan de darles algo a los niños" (Colegio 3).</p>	<p>"Haber nosotros lo que sabemos es a partir de lo que nos informan los directores, los directivos dentro del establecimiento pero también podrían ser charlas más globalizadas para los apoderados, los mismos alumnos que vengan a las charlas, a explicar de qué se trata todo el tema" (Colegio 3)</p>
	7º Básico	<p>"...lo positivo es eso que no todos los niños pueden tener acceso y que los lleven desde acá es bueno, porque para pedir hora en el hospital hay que llegar desde antes de las ocho de la mañana, lo que implica que el niño falte a clases y que si no consigue hora se vuelve un día perdido. (Colegio 3).</p>	<p>"Como te digo eso de la difusión que falta un poco más de información, porque cuando a nosotras nos informan nosotras enviamos y sabemos lo que están haciendo, los apoderados a veces se pierden muchos beneficios de cosas. Entonces lo que falta es tener claro por qué se hace eso" (Colegio 2).</p>

Contexto y necesidades según Actores

Actores	Evaluación del Programa
Jefe de módulo o educadora.	<p>"Muy bueno, porque visualiza todos los aspectos de la odontología, no solamente el aspecto de reparación sino que le da importancia al aspecto de promoción de la salud y a los recursos que es lo más importante. No solo te dice a ti enséñele a cepillarse a los niños, eduque a la mamá sino que además te entrega los recursos para dar los cepillos, los trípticos y lo que haya que utilizar de utilería. Además para que los niños trabajen también, se les entrega todo el sistema para trabajar" (Módulo dental 2)</p>

Estudiantes	3º Básico	No se abordó este tema en la entrevista.
	7º Básico	“Bueno, porque explican y enseñan como lavarse los dientes” (colegio 2)
Apoderados	3º Básico	“Bueno, porque igual le falta un poquito más dedicación a los niños, podría ser dos veces al año como le decía y un poquitito más relajado no tan apurado el tiempo, van muy rápido” (Colegio 2).
	7º Básico	“Muy bueno lo encuentro yo, muy bueno. Como te decía anteriormente, que uno aprende muchas cosas, los niños también aprenden muchas cosas y a veces tú no tienes oportunidades para llevarlos al dentista , por ser en el hospital hay que sacar número para llevarlo, como se dice ficha y tu a veces uno no alcanza siempre hora para poder llevarlo, entonces que te den la posibilidad desde el colegio y que sea un programa del colegio y te digan “sabe que a su hijo lo vamos a llevar” yo creo que sería desaprovechar la oportunidad si no lo llevara..” (Colegio 3).
Profesor Jefe	3ero	“Yo lo evaluó bueno, porque debería ser más consecutivo. Que fuera consecutivo durante todos los años del alumno ¿Ya? Si bien es cierto que el alumno como va adquiriendo hábitos, el alumno mientras más grande sea como que sus hábitos se le van borrando de mente. Ya no se lavan los dientes, no se bañan, entonces debería ser más consecutivo” (Colegio 3).
	7º Básico	“Bueno, porque ahora recién me doy cuenta que le falta un poco de información a la comunidad escolar completa, decir cuál es el objetivo de ellos, especificarlo, que se vea, que se informe y que se dé a conocer, es la difusión lo que les falta” (Colegio 2).

Contexto y necesidades del programa en las comunas evaluadas

Comunas	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
Villa Alemana	“...pero lo hacemos bien, eso es lo bueno, que nosotros en las auditorias que hace JUNAEB, toman niños al azar y las auditorias salen súper bien, los trabajos que hacen los dentistas son con...garantizados que están bien hechos , en las auditorias se ve reflejado” (Módulo dental 1)	“A mí me gustaría, pero no se puede en todo caso a través de ustedes, que el control fuera anual ” (Módulo dental 1).
Olmué	“...además encuentro que esta súper bien aspectado porque como nosotros como comuna vulnerable tenemos como una diferencia, el programa ha hecho una diferencia entre el aspecto socioeconómico de las comunas ” (Modulo dental 2).	“ Creo que falta el tema de proyectarlo , o sea yo sé que si los chicos tienen mayor problema los van a llevar y los van a tratar, pero pasa una vez al año y el tema de ir al dentista no está dentro de nosotros como persona, uno va al dentista cuando ya está muy mal y por favor lo más lejano posible, uno porque es caro y cuando uno es chico va las veces que te ofrece el CESFAM pero no va más allá” (Colegio 2, profesor 1).
Cabildo	“Bueno ustedes saben el origen que tiene el programa y es súper lindo, porque generalmente los casos que atiende JUNAEB son bastante vulnerables , entonces saber que uno puede ayudarlos digamos eh... educando tanto a los papás como a los niños y saber que se puede hacer un cambio digamos o a lo que uno busca lograr un cambio a largo plazo es súper lindo” (Módulo dental 3).	“Quizá faltaría un poquito más de apoyo digamos de la parte de la municipalidad , porque la mayoría de los módulos del programa JUNAEB, se financia digamos por lo menos un 60% por JUNAEB por las altas y todo eso y lo otro por la municipalidad. En este caso la municipalidad no aporta nada” (Módulo dental).

Contexto y necesidades del programa en las comunas evaluadas

Comunas	Evaluación del Programa
Villa Alemana	<p>“Buena, sí, porque....ehh por la atención y no son ehh... tratan como con cariño a los niños o sea no son muy bruscos, les están poniendo anestesia y les están hablando ehh....como despistándolos un poco de lo que está pasando y eso es lo que más es bueno, porque el niño no está preocupado de que le va doler o que se yo, está preocupado de lo que le están hablando, de lo que le están preguntando, le preguntan qué edad tiene o cómo se llama, igual o contándole otras, pero yo lo encuentro bueno” (Colegio 1, apoderado 2).</p>
Olmué	<p>“Como bueno, le falta para ser muy bueno. Le falta el tema de la cercanía con los papás, le falta el tema de a lo mejor también capacitar y que vengan a ver acá que lo que está pasando, que vayan a lo mejor a observar a las casas las cosas, porque aquí todos te pueden decir que tienen cepillo, pero cuando tu vas a las casas en realidad no hay cepillo, no hay pasta de diente”. (Colegio 2, profesor 1).</p>
Cabildo	<p>“Yo diría que es regular, porque por lo que yo he visto y percibo, es muy largo el tiempo entre una sesión y otra, después en volver a tomarlo los controles, el espacio entre los controles es mucho tiempo, eso es lo que yo he visto” (Colegio 3, profesor 2).</p>

2.3. Efectos del programa:

Efectos según Actores			
Actores		Niños/as	Padres y/o apoderados
Jefe de módulo o educadora.		“De partida, eh...tener niños que sepan que ir al dentista no es una experiencia traumática que muchos adultos” (Módulo dental 3).	“...se les enseña desde muy pequeños a tener una buena experiencia con el dentista, a que ellos entiendan que sean parte de cuidar su salud oral, a los apoderados también es importante porque si no se les explica a ellos, uno le explica a un niño de 4 años y en un rato se le olvido, a parte que no tiene la motricidad fina necesaria, entonces se va haciendo parte toda la familia, digamos todo su entorno porque a veces viene la abuelita o el abuelito, entonces al final uno también hace un cambio en ellos, en el adulto...” (Módulo dental 3).
Estudiantes	3º Básico	¿Qué te han enseñado cuando vas al dentista? “A lavarme los dientes”. ¿Y aprendiste? “Sí, primero se lavan las encías, la encía de abajo y la encía de arriba y luego se pasa por los dientes” (Colegio 2).	No se reconoce este aspecto en la entrevista.
	7º Básico	“Sí, en al enseñarme la manera de lavarme bien los dientes, como el cambio que se va notando. Eso es lo que se nota” (Colegio 2).	No se reconoce este aspecto en la entrevista.
Apoderados	3º Básico	“Sí, y también que ahora ya no le tiene miedo al dentista, estoy conforme” (Colegio 2).	“Claro, sí pues hay papás que, por ejemplo, que en la época en que ellos vinieron al colegio no recibieron ninguna educación dental, entonces los niños le enseñan a los papás”. (Colegio 2).
	7º Básico	“...tiene más incentivo en lavarse más seguido los dientes, porque antes tenía	“...entonces con eso nosotros aprendimos, aprendimos de que tiene

		que estar diciéndole siempre “lávate los dientes” y ahora no tengo tanto ese problema con ella” (Colegio 1).	que ser importante, a lo mejor a uno en los tiempos de antes, no le enseñaban tanto esas cosas, pero ahora yo creo que hay que darle harta importancia, harta importancia por lo menos nosotros como familia le damos harta importancia al tema , harta importancia”. (Colegio 3).
Profesor Jefe	3º Básico	“ Sí de todas formas, ellos adquieren hábitos, hábitos que tal vez no lo adquieran en sus casas. Tal vez uno aquí a grandes rasgos los puede explicar, pero ellos al tener contacto con esto y vivir, ya adquieren hábitos para su vida, ya se cepillan los dientes, de hecho parece que el programa cuando los llevada les regalaba cepillos de dientes, les regalaba pasta de dientes, entonces los niños se motivaban y adquirirían esos hábitos de higiene” (Colegio 3).	No se señala este aspecto en las entrevistas.
	7º Básico	“Sí tiene una repercusión porque los chicos se hacen responsables de su propia salud ” (Colegio 2).	No se señala este aspecto en las entrevistas.

Efectos según Actores

Actores		Comunidad Escolar
Jefe de módulo o educadora.		No se refiere a este aspecto en la entrevista.
Estudiantes	3º Básico	No se refiere a este aspecto en la entrevista.
	7º Básico	“Se hacen obras de repente, vienen acá y hacen obras de títeres y nos dicen que cosas hacen mal para los dientes ” (Colegio 2).
Apoderados		3º Básico No se refiere a este aspecto en la entrevista.

	7º Básico	No se refiere a este aspecto en la entrevista.
Profesor Jefe	3º Básico	“...aquí en la escuela tenemos el programa de colaciones saludables , entonces ellos ya lo traen adquirido , ellos que vienen de pre kínder ya tienen la conciencia para la fruta la verdura, el tema de los dulces que no se traen. Son muy pocos los niños que traen comida chatarra, papas fritas, por lo general mayoría trae yogurt” (Colegio 2).
	7º Básico	“ Sí también, están súper bien repartidos los tiempos en cuanto a almuerzo. Hicimos eso de que los chiquititos salen un poco antes y los grandes un poco después a almorzar para que alcancen a almorzar y a lavarse los dientes y que tengan un ratito de recreo, está todo bien programado” (Colegio 2).

Efectos del programa en las comunas evaluadas

Comunas	Niños/as	Padres y/o apoderados
Villa Alemana	“La mayoría tiene una buena evolución, en cuanto a que toman conciencia del cuidado de su salud , yo encuentro que sí, la mayoría. O sea si uno ve, yo he tenido casos de niños con catorce caries y al otro control, a veces tienen una, a veces no tienen ninguna y es un año después, a veces dos años después del control, entonces ahí uno se da cuenta de que realmente hay un impacto, o sea que el niño tomo conciencia, se lavó los dientes, que se producen cambios” (Módulo dental 1).	“...en la semana, no le permito traer golosinas al colegio a lo mejor el día viernes que es el ultimo día, pero tampoco yo trato de no mandarles eso...” (Colegio 1, apoderado 2).
Olmué	“... mejorar la salud oral, mientras más temprano intervengas mejor salud oral vas a tener. Además que este es un programa de repetición, tu sabes que todo lo que es aprendizaje es de repetición...” (Módulo dental 2).	“Claro, sí pues hay papás que, por ejemplo, que en la época en que ellos vinieron al colegio no recibieron ninguna educación dental , entonces los niños le enseñan a los papás”. (Colegio 2).
Cabildo	“Entonces cuando llegan en pre kínder y uno les enseña todo y se dan cuenta que la	“...como le digo el Diego tuvo muchos problemas con sus dientes, pero resulta que

	<p>experiencia puede ser agradable, entonces tenemos niños que están motivados con lavarse los dientes, comer saludable, llegan felices, contentos y uno les hace de todo y generar un niño, o sea un niño sano y después adultos que no están traumatados” (Módulo dental 3)</p>	<p>ahora la chica que yo tengo que tiene 3 años, ella tiene los mismos problemas que su hermano, por eso yo la llevo al dentista por la razón de que ya me paso con uno, para evitarlo” (Colegio 3, apoderado 2).</p>
--	--	--

Efectos del programa en las comunas evaluadas	
Comunas	Comunidad Escolar
Villa Alemana	No se manifiesta que exista alguna actividad relacionada a la promoción de la salud bucal y/o estilos de vida saludable. .
Olmué	“ Tenemos una feria de la comida saludable una vez al año, que es abierta a la comunidad, se hace en la plaza y ellos ahí muestran sus productos y son todas cosas saludables, participan de pre kinder hasta octavo. Cada curso se hace cargo de un stand que lo ofrece a la comunidad” (Colegio 2, profesor 1).
Cabildo	No se manifiesta que exista alguna actividad relacionada a la promoción de la salud bucal y/o estilos de vida saludable.

3. Análisis de resultados

3.1. Procesos según actores:

3.1.1. Categoría conocimiento del programa:

En esta primera categoría de análisis del programa, es posible apreciar en una primera instancia que gran parte de los actores, a excepción de los funcionarios de los módulos dentales, reconoce el trabajo del programa de Salud Oral, pero no son capaces de identificar el mismo por su nombre y la institución que financia el programa. No obstante, todas las personas entrevistadas señalan conocer que una vez al año los alumnos asisten al dentista desde el establecimiento educacional.

En relación a lo mencionado con anterioridad, son los mismos actores quienes señalan no haber recibido información formal respecto al funcionamiento del programa, lo que conlleva a que no exista claridad sobre el ámbito de acción de este, es decir, las personas desconocen los beneficios a los que tienen

derechos como usuarios y las limitaciones del PSO, en cuanto se otorgan acciones preventivas, reparatorias y educativas desde pre kínder a octavo básico, exceptuando el GES de los 6 años y los cursos de cuarto y sexto. Además, los apoderados expresan que no se llevan a cabo las acciones de ortodoncia que requieren para sus hijos, lo que evidencia un escaso nivel de información, ya que dentro del marco programático no se contemplan acciones de este tipo.

*“...a medida que le fueron saliendo los dientes a él la paleta le salió chueca, hasta el momento yo no se lo he podido arreglar por falta de dinero porque yo vivo de la feria y mi marido del triciclo, la verdad no hay dinero para llevarlo, ponerle los frenillos y todo. **Yo lo estuve llevando acá al Eduardo Frei por parte del colegio y me dijeron que le iban a seguir el tratamiento, hasta el momento nada y ahí sigue con el diente chueco...**”*
(Colegio 1, apoderado 1).

Otro aspecto relacionado con el conocimiento que se tiene del programa es como se informa a los profesores sobre este, puesto que a partir del trabajo de campo, las opiniones coinciden en que los datos recibidos provienen de parte de los directivos del establecimiento educacional, quienes solicitan que los docentes gestionen los permisos para asistir al módulo dental y acompañen a los estudiantes el día de la citación. Por tanto, el profesor se convierte en un intermediario que no posee todos los conocimientos que pudiesen aportar al mejor funcionamiento del programa; lo que conlleva a que en la realidad no existiría una real valoración de las capacidades profesionales de los docentes, quienes al relacionarse cotidianamente con los alumnos y sus familias pueden influir a los actores a participar activamente del programa.

*“Haber nosotros lo que sabemos es a partir de lo que nos informan los directores, los directivos dentro del establecimiento pero también **podrían ser charlas más globalizadas para los apoderados, los mismos alumnos que vengan a las charlas, a explicar de qué se trata todo el tema**”. (Colegio 3, profesor 1).*

Los alumnos, son quienes manejan mayor información sobre el tratamiento recibido y el área educativa del programa, a pesar de no tener un conocimiento global de éste, expresan en su discurso las acciones que se desarrollan en los módulos dentales, las cuales se manifiestan en la importancia que le otorgan a mantener una buena higiene bucal y estilos de vida de saludables que permitan prevenir enfermedades dentales.

En cuanto a los módulos dentales y los profesionales que allí trabajan, son quienes poseen un conocimiento acabado respecto al programa, señalando que

intentan traspasar la información a los diferentes actores involucrados, ya sea a través de citaciones, notas y asistencia a reuniones en los establecimientos educacionales, acciones que no son reconocidas por los apoderados y profesores, lo que demuestra la existencia de un problema de comunicación entre los participantes del PSO.

Conociendo que existen seis niveles diferentes de participación comunitaria, es posible identificar que actualmente en el Programa de Salud Oral se da la “Participación como consulta” (segundo nivel), en la cual *“las personas responsables de diseñar y ejecutar un programa deciden consultar con motivos de sugerencias o para que la comunidad exprese sus opiniones”*²⁴. Esto conlleva a que los sujetos reconozcan el programa, pero no tengan un sentimiento de pertenencia al mismo que facilite que los diversos actores tengan un dominio importante de éste, es decir, que exista una real identificación con el PSO.

Por consiguiente, el mejorar el nivel de participación en todos los actores, coadyuvaría a que los niños/as tuviesen un apoyo mayor para el repaso de los aprendizajes generados en los módulos de sus comunas respectivas. Puesto que al ser la participación social un proceso voluntario, no es posible obligar a los actores a un determinado proceder, pero si propiciar un actuar favorable en virtud de intentar desarrollar hábitos de higiene bucal que contribuyan a la buena salud oral de los niños y niñas.

Asimismo, la ausencia de material de apoyo sobre salud bucal y estilos de vida saludable, que se da tanto los módulos dentales, y en especial en los establecimientos educacionales, podría favorecer el status quo que actualmente se da en el programa de falta de información acerca del mismo, por consiguiente, y en base a las observaciones realizadas, es posible inferir que el poseer material de apoyo gráfico en los lugares ya mencionados, propendería a un mayor reconocimiento por parte de la comunidad escolar acerca del PSO, sus funciones y además de un reforzamiento de los contenidos entregados a los alumnos/as que asisten a los módulos dentales.

3.1.2. Categoría nivel de participación de los actores:

En primer lugar, cabe mencionar que la participación en salud, entendida como *“la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidaria, en la tarea de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud”* (Anigstein, 2008). Extrapolando este concepto a la realidad investigada, es posible reconocer que los módulos dentales manifiestan directamente la falta de apoyo por parte de los apoderados de los usuarios, tanto en la tarea de reforzar los hábitos higiénicos como en un apoyo más activo,

²⁴ Información extraída del Marco de Referencia acerca de la Participación Comunitaria en Salud página 70.

acompañando a los niños y niñas en su citación al dentista. Así también, los padres reconocen poseer información respecto al tratamiento odontológico solo por parte de sus hijos, lo que podría evidenciar que no existe mayor interés en revertir la situación detallada.

En cuanto a los establecimientos educacionales, hay una buena disposición por parte de ellos para coordinar horarios y facilitar la atención de los estudiantes, no obstante no se aprecia un trabajo mayor por reforzar los conocimientos adquiridos en las sesiones educativas realizadas en los módulos dentales, lo cual es expresado tanto por profesores como por el alumnado.

“Por ejemplo, yo trabajo sola, entonteces yo no puedo decirle usted vaya a lavarse los dientes, porque yo trabajo acá y los baños están lejos por lo que no alcanzo a verlos. Entonces, en el momento en que yo les digo vamos a tomar agüita y los que se van a tomar agüita se lavan los dientes podemos hacer cumplir esa regla, pero sino no, no tenemos los baños por ejemplo dentro de la sala o en una proyección cercana a la sala...” (Colegio 2, profesor 1).

Tal como fue mencionado anteriormente, los profesores adquieren un rol de intermediarios dentro del programa, puesto que no poseen todos los conocimientos para informar a los apoderados acerca de éste y de esta manera motivarlos a que participen más activamente, sobre todo en el apoyo que requieren los niños y niñas para la adquisición de hábitos higiénicos.

3.2. Procesos del programa en las comunas evaluadas:

3.2.1. Categoría conocimiento del programa:

En base a esta categoría, se destaca que existe un rasgo similar en las tres comunas estudiadas, el cual dice relación con que los apoderados y profesores manifiestan que nunca se han acercado a ellos a explicarles sobre el programa, a pesar de reconocer su existencia y los beneficios que conlleva. Por el contrario, los alumnos manejan las acciones que son llevadas a cabo en los módulos dentales, ya que como usuarios directos del programa reciben una explicación clara del tratamiento recibido y medidas para prevenir caries y otras enfermedades bucodentales.

En cuanto a las diferencias que son visibles de apreciar entre las distintas comunas, se encuentra en primer lugar el caso de Villa Alemana donde los alumnos poseen mayor conocimiento respecto al programa y aspectos técnicos del mismo. Además se expresó por parte de los profesores del establecimiento educacional entrevistado que ellos recibían por parte del módulo dental retroalimentación de los aprendizajes adquiridos por los alumnos en la temática de salud bucal, a través del envío de las pruebas aplicadas a los estudiantes, lo que

solo se produce en esa oportunidad, sin existir una mayor interacción continua entre estos dos actores.

“...mandan las pruebas, que le hacen una prueba a los niños para que nosotros sepamos la nota que sacaron, pero hasta ahí no más llevo la cosa...” (Colegio 1, profesor 1)

En el caso de Cabildo, se produce una situación divergente en relación a los otros dos módulos dentales, debido a que con anterioridad hubo un periodo de reestructuración del módulo, lo que se produjo por la alta rotación de profesionales y desde hace un año ya se cuenta con personal estable, los que han tratado de subsanar la problemática acontecida. Esto conllevó a que durante el transcurso del año pasado, no se realizarán las charlas programadas, por tanto el componente educativo fue dejado de lado en desmedro de la intervención odontológica en los niños, lo que provoco una mayor desinformación en los apoderados respecto al programa.

3.2.2 Categoría nivel de participación de los actores:

En esta categoría se expresa una similitud en los tres módulos dentales, en cuanto al apoyo y facilitación a su labor que reciben por parte de los establecimientos educacionales, quienes acomodan sus horarios según la disponibilidad de los módulos dentales, a pesar que no existe un reforzamiento de los hábitos higiénicos, como ya fue mencionado con anterioridad.

En las comunas de Villa Alemana y Olmué, se observa una característica en común, la cual dice relación con el escaso apoyo y participación que manifiestan los apoderados.

“Los citamos pero de veinte llega uno, cuando yo he hecho reuniones en los colegios o hacen reuniones de apoderados y la otra vez en el jardín de chiquititos, todos los apoderados fueron citados y llegaron tres y eran más de doscientos, llegaron tres a la charla”. (Módulo Dental 1).

En el caso de Cabildo, se da a conocer una situación totalmente distinta por parte del módulo dental, quien reconoce un apoyo de los apoderados en el reforzamiento de las técnicas de cepillado y alimentación saludable, lo que favorecería directamente una mejora de la salud bucal de los estudiantes, lo que es observado por el equipo ejecutor al momento de realizar los controles programados.

3.3. Contexto y necesidades según actores:

3.3.1. Categoría aspectos positivos:

Observando de manera general esta categoría, es posible reconocer de manera inmediata en el discurso de los entrevistados, que todos destacan al menos un efecto positivo que tiene el programa en los niños y niñas, exceptuando el caso de los alumnos de tercero con quienes no se abordó esa temática.

En lo referente a los módulos dentales, para ellos la importancia del programa radica en que se ocupa de una población vulnerable, en la cual muchas veces la atención odontológica no es visualizada como una necesidad primordial, y donde además cada vez es más frecuente que ambos padres trabajen, lo que conlleva a que ellos no tengan tiempo requerido para llevar a sus hijos al dentista. Es aquí donde el PSO se transforma en programa de suma importancia para lograr contribuir a los objetivos sanitarios de la década 2011- 2020, ya que sin éste la salud oral de los estudiantes se vería en condiciones aún más precarias.

Además se reconoce por parte de los diferentes actores del programa la calidad de los servicios prestados, el que tiene los efectos esperados, es decir, mejorar la salud oral de los niños. En este punto cabe recordar el objetivo del programa el cual consiste en *“Contribuir a mejorar la salud bucal de los escolares de enseñanza pre- básica y básica de alta vulnerabilidad socioeconómica, a través de diversas acciones odontológicas para evitar su ausentismo a causa de enfermedades bucodentales”* (JUNAEB, 2012). Asimismo, en base a los testimonios brindados por los entrevistados, se refuerza lo señalado que en cuanto a que se evita el ausentismo escolar por enfermedades dentales.

“...lo positivo es eso que no todos los niños pueden tener acceso y que los lleven desde acá es bueno, porque para pedir hora en el hospital hay que llegar desde antes de las ocho de la mañana, lo que implica que el niño falte a clases y que si no consigue hora se vuelve un día perdido”.
(Colegio 3, profesor 2).

Uno de los aspectos considerados más relevantes por los actores de las comunas ya mencionadas, corresponde a la gratuidad de los servicios entregados, lo que significa a que es un programa que atiende a personas principalmente de escasos recursos y que de otra manera no tendrían acceso a estos servicios de manera particular, por el alto costo de la salud odontológica que se da en nuestro país, en donde las diversas inequidades que se presentan en el país producto de la mala distribución de los ingresos se reproducen en la salud bucal de las personas, provocando las denominadas “Desigualdades de la salud bucal”, las cuales se encuentran determinadas tanto por la estructura económica, social y política en la que se vive en Chile.

Por consiguiente, el Programa de Salud Oral es considerado por sus actores como un aporte a los escolares, quienes mediante este tipo de programas ven mejorada su situación de vulnerabilidad, además de generar un proceso de concienciación en los niños sobre la importancia de su salud bucal. Tomando como base esto, es posible destacar que dentro de los aspectos positivos más reiterados del programa se encuentran; mejora la salud oral de los escolares, atiende a población vulnerable, es gratuito y la calidad de los servicios es acorde a sus necesidades, por tanto los beneficios del programa son reconocidos de manera inmediata por los diferentes actores.

3.3.2. Categoría aspectos Negativos:

En esta categoría, existen diversos aspectos a mejorar por parte de los actores, quienes según sus necesidades determinan las falencias del programa de salud oral. En el caso de los profesores de los establecimientos educacionales, el aspecto negativo que ellos consideran, dice relación con la difusión del programa, es decir, la manera en que ellos conocen la labor de los módulos dentales y los objetivos del PSO, ya que señalan una desinformación con respecto a estos puntos, siendo la información obtenida solo a través de los directivos de los colegios, lo que genera que los docentes tampoco puedan dar a conocer a los padres y/o apoderados de los alumnos la importancia de la labor que actualmente realiza el programa.

*“...tampoco se han acercado a explicar. **Nosotros lo sabemos porque esto viene de muchos años, para nosotros es normal.**” (Colegio 2, profesor 1).*

En los casos de los módulos dentales, actualmente ven como una prioridad el lograr extender la población objeto de atención, lo que significa que no sólo brinden sus servicios a los alumnos hasta octavo básico, sino más bien hasta cuarto medio, ya que es una edad acorde para que los estudiantes se hagan cargo de manera autónoma de su salud bucal, por tanto el llegar a atender hasta estos niveles, ayudaría a que el trabajo realizado y los hábitos de higiene oral generados en los niños/as, tuviera mayores probabilidades de permanecer en el tiempo, producto que las personas a los 18 años, que es la edad promedio que se termina con la educación media, tienen una madurez distinta que a los 13 o 14 años cuando actualmente el programa deja de proporcionarles atención dental.

Otro aspecto mencionado por los diversos participantes de las entrevistas, y que predominó sobre todo en las respuestas de los apoderados, es lo que consideran ellos como un extenso período de espera entre una atención odontológica y otra, puesto que para los padres de los alumnos el programa no debería ser anual, sino por lo menos semestral, para que de esta manera la salud

bucal de los escolares se encuentre mejor monitoreada, ya que como es conocido *“la cavidad bucal es el primer lugar donde se pueden diagnosticar enfermedades como por ejemplo, deficiencia de vitamina B-12, cáncer oral, desórdenes alimenticios y los primeros signos clínicos de VIH”* (MINSAL, 2013c). Por lo cual, tener controles con mayor periodicidad permitiría detectar posibles enfermedades en los escolares que atienden los diversos módulos dentales.

En el caso de la población objeto de atención, al igual que los aspectos positivos no se abordó esta temática en los alumnos de tercero básico por su edad, y al momento de preguntarles si había algo de asistir al dentista que no les agradara, ellos señalaban que no generalmente. Los alumnos de séptimo básico entrevistados no reconocieron al momento de generarse la pregunta ningún aspecto negativo, lo que a su vez podría demostrar un alto grado de satisfacción usuaria.

Para finalizar es destacable la opinión de un apoderado; *“es que sabe que no te podría como responder esa pregunta, porque a él cuando lo llevaba no hubo nada negativo o a mejorar algo...”* (Colegio 3, apoderado 2). Con esto se manifestaría que el objetivo del programa y la forma en que es llevado a cabo, coadyuvaría a que las personas tiendan a recordar los aspectos positivos del mismo, por sobre las posibles falencias que éste pueda tener.

3.3.3 Categoría Evaluación del Programa:

En relación a esta categoría, cabe destacar que al momento de consultar a los entrevistados se plantearon cuatro opciones de evaluación del programa (Muy bueno, bueno, regular y malo), quienes en función de esto manifestaron mayoritariamente una apreciación buena acerca del PSO.

Al desglosar la información obtenida por parte de los diferentes actores del Programa de Salud Oral, es destacable en primer lugar la opinión de los profesores, quienes no consideraron el programa como “Muy Bueno”, principalmente por dos razones que guardan directa relación con los aspectos a mejorar mencionados con anterioridad; el primero de ellos es la falta de información a la comunidad escolar sobre el programa, sus objetivos, áreas de acción entre otras temáticas. Además señalan que el programa debería abarcar todos los años de escolaridad del alumno, tópico que también fue mencionado por los módulos dentales en la categoría anterior. Por tanto, a pesar de estos aspectos negativos, el fin y la forma de ejecutar el programa siguen teniendo mayor preponderancia para considerarlo como positivo en la mejora de la salud oral de los niños y niñas.

En los apoderados sus opiniones variaban desde “Muy Bueno” hasta “Bueno”, lo que debe principalmente a la periodicidad con que actualmente se

atiende a los niños. No obstante, son los mismo padres quienes reconocen la importancia del programa en cuanto les enseña técnica de cepillados y temáticas que ellos con anterioridad no manejaban o no ponderaban la importancia de la salud bucal en sus hijos/as, ya que muchas personas consideran que la dentición temporal no es tan importante como la definitiva, y por consiguiente, no se preocupan de fomentar una buena salud higiene en los escolares, lo que queda reflejado mediante el siguiente relato:

*“... O sea muchas familias como que no encuentran un problema cuando los niños tienen los dientes picados cuando son chicos, porque dicen que los van a cambiar pero eso es súper importante, entonces a los niños le han enseñado que la salud bucal parte por eso; les sacan esos dientes, se los tapan, les tapan las muelas, entonces **ellos ya van adquiriendo un conocimiento que tal vez en la casa no lo encuentran**”. (Colegio 3, profesor 1).*

Además cabe recalcar la importancia de buena salud oral en la distintas etapas de la infancia, pues en los primeros años de vida es la boca un motor fundamental en las relaciones que logran los niños/as establecer, siendo parte importante del autoconcepto que generan de ellos mismos. Esto se produce porque la salud bucal es un *“componente indispensable de la salud en general, ya que influye positivamente no solo en el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicaciones y relaciones sociales) de las personas”* (MINSAL, 2013c).

En el caso de la evaluación que generaban los estudiantes acerca del programa fueron los alumnos de séptimo básico a los que se les consultó esta temática, respondiendo generalmente que el programa era “Bueno”, puesto que les enseñaba como hacer un aseo bucal correcto, se les entregaba útiles para su limpieza y aprendían que alimentos no debían consumir para evitar la aparición de caries. Además desde que asisten al dentista por el establecimiento educacional sienten su dentadura mucho mejor, expresado en los siguientes testimonios;

“Tenimos sana la boca y siempre cuando vamos al dentista nos sacan la muela para que no tengamos otra infección y se nos vaya a otro diente.” (Colegio 3, alumno 7°)

“...porque te queda la boca más saludable encuentro yo...” (Colegio 1, alumno 7°)

Por último, corresponde destacar la evaluación que realizan los módulos dentales, en donde se evalúa como “Muy Bueno” el programa, producto de la labor que este realiza en los niños/as más vulnerables del país, quienes de otra manera no tendrían acceso a este tipo de prestaciones. Asimismo, cabe recalcar el

aspecto integral que contempla el programa en su accionar, en donde temáticas como la prevención y la promoción de la salud oral son tan fundamentales como la reparación que requieren muchos de los estudiantes del país. Puesto que no sólo se busca realizar obturaciones, sino además generar un proceso de concienciación, educación y empoderamiento de los estudiantes en relación con su salud oral.

3.4. Contexto y necesidades del programa en las comunas evaluadas:

3.4.1. Categoría Aspectos positivos del programa:

Al comparar en esta categoría las opiniones de los funcionarios/as de los módulos dentales entrevistados, cada uno de ellos destaca un aspecto distinto del programa de Salud Oral en sus comunas. En el caso particular de Villa Alemana, lo que ellos visualizan como positivo, corresponde a la manera en que se lleva a cabo el trabajo por parte del equipo odontológico, en donde las auditorías realizadas por otros profesionales del área, certifican que el trabajo desarrollado es de la calidad que los estudiantes requieren y merecen. Por tanto, se demostraría que la labor desarrollada por los trabajadores es hecha según los estándares requeridos y con la conciencia de la importancia que tiene la salud oral en los niños, lo que contribuiría de manera sustantiva al logro del objetivo del programa.

En cuanto a Olmué, se recalca la manera en que fue diseñado el programa, donde se contempla un arancel diferenciado entre las diversas comunas según su nivel de vulnerabilidad socioeconómica, esto conlleva que existan comunas que reciban un pago mayor por una misma prestación que en comunas más centrales de la región. En este caso, la comuna tiene un arancel más alto que otras, lo que le permite poder atender a todos los colegios particulares subvencionado y municipalizados de la comuna, además de contar con el apoyo del municipio para mejorar el accionar del programa.

En Cabildo destacan del programa su fin social, lo que lleva muchos profesionales a trabajar en los módulos dentales de JUNAEB, pues los odontólogos y técnicos que allí desarrollan su labor buscan educar tanto a los niños, sus familias y a la comunidad escolar para mejorar de esta forma la salud oral de los estudiantes, los cuales no siempre toman conciencia de la importancia de mantener una buena higiene desde la infancia y es a través de estas instancias que se informan de la repercusión que tiene una mala salud bucal en esta etapa del ciclo vital.

Es posible afirmar mediante todas las opiniones analizadas, que no hay por parte de los funcionarios de los módulos dentales un aspecto positivo que

predomine por sobre otro en el programa, lo integral del mismo, provoca que sus actores puedan reconocer distintas características que desearon resaltar.

3.4.2. Aspectos negativos del programa:

Un aspecto común que surge desde esta categoría de análisis en las tres comunas, corresponde a la necesidad que sienten actualmente los distintos participantes del programa de salud oral para que la atención odontológica brindada a los estudiantes tenga mayor regularidad. En el caso de Villa Alemana, el módulo dental plantea el requerimiento de que los controles que actualmente se dan sean anuales y no suceda, como es actualmente, que los cursos de cuarto y séptimo básico no tengan la posibilidad de atención dental.

En Ólmue, se manifiesta que la necesidad de atención odontológica no es solo anual, sino que se requiere que se cree un hábito en los niños de asistir por lo menos semestralmente al odontólogo, para que de esta manera cuando el escolar sea adulto tenga interiorizada esta conducta. Además, ayudaría a mejorar la salud bucal de los niños/ as que actualmente son sujetos de atención del Programa.

En la realidad particular del módulo Dental de Cabildo, se manifiesta la necesidad de contar con el apoyo financiero municipal, puesto que actualmente el programa en dicha localidad se encuentra funcionando solo por los fondos que entrega JUNAEB, situación que en las otras dos comunas no sucede, y por tanto, propendería a una mejor ejecución del PSO a través de contrataciones de mayor cantidad de personal, lo que a su vez permitiría atender mayor número de estudiantes de la comunidad.

Relacionando la necesidad de controles más periódicos manifestada por los participantes del Programa de Salud Oral, con material bibliográfico que apoye este requerimiento, se encuentra la información dada por la OCDE, donde se explica que el poseer enfermedades en la cavidad bucal tiene una serie de consecuencias para las personas, es decir, *“Las personas con una salud bucal deficiente, pueden experimentar dolor y molestia, discapacidad funcional, baja autoestima e insatisfacción con su aspecto. Gran parte de la carga de las enfermedades dentales recae en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente”* (OCDE, 2007).²⁵

Por tanto, el prevenir estas enfermedades desde etapas tempranas de la vida, facilitaría con posterioridad la inserción laboral de las personas, ya que la dentadura es una parte fundamental de la imagen que presentan las personas y de la conformación de una autoestima sólida.

²⁵ Información obtenida del Marco de referencia, página 67.

3.4.3. Evaluación del programa:

En los distintos actores de la comunidad escolar en las tres comunas, predominó al momento de evaluar el programa la designación de “Bueno”, producto que a pesar de tener un objetivo y una ejecución positiva, existen en la actualidad algunos aspectos a mejorar que ayudarían a modificar la consideración que en el presente se tiene del Programa. Dentro de éstas se encuentra la falta de comunicación directa entre los módulos dentales y la comunidad escolar, lo que propendería a facilitar la adherencia de las personas al PSO, ya que no solo los niños/as se sentirían parte del mismo, sino además todo su núcleo familiar, quienes actualmente no son incorporados totalmente.

En el caso de los profesores, no poseen toda la información para lograr empoderar y explicar a las familias de que se trata éste beneficio con que cuentan los alumnos, ya que tal como dice el significado de empowerment, se entiende en su sentido más amplio como “potenciación o fortalecimiento”²⁶. Por consiguiente, el lograr que informar a la comunidad escolar y su entorno estimularía la participación de todos los actores que el programa considera y que en la realidad muchos de ellos se sienten desinformados de sobre el mismo.

Otra característica del PSO que es destacable, corresponde a las numerosas veces que tanto los estudiantes como sus apoderados señalaron la amabilidad y paciencia con que son tratados los niños y niñas, lo que a su vez generaría un efecto positivo en cuanto se pierde el temor que actualmente las personas tienden a poseer al dentista producto del desconocimiento de su trabajo.

La mayor problemática reiterada por los entrevistados como ya fue señalado, corresponde a la periodicidad con que actualmente se lleva a cabo el programa, debido a que ellos consideran que los escolares requieren de una atención con mayor regularidad para que de esta forma el programa logre realmente conseguir los efectos esperados, en cuanto a no solo restaurar la salud bucal, sino además generar una conciencia sobre la importancia de una buena higiene bucal.

Por tanto, para lograr un verdadero proceso de potenciación los/as niños que son parte del Programa de Salud Oral, se requiere que el aprendizaje de habilidades para la toma de decisiones sobre su salud bucal y el manejo de recursos sean reforzados de manera constante, de modo de que lo enseñado sea realmente interiorizado por los estudiantes que los módulos dentales atienden.

²⁶ Información extraída del marco de referencia, página 71.

3.5. Efectos del programa según actores:

3.5.1. Categoría efectos en niños y niñas:

En esta categoría, la gran mayoría de los actores reconoce como principal efecto de las intervenciones del programa, la adquisición temprana de hábitos de higiene bucal en los niños y niñas. En este sentido, las opiniones de los equipos profesionales en los módulos dentales, coincide en que si bien estos cambios ocurren a largo plazo, existen ciertos elementos que facilitan la adquisición de estos aprendizajes, lo que contribuye a su mantenimiento y continuidad en el tiempo.

Un primer factor a mencionar, es el hecho de que asistir al dentista desde pre kínder y en forma consecutiva, se vuelve una experiencia conocida y agradable para los niños/as, quienes se habitúan a los procedimientos dentales perdiendo así el temor ante lo desconocido, situación que gran parte de la población adulta lo asocia a una experiencia dolorosa y traumática.

“...porque nos pasa aquí, a veces atendemos la posta y muchos adultos le tienen pánico y llegan cuando ya no hay una solución, cuando hay que sacarle todos los dientes, entonces lo que se busca es eso, que puedan mantener una buena salud bucal” (Módulo dental 3).

Lo anterior, se potencia al proporcionar una atención acorde a las etapas del desarrollo en la que se encuentran los usuarios del programa. Desde este aspecto, se pone énfasis en que tanto la atención odontológica brindada, como también los contenidos educativos abordados en las sesiones, consideren los aspectos físicos, cognoscitivos y sociales de los estudiantes, de tal manera que la experiencia motive a los niños y niñas de acuerdo a sus propias capacidades en la formación de hábitos. En este último punto, los apoderados y profesores reconocen que existe motivación por parte de los alumnos en realizar la higiene bucal, lo que se complementa con el discurso de los propios alumnos, quienes relacionan y manejan conceptos asociados como, por ejemplo, caries dentales y alimentación saludable, técnica de cepillado e importancia de mantener una dentadura limpia y sana.

“...tiene más incentivo en lavarse más seguido los dientes, porque antes tenía que estar diciéndole siempre “lávate los dientes” y ahora no tengo tanto ese problema con ella” (Colegio 1, apoderado 2).

Un segundo y último elemento a destacar, que se encuentra directamente ligado al anterior, corresponde al apoyo de la familia o de un adulto significativo en el proceso de inserción temprana a la atención dental y la consecuente adquisición de hábitos de higiene bucal. Para ello, es necesario tener presente, que todo hábito es una conducta repetitiva que se automatiza por repetición, de esta

manera para que su permanencia sea definitiva en el tiempo, requiere de la supervisión y reforzamiento constante de este, especialmente en las edades que comprende el Programa de Salud Oral. En este sentido, se infiere que para que los niños y niñas sean responsables del autocuidado de la salud bucal, se requiere de un entorno que propicie el cepillado de dientes y las medidas preventivas de caries y otras enfermedades bucodentales. En consecuencia, sí se utiliza la motivación de los alumnos en conjunto con el reforzamiento que pueden brindar los padres y las escuelas, se lograría que las intervenciones educativas desarrolladas por el programa tengan un efecto prolongado y sean internalizadas por los estudiantes.

Cabe mencionar que la salud oral en el caso de los niños/as conforma parte importante de la autoimagen que puedan tener de ellos mismos. Una imagen positiva ayudará a crear relaciones sociables estables y a mejorar el proceso de sociabilización del escolar. En el caso de los/as adolescentes según es informado por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, se dio a conocer que para un 37% de ellos, su salud bucal afecta siempre o casi siempre su calidad de vida, lo que se debe en gran medida a que actualmente el tener una mala salud bucal no solo conlleva enfermedades, sino también problemáticas relacionales, en cuanto en la sociedad presente la imagen que las personas proyectan tiene cada vez mayor relevancia dentro de la misma.

Este último dato brindado, permite reforzar la idea de que salud es un completo bienestar físico, psicológico y social, comprendiendo que el ser humano es biopsicosocial, y por tanto sus aspectos relacionales y subjetivos afectan de manera directa su estado de salud tanto física como mental.²⁷

3.5.2. Categoría efectos en padres y apoderados:

Esta categoría involucra aspectos que se encuentran relacionados con la temática analizada anteriormente, debido a que la totalidad de los profesionales de los módulos dentales entrevistados, concuerda que la familia constituye un pilar fundamental para que la adquisición de hábitos de higiene bucal sea efectiva y permanente. Al desagregar esta información, desde el punto de vista teórico del modelo ecológico, se puede sostener que los niños y niñas durante su desarrollo están en una constante acomodación mutua con el ambiente inmediato o microsistema, esto explica la influencia que ejerce en ellos la familia, la escuela y el módulo dental. En este caso, los padres y/o adultos significativos de los alumnos, constituyen uno de los factores protectores más importantes para la salud bucal, debido a que son el modelo de referencia más cercano que ellos

²⁷ Información extraída del Marco de Referencia, acerca de concepto de Salud, página 61.

poseen, por ende los hábitos y costumbres que la familia potencie serán los que al largo plazo los niños/as internalicen.

De acuerdo a lo mencionado en el párrafo precedente y según lo extraído de las opiniones de los padres y apoderados, se manifiesta que los niños y niñas comunican a estos actores los procedimientos que les realizan durante la asistencia al módulo dental, lo que permitiría deducir que los estudiantes traspasan los conocimientos adquiridos a su entorno inmediato. No obstante aquello, en el discurso de los padres se observa una dualidad en las opiniones, ya que una parte de ellos refiere que el programa les ha permitido incorporar conocimientos, respecto a la temática de la salud bucal que antes desconocían o que no le atribuían el interés que merecía. En consecuencia, reconocen que el programa ha generado un cambio en la familia, lo que constata que el componente educativo lograría su objetivo de repercutir y trascender más allá del propio usuario, involucrando a otros actores de relevancia en el proceso de formación de hábitos.

*“...entonces con eso nosotros aprendimos, aprendimos de que tiene que ser importante, a lo mejor a uno en los tiempos de antes, no le enseñaban tanto esas cosas, pero ahora yo creo que hay que darle harta importancia, harta importancia **por lo menos nosotros como familia le damos harta importancia al tema, harta importancia**”.* (Colegio 3, apoderado 2).

En el punto de vista contrario, se encuentran aquellos apoderados que si bien reconocen que sus hijos/as asisten al Programa de Salud Oral no expresan una implicación mayor respecto a la temática, por lo cual los efectos que el programa puede generar a nivel de la familia no son reconocidos como tales. Lo anterior, podría ser producto de la falta de información respecto al programa, que ya se evidenció en el análisis de la categoría “Conocimiento”, como también producto del desinterés que parte de la población manifiesta hacia la salud bucal, en relación a que no se le asigna importancia a las acciones preventivas en edades tempranas, sobre todo cuando se trata de dentición temporal, donde existe la creencia que la pérdida de estas piezas dentales no constituye un riesgo para la posterior dentadura definitiva. En síntesis, al correlacionar los datos estadísticos nacionales con el nivel educacional de las personas, se expresa una mayor prevalencia de individuos dentados totales en la medida que aumentan la escolaridad. Sí a este antecedente se le agrega la variable del nivel socioeconómico, se aprecia que son las personas de los niveles más bajos quienes presentan mayor porcentaje de enfermedades bucodentales, lo que sumado a las inequidades en el acceso a salud dental genera individuos con un elevado daño oral, población que para efectos del PSO constituye el grupo

prioritario al cual se han focalizado las acciones de promoción, prevención y restauración.

“...Si pero mi hijo no se los lava, así que ...Yo le digo lávate los dientes y él rapidito y chao, así como hay voy a hacerlo como me dijo la dentista, no! Le da como lo mismo en realidad...” (Colegio 1, apoderado 1).

En relación a lo mencionado, se confirma nuevamente que la adquisición de hábitos de higiene bucal es un proceso de larga evolución, que requiere la permanente supervisión por parte de los padres como apoyo a las acciones realizadas por el módulo dental. Por este motivo, el Programa de Salud Oral dentro de su modelo de atención, busca educar a la población más vulnerable en esta temática, con la finalidad de generar un nivel de empoderamiento, en el cual los individuos, sean capaces de adquirir control y tomar decisiones respecto a su salud dental. Para ello, se necesita un trabajo coordinado y permanente en los microsistemas en los que se desenvuelven los usuarios del programa, es decir, un nivel de comunicación bidireccional de los equipos ejecutores con los apoderados y la comunidad escolar, ya que si bien se contempla este elemento dentro del marco programático, en la realidad se evidencia un alto nivel de desinformación respecto al programa en general, lo que claramente impide que las acciones realizadas sean reforzadas por la familia y la escuela, por lo que estos actores asumen un rol pasivo de las intervenciones manifestando un escaso empoderamiento en relación al cuidado de la salud bucal.

3.5.3. Efectos en la comunidad escolar:

En base a esta categoría, los efectos que tienen las intervenciones del Programa de Salud Oral en la comunidad escolar, no son señalados ni reconocidos por todos los actores, principalmente son los alumnos de séptimo básico y algunos profesores, quienes afirman que en sus respectivos colegios u escuelas, se realizan ciertas actividades que promueven la salud bucal de los estudiantes, en particular se trata de temáticas asociadas a la salud en general que también contribuyen a la prevención de caries dentales, como lo es la promoción de los estilos de vida saludable, a través del componente de alimentación, que prioriza que los apoderados envíen colaciones saludables y naturales a sus hijos/as, evitando alimentos procesados de alto contenido calórico.

“Aquí en la escuela tenemos el programa de colaciones saludables, entonces ellos ya lo traen adquirido, ellos que vienen de pre kínder ya tienen la conciencia para la fruta la verdura, el tema de los dulces que no se traen” (Colegio 2, profesor 1).

Asimismo, se ha notado que en la mayoría de los colegios, los docentes, sostienen que se otorga el tiempo necesario para el aseo bucal del alumnado,

dentro de los espacios de recreo, específicamente a la hora del almuerzo. A pesar de esta instancia, no se supervisa más allá las acciones que realizan los estudiantes, por lo cual queda bajo la responsabilidad de cada uno efectuar la higiene.

*“Lo que yo observo, según lo que enseñan en el consultorio para ser bien realista **nadie va a lavarse los dientes en los recreos....entonces que pasa que el niño sale desesperado a jugar, inclusive se le olvida la colación ¿y va a estar preocupado de lavarse los dientes?...**” (Colegio 1, Profesor 1).*

Otro aspecto interesante de dar a conocer, dice relación con la asociación que realizan los docentes entre los contenidos vistos en clases y los aprendizajes adquiridos en los módulos dentales. Cabe recordar, que el manual educativo utilizado por el programa, está adaptado al nivel de enseñanza que cursan los niños/as, por lo cual algunas de las temáticas tratadas en la asignatura de ciencias naturales, sirven como estrategia para profundizar los aprendizajes haciéndolos más cercanos y significativos para los alumnos.

*“**En cuanto a hábitos de salud igual tiene una repercusión, porque si estamos viendo en ciencias naturales los aparatos, y la salud bucal tiene bastante relación en todo lo que va ligado a esto. Por ejemplo aparato digestivo, siempre pensamos en la boca, los dientes que tienen que estar fuertes y sanos...Los chicos se van dando cuenta y van viendo que le vieron sus dientes, que les arreglaron, que si tenían problemas...**” (Colegio 2, Profesor 2).*

De acuerdo a los aspectos analizados en la categoría anterior, se deduce que la comunidad escolar, así como también la familia, constituye una parte importante del ambiente inmediato en el cual se desenvuelven los niños/as, ya que gran parte de su rutina diaria la realizan en el establecimiento educacional. Por este motivo, y de acuerdo a lo planteado en el programa, este actor debería colaborar activamente en el refuerzo de los contenidos educativos enseñados en los módulos dentales. Sin embargo y tal como se mencionó en la categoría de “Conocimiento del Programa”, los docentes reconocen poseer escasa información respecto de éste, lo que conlleva a que se desaproveche el aporte que estos actores puedan realizar al PSO, coadyuvando así a mejorar las intervenciones educativas realizadas, ya sea fomentando la higiene de los alumnos, motivando a los padres a hacerse partícipes del cuidado de la salud bucal de sus hijos, proponiendo estrategias para incorporar en los establecimientos educacionales actividades que potencien la adquisición de hábitos higiénicos, entre otros.

Por último, se visualiza que en el discurso de los profesionales de los módulos dentales entrevistados, no se menciona el tema de la participación de la comunidad escolar como un actor activo dentro del programa, ya que se le da más importancia a la familia como agente preponderante del cuidado de la salud bucal de los niños/as. De esta manera, la comunidad escolar es vista como un colaborador fundamental, pero de índole más pasivo, en el sentido de que actúa como un agente facilitador para convocar y trasladar a los estudiantes a los módulos dentales, por lo tanto, no se aprecia que se le conceda a este actor la importancia que merece, quedando relegado al ámbito de la gestión de las atenciones, sin considerar que constituyen un nexo esencial entre los apoderados y el equipo ejecutor del programa. Esto posibilitaría, que la comunicación fuera más directa entre los distintos actores y que la información se traspasara abiertamente, lo que actualmente no sucede, al observarse deficiencias en el manejo información con respecto al programa y del rol que cumplen en este, tanto por parte de los profesores como también de los apoderados.

3.6. Efectos del programa en las comunas evaluadas:

3.6.1. Efectos en niños y niñas:

En la presente categoría, y en función de las opiniones brindadas por los actores de las comunas seleccionadas, en esta investigación evaluativa se observa que son los profesionales de los módulos dentales, quienes mejor destacan los efectos generados por las intervenciones en los usuarios del programa, cuyas opiniones coinciden en aspectos similares en las tres comunas evaluadas. Estos aspectos, dicen relación principalmente con la evolución que se observa en los niños y niñas desde un control a otro, en los cuales se reduce notoriamente la cantidad de piezas dentales cariadas, lo que conlleva a inferir que las acciones educativas han producido un cambio en los hábitos de higiene bucal de los estudiantes.

Asimismo, se reconoce la importancia de la intervención temprana, no solo como una estrategia para mejorar el estado de salud bucal, sino que también como un elemento indispensable para generar una cultura preventiva que incorpore entre sus elementos las visitas periódicas al odontólogo, es decir, que los usuarios se familiaricen con los procedimientos, los instrumentos y las rutinas acontecidas en los módulos dentales, con la finalidad de generar una experiencia agradable en un ambiente seguro y de confianza para los niños y niñas. Esto permitiría a la vez, motivar a los alumnos para que las acciones de promoción y prevención sean internalizadas, tomándose conciencia y responsabilidad sobre la propia salud bucal.

*“Sí, y también que ahora **ya no le tiene miedo al dentista**, estoy conforme”*
(Colegio 2, Apoderado 1).

3.6.2. Efectos en padres y apoderados:

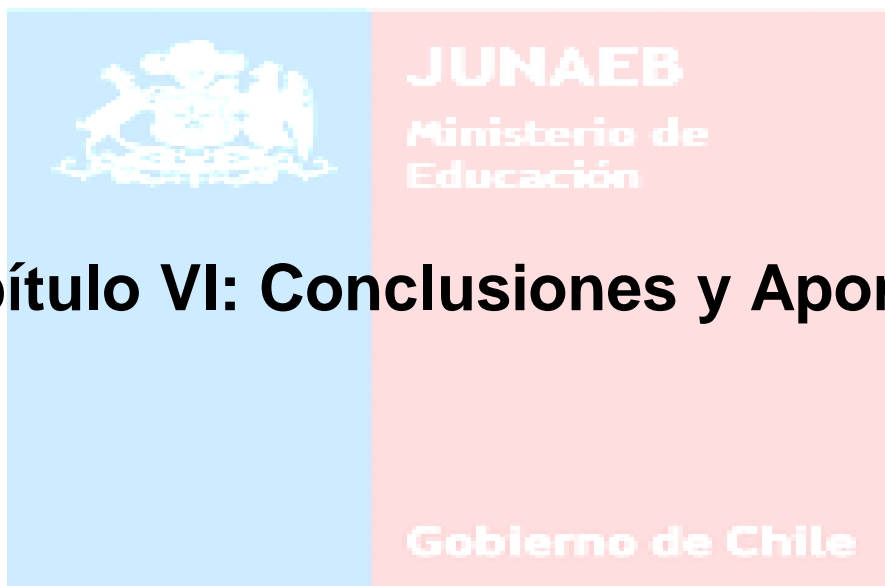
En esta categoría, se aprecia en el discurso de los apoderados de las comunas de Olmué y Cabildo, como un efecto importante del programa, el hecho de que los niños/as traspasen los conocimientos adquiridos en los módulos dentales a la familia, situación que genera un mayor reforzamiento de los hábitos de higiene dental, y por ende una mayor implicancia de los padres en este proceso, con lo cual se confirma que en forma incipiente el programa estaría logrando empoderar al entorno más inmediato de los estudiantes. Lo anterior, se justifica al comparar éste aspecto con las opiniones aportadas desde los módulos dentales, quienes manifiestan que aún existen ciertas deficiencias en el apoyo otorgado por los padres al cuidado de la salud bucal de los hijos/as, los que generalmente se desligan del proceso, ya sea por falta de tiempo o por desinformación respecto al programa y las acciones que este desarrolla.

Finalmente, en la comuna de Villa Alemana, si bien los apoderados no mencionan explícitamente los efectos reconocidos en las comunas de Olmué y Cabildo, sí se hace referencia a la preocupación por la salud dental de los niños y niñas, asociándolo a evitar el consumo de golosinas y alimentos con alto contenido de azúcar, lo que en síntesis permite corroborar que existe un cierto grado de conocimiento respecto al tema y la importancia que este amerita.

3.6.3. Efectos en la comunidad escolar:

En relación a esta categoría, se destaca el caso de la comuna de Olmué, cuyos actores manifiestan que existe una instancia en particular que es desarrollada por todos los colegios de la zona. Esta actividad, consiste en una feria gastronómica de alimentos saludables que se realiza en la plaza de la comuna, y su principal característica es que se desarrolla en forma abierta hacia a la comunidad en general, lo que permite involucrar a otros actores y organizaciones en actividades de promoción en salud.

Por otra parte y tal como se mencionó en el análisis de la categoría de efectos del programa en la comunidad escolar, la mayoría de los actores no reconoce la existencia de efectos concretos, por lo que al analizar esta dimensión en relación a las comunas estudiadas, no surgen elementos que se puedan destacar en las ciudades de Villa Alemana y Cabildo, lo que se condice con que el nivel de participación de este actor, es escasamente visible y está mayoritariamente relacionado a la coordinación y gestión de la asistencia de los alumnos a los módulos dentales, y no así a la potenciación de estas intervenciones, a través de la implementación de estrategias y actividades educativas, que promuevan y refuercen los hábitos de autocuidado de la salud bucal de sus alumnos.



Capítulo VI: Conclusiones y Aportes.

1. Conclusiones respecto a la metodología de evaluación

El enfoque cualitativo utilizado en la presente investigación, fue idóneo para desarrollar el proceso evaluativo del Programa de Salud Oral, ya que a través de éste, se obtuvo un acercamiento global a los procesos y contextos en los que se desarrolla el programa desde la óptica de los distintos actores implicados. En este sentido, las subjetividades y percepciones que las personas manifestaron desde su propia experiencia como participante del PSO, constituyeron los elementos esenciales para comprender la situación objeto de estudio y concluir exitosamente el proceso evaluativo.

Asimismo, el modelo iluminativo, tal como lo menciona su nombre, se convirtió en un referente importante para visibilizar todos aquellos aspectos implicados en el programa, siendo algunos de estos notoriamente visibles, mientras que otros se encontraban más ocultos. En base a esto, el modelo sirvió de base para definir el papel adquirido por las evaluadoras durante el proceso, quienes asumieron un rol de colaboración y cooperación, para colocar de manifiesto las opiniones y juicios de valor emitidos por los entrevistados respecto al programa, por lo que se deduce que el objetivo de la presente evaluación se cumplió en su totalidad.

En relación a las técnicas e instrumentos de recolección de información, empleadas durante la fase de aproximación a los participantes del programa, se concluye que tanto las entrevistas como las observaciones realizadas, fueron un valioso aporte para obtener los datos necesarios, que permitieron conocer las percepciones de los actores involucrados, cuyo rango etario fluctuaba entre la niñez y la adultez, motivo por el cual, la entrevista semi estructurada constituyó un instrumento ideal dado su carácter flexible, lo que facilitó adaptar las preguntas según la edad y nivel educacional de los entrevistados.

En virtud de los criterios de rigor aplicados, se puede sostener que tanto la credibilidad como la confirmabilidad se lograron satisfactoriamente, gracias al empleo de estrategias de triangulación aplicadas a las fuentes y a las técnicas. En ambos casos, la triangulación permitió contrastar, tanto las opiniones de los actores como las observaciones realizadas por el equipo evaluador, en relación a aspectos similares o divergentes, lo que otorga validez a los resultados encontrados. Además, en lo que respecta al criterio de confirmabilidad, se agregó la reflexión como estrategia presente a lo largo de toda la investigación, con la finalidad de asegurar la neutralidad del equipo evaluador en función de sus intereses y puntos de vistas particulares respecto al Programa de Salud Oral, lo que además fue complementado con la auto reflexiones de los equipos de los módulos dentales.

Todo lo anteriormente señalado, contribuyó significativamente a lograr responder y desarrollar tanto la pregunta como cada uno de los objetivos de la investigación evaluativa llevada a cabo, las cuales se profundizan con mayor detalle tras el proceso de análisis de la información.

2. Conclusiones respecto al Programa de Salud Oral

En base al trabajo de investigación evaluativa desarrollado en el Programa de Salud Oral de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), en las comunas de Villa Alemana, Cabildo y Olmué, fue posible generar una serie de conclusiones respecto al diseño, funcionamiento, y evaluación que realizan los participantes acerca del mismo, las cuales tendrán como fin generar un espacio de reflexión entorno a este.

Como ya es conocido el PSO comenzó su funcionamiento en 1991, con el objeto de *“contribuir a mejorar la salud bucal de los escolares de enseñanza pre-básica y básica de alta vulnerabilidad socioeconómica, a través de diversas acciones odontológicas para evitar su ausentismo a causas de enfermedades bucodentales”* (JUNAEB, 2012). Analizando el programa desde la perspectiva de su objetivo y funcionamiento, es posible deducir que existen una serie de factores que son posibles de modificar dentro de éste para fortalecer la apreciación que actualmente tienen los participantes del programa.

En primer lugar, a pesar de los esfuerzos y recursos invertidos por el PSO en los módulos dentales, para mejorar la salud bucal de los escolares en cada una de las comunas mencionadas; los padres y/o apoderados y la comunidad escolar en general, poseen aún desconocimiento respecto a la labor de los mismos, y del programa. Por tanto, se requiere dar a conocer en la mayor cantidad de instancias posibles, el trabajo que se realiza con los niñas/os que son atendidos por el programa, con la finalidad de aumentar el empoderamiento de todos los participantes, con lo cual se ayudaría a que la labor educativa que se desarrolla en los módulos dentales sea apoyada por estos actores, quienes actualmente tienen un papel más bien pasivo.

Retomando el tópico anterior, es menester mencionar que el Programa de Salud Oral tiene un accionar integral, el cual tiene una serie de acciones preventivas, educativas y reparatorias, las cuales requieren del apoyo fundamental de los padres y la comunidad escolar, en especial para el reforzamiento de los conocimientos entregados por los módulos dentales. Para este punto, la familia se transforma en un actor primordial, al ser los padres de los niños/as los referentes más cercanos y modelos a seguir para ellos, quienes con su ayuda favorecen la formación de hábitos de higiene bucal en los escolares.

En cuanto a la Comunidad escolar, son los profesores y todos los trabajadores de los establecimientos educacionales, quienes pueden generar un nexo entre las familia y los módulos dentales para la entrega de conocimiento respecto a esta temática, los cuales actualmente cumplen un rol solo de apoyo en traslado de los escolares a los módulos, pues no tienen la información requerida para difundir el Programa. Un mayor empoderamiento de este actor facilitaría que los apoderados tuviesen real entendimiento acerca del mismo, lo que a su vez coadyuvaría a una mayor participación, puesto que son los docentes quienes constituyen un modelo de referencia en el discurso y la acción de estos.

Esta situación de desinformación, que actualmente poseen algunos actores del programa acerca del mismo, se debe en gran parte al nivel actual de participación que existe en el, donde solo se llega hasta la “participación como consulta”, a través de la encuesta de satisfacción usaría aplicada anualmente, la cual tiende a ser demasiada acotada y deja de lado los aspectos cualitativos y opiniones de las personas sobre éste. Por consiguiente, es posible sostener que existiría en el PSO, una disociación entre la prestación del servicio, el programa y su institucionalidad.

Otro punto que cabe mencionar, dice relación con la necesidad actual que presentan los módulos dentales de ampliar su cobertura, en especial, el lograr extender los cursos y edades en que son atendidos los niños/as, tratando de alcanzar hasta cuarto medio, de manera que en una edad cercana a la adultez sean los propios alumnos quienes tengan la madurez necesaria, para decidir acerca de la importancia que le atribuyen al cuidado de su salud bucal.

En relación a lo anterior, es importante señalar que a partir de Junio de 2013 comenzó a funcionar el bono para la atención odontológica de jóvenes entre 12 y 18 años (PAD Obturación), el cual tiene como fin abarcar a una población que actualmente no se encontraba cubierta por estas prestaciones; dentro de las mayores desventajas que presenta en comparación con el Programa de Salud Oral, es en primer lugar que requiere un copago aproximadamente de \$59.178²⁸, lo cual inmediatamente excluye a un grupo importante de la población, quienes no tienen los recursos económicos necesarios para cancelar este monto, además solo incluye a los grupos B, C, D de FONASA, quedando todos los escolares pertenecientes al grupo A fuera de este beneficio. Otro dato, es que solo pueden ser tratadas hasta tres caries por bono, hecho que en el PSO no ocurre. Finalmente, también se da la situación que se requiere muchas veces que el alumno falte a clases para asistir al dentista y es fundamental el apoyo de las familias, quienes deben considerar una necesidad prioritaria la salud bucal para gastar en ella, teniendo en cuenta el elevado costo de la misma.

²⁸ Dato publicado en la página oficial de internet de FONASA.

En el caso del bono PAD de Endodoncia, la situación es similar con respecto a las desventajas que presenta, a lo que además se suma que el costo de la atención aumenta a \$66.150 pesos, casi duplicando la cifra anterior, lo que convierte la atención odontológica en una necesidad cada vez más excluyente para su satisfacción, y donde se propende con esto a que las denominadas “denominadas desigualdades de la salud bucal”, se sigan reproduciendo en los grupos de menor poder adquisitivo del país y quienes con la atención gratuita que les entrega el Programa de Salud Oral pueden tener un acceso asegurado, de calidad e integral para la atención odontológica de los escolares del país.

Otro aspecto a concluir por parte de los participantes, es el aumentar la periodicidad de las atenciones odontológicas, es decir que abarque todos los cursos de la enseñanza básica de los escolares y que la asistencia a los módulos no sea tan sólo anual, sino por lo menos semestral, a modo de que los controles sean más cercanos en el tiempo. Este requerimiento de atención más frecuente demuestra la importancia que tiene actualmente el programa para los alumnos/as que son atendidos, quienes mediante su participación en el aseguran su asistencia al dentista, la cual muchas veces es compleja por diversas razones.

Como fue señalado en los análisis, en los distintos módulos dentales y establecimientos educacionales no existe actualmente material gráfico de apoyo con respecto al cuidado de la salud bucal, el cual sea fácil de ubicar dentro de estos recintos, por cuanto sería interesante utilizar las tecnologías con las que actualmente se cuenta para la promoción y prevención de la salud oral. Lo anterior, podría ser llevado a cabo mediante la instalación de pantallas en las salas de esperas de los módulos dentales con la finalidad de educar respecto a la temática e informar a la comunidad en relación al accionar del programa.

En cuantos a los aspectos positivos que fueron visualizados por los actores del programa, y que son fundamentales de conocer para lograr comprender lo esencial del accionar del mismo; primero se encuentra la gratuidad de los servicios prestados y el traslado de los alumnos desde los establecimientos educacionales, lo que favorece que no exista una pérdida de contenidos educativos, y que además no se requiera que los escolares cuenten con los medios económicos para que ser atendidos, pues el PSO no tiene un costo para las escuelas adscritas a los módulos dentales correspondientes a cada comuna.

Asimismo, el programa produce una concienciación en los alumnos con respecto al cuidado de su salud oral, donde ellos mismos se transforman en los principales agentes para mantener una buena higiene bucal. Pues, es en los módulos dentales donde aprenden técnicas de cepillado, y adquieren información sobre su estado de salud bucal, para convertirse en actores principales en la prevención de enfermedades bucodentales. Es esta misma situación, la que

conlleva que sean los usuarios del Programa quienes lo pueden describir de mejor manera, el cual a su vez califican mayoritariamente como muy bueno, pues tiene una serie de beneficios que son capaces de reconocer.

Dentro de los principales beneficios que genera la intervención temprana y de manera regular a los escolares, se encuentra que se coloca en la cotidianidad de la comunidad escolar, los alumnos y sus familias, la importancia de mantener una buena salud bucal. En el caso de los alumnos, ellos desde etapas tempranas interiorizan esto, lo que coadyuva a evitar el temor que tienen muchos adultos a la visita al dentista, donde los niños/as que son llevados de manera regular crean un hábito de asistencia a controles odontológicos y conocen la realidad de su trabajo. Asimismo, el intervenir a la población desde las primeras etapas permite evitar el desdentamiento que se produce en la población adulta por una serie de factores como son la falta de una correcta higiene bucal, una mala alimentación, sobre todo rica en azúcares, y la inexistente asistencia a controles odontológicos que actualmente tiene la población chilena.

También es fundamental señalar que la positiva evaluación que tiene el programa actualmente, es producto que atiende una necesidad que muchas veces no es accesible a las familias por su elevado costo. Además, el PSO posee una integralidad en su enfoque de trabajo que es acorde a los requerimientos de la población que atiende en cada comuna; lo que conlleva que exista un arancel diferenciado según los requerimientos de cada una de las localidades donde se ubican los módulos dentales.

Por consiguiente, el programa posee entre sus aspectos fundamentales, el ayudar a disminuir las desigualdades que actualmente se producen en materia de Salud Bucal, donde la estructura económica, social y política lleva a que las inequidades en el ingreso de las familias, se repliquen en la salud oral de la población del país. Así también el Programa de Salud oral es un importante agente colaborador para lograr cumplir los Objetivos Sanitarios de la Década 2011- 2020.

Otro tópico que cabe recalcar, es la buena coordinación que han logrado llevar a cabo los módulos dentales con los establecimientos educacionales, en especial sus directivos, con quienes generan un lazo recíproco de apoyo y ayuda en favor de mejorar la salud oral de los escolares de sus comunas. En Villa Alemana y Olmué, cuentan además con el apoyo municipal para mejorar su accionar, lo que permite que en esta última comuna, se pueda abarcar un número considerable de la población, y que los servicios prestados tengan mayor integralidad a través de la contratación de otros profesionales.

Por otra parte, ocurre también que no existe un hábito de asistencia al odontólogo, puesto que es una necesidad olvidada en desmedro de otras consideradas de mayor urgencia, lo que se debe principalmente a que las personas no le otorgan la relevancia necesaria al cuidado de la salud oral y la incidencia que esta tiene en la salud general, lo que de alguna manera afecta la calidad de vida y el desarrollo integral de los individuos.

En razón de lo anterior, actualmente es posible visualizar en el programa que los padres y/o apoderados presentan una actitud inmedatista, es decir, buscan solucionar las enfermedades que presentan su hijos/as, por ejemplo caries dentales, sin considerar la relevancia que poseen ellos en la promoción de la salud bucal dentro de sus familias, lo que a su vez ayudaría a disminuir las enfermedades bucodentales de los escolares y además permitiría proyectar el componente educativo del programa.

Para finalizar, cabe mencionar la importancia de la vocación y dedicación con que los profesionales de los módulos dentales ejecutan su trabajo, quienes según las opiniones de los diversos entrevistados siempre eran amables, pacientes y desarrollaban su labor con la dedicación necesaria para que la atención fuese de calidad para los niños y niñas que allí se atienden. Esto significa, que el factor de recurso humano cumple un rol fundamental dentro del PSO, puesto que el equipo odontológico no solo buscan revertir las problemáticas que actualmente se dan en la salud bucal a través de procesos de intervención, sino que además generan competencias blandas con la finalidad de lograr aumentar la adhesión de los participantes al programa.

3. Aportes desde el Trabajo Social

Sirviendo como referente las conclusiones y análisis del programa desarrollado con anterioridad, es posible generar una serie de aportes desde la perspectiva profesional que ayudarían a mejorar el accionar que actualmente tiene el Programa de Salud Oral en la región, considerando las opiniones que expresaron los usuarios del mismo en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo; por cuanto la evaluación iluminativa busca la ampliación del conocimiento y no la generalización de este.

En primer lugar como ya fue manifestado el PSO requiere una mayor difusión acerca de su labor, para esto es necesario el que exista un profesional que tenga la disponibilidad para asistir a reuniones de apoderados de los establecimientos educacionales, consejos de profesores y otras instancias que permitan empoderar a la comunidad escolar sobre el programa, en especial que exista un real identificación de las acciones que realiza el mismo, las cuales

actualmente muchas veces no son diferenciadas con las que son propias de los CESFAM.

No obstante, esta labor de difusión del Programa de Salud Oral, además requiere de la complementación con la explicación de lo fundamental que son los estilos de vida saludable para contribuir a evitar enfermedades bucodentales y que los participantes puedan generar contribuciones acerca del funcionamiento del programa, consultar dudas, y de esta manera acercar la política pública de salud a las personas, permitiendo la interiorización de la ciudadanía en todas las edades al conocimiento de sus derechos y deberes. En especial, generar un empoderamiento en el área de la salud bucal, lo que favorecería tanto al escolar como a su entorno más cercano.

La labor mencionada, requiere de un profesional con la capacidad de promover y fortalecer la organización de los grupos, fomentar la participación activa de los distintos actores del programa y finalmente capacitar a los individuos con los elementos necesarios para propender la autonomía y auto responsabilidad en el cuidado de la salud bucal. Todos estos objetivos, son parte primordial del quehacer profesional del Trabajo Social en el área de la salud, con lo cual se busca transformar de manera racional la realidad social en que los distintos grupos sociales se desarrollan.

Asimismo, desde la perspectiva de los roles del Trabajo Social son dos los principales que se identifican en esta área; el de educador social informal e implementador de la política social, los cuales se llevan a cabo a través de diversas funciones, como lo es la **investigación**, que permite determinar los factores sociales que inciden en la aparición de enfermedades bucodentales además de reconocer factores protectores que contribuyen a mejorar la salud bucal de la población.

Otra de las funciones, corresponde a la de **planificación, programación, coordinación y evaluación de proyectos sociales**, ya que la formación profesional y el bagaje teórico entrega las competencias necesarias para lograr llevar a la realidad las políticas gubernamentales que se crean y que muchas veces resultan ajenas a la realidad social de las personas. En este sentido, el Trabajo Social por medio de la evaluación del Programa de Salud Oral, lograría mediante diversas instancias dar a conocer la percepción de los participantes, con motivo de mejorar aquellas áreas que actualmente se encuentran deficientes dentro del mismo. Además de fortalecer la adherencia de los usuarios al programa y de su contexto inmediato.

En cuanto a la función **motivadora y capacitadora**, tiene como meta promover la incorporación de la comunidad en los diversos programas del área de

la salud. Como ya fue mencionada, en el caso del PSO se requiere alcanzar de manera paulatina la integración de todos los participantes considerados por el programa, los cuales mayoritariamente tienen un rol pasivo y con los conocimientos necesarios se lograría generar agentes capacitados en salud oral dentro de la comunidad.

Así también, se encuentra la función profesional de **coordinación de redes sociales**, que en este caso facilitaría el accionar mediante la utilización provechosa de aquellos lazos e instituciones presentes en las comunas y que constituyan un aporte para el trabajo de los módulos dentales en la mejora de la salud bucal de los escolares.

Una última y no menos importante de señalar, corresponde a la función **asistencial**, con la cual se busca ayudar a las personas y grupos en situación de vulnerabilidad, que de otra manera no lograrían solucionar sus problemáticas. Referido al Programa de Salud Oral, se conoce de sobremanera que su accionar está focalizado en niños y niñas en dicha condición, y que a su vez muchas veces provienen de familias multiproblemáticas, que influyen de manera directa en el desempeño escolar de los estudiantes, por cuanto JUNAEB a través de sus diversos programas busca disminuir los factores de riesgos que producen la deserción escolar, entre los cuales se encuentran, problemáticas económicas, sociales y de salud general, donde la salud oral es un componente importante de la misma.

Conociendo cada una de las funciones que tiene el Trabajo Social en el área de la salud, especialmente oral, es menester señalar los **niveles de intervención** en los que se desarrolla la profesión. En este sentido, la labor profesional no se ve limitada a un solo actor, pues la mirada holística permite aproximarse a los problemas sociales desde la constante interacción que se da entre el individuo, su medio físico, material y social. Lo que alude que tanto caso, grupo y comunidad no se encuentran disociados entre sí mismos, sino que más bien la labor profesional consiste en integrar estos tres niveles de manera de mejorar la eficacia del programa.

Retomando lo que son las necesidades de mejora que actualmente posee el PSO, se encuentra el lograr desarrollar una instancia de retroalimentación entre los diversos módulos dentales de la región, lo cual se transformaría en una posibilidad importante para los profesionales que allí trabajan, en especial los jefes de módulos, logren conocer las realidades de los otros equipos profesionales, para así identificar qué otros aspectos se pueden modificar en su actuar además de compartir experiencias.

Para esto se requeriría de una persona que sea capaz de articular las redes necesarias para poder coordinar horarios y lugar físico donde llevar a cabo dicha instancia de feed- back. En esta situación el Trabajador social desempeñaría un rol elemental, para propender a que los diversos actores del programa puedan aprovechar cada uno de los beneficios que este posee y formar parte activa en la solución las problemáticas asociadas que presentan, ya que profesión busca generar un nexo entre la política pública y las personas.

Por otra parte, para contribuir a mejorar la difusión del Programa, y en base a lo señalado con anterioridad, acerca de la articulación de redes que realiza el Trabajo Social, sería importantísimo lograr implementar una plataforma virtual de promoción de la salud bucal, en la cual puedan tener acceso todos los actores del programa, con el objetivo de acercar esta temática a todos los contextos en que los alumnos se desenvuelven. Además coordinar con otros organismos gubernamentales y privados la generación de instancias educativas sobre salud bucal de manera interactiva (Por ejemplo a través de juegos, concursos, entre otros.) con la motivación de generar nuevos espacios de comunicación y discusión, sobre esta temática que actualmente no es considerada relevante en comparación con otras.

Finalmente, para lograr identificación con el programa por parte de los diferentes actores, sería importante que JUNAEB elaborará un logo que identificará gráficamente al programa y que fuera difundido a la comunidad, a través de artículos llamativos para los escolares y sus familias, tal es el caso stickers, chapas, cepillos de dientes que tengan este diseño y que puedan ser reconocibles y asociados al Programa de Salud Oral.

Referencias Bibliográficas

Libros y documentos:

- Aguilar, M. &.-E. (1994). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Argentina: Lumen.
- Aguilar, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad?* Madrid: Díaz de Santos.
- Ahumada, P. (1990). La evaluación Iluminativa. *Modelos de evaluación y evaluación de programas*, 49- 64.
- Ballesteros, R. F. (1996). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. España: Síntesis de psicología.
- Bardoni, N. Escobar, A. Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Briones, G. (2002). *Evaluación de programas sociales*. México: Trillas.
- Colas, M. Rebollo, M. (1994). *Evaluación de programas: Una guía práctica*. Sevilla: Editorial Kronos.
- Decreto N° 0209 que regula la asignación presupuestaria salud oral de la partida 09, programa 02, subtítulo 24, ítem 03, asignación 167, glosa n° 03, de la Ley de Presupuestos del sector público del año 2012.
- Hernández Sampieri, R. Fernández, C. Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. México.
- JUNAEB (2011). Documento de circulación interna Programa de Salud Oral, Región de Valparaíso.
- JUNAEB (2013). Programa de Salud Oral. Orientaciones programáticas regionales.
- Kisnerman, N. (1990). *Salud Pública y trabajo social*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Málaga, H. Castro, M. (2001). *Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local*. En Málaga, H. Restrepo, H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Editorial Médica Internacional. Bogotá: Colombia.
- MIDEPLAN. (1995). *Evaluación de programas sociales*. Santiago.
- Meza, G. Orellana, P. (2008). *Ausentismo escolar, un reto a las políticas públicas*. Diagnóstico integrado. Chile.
- Montero, M (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Editorial Paidó. Buenos Aires: Argentina.
- Moscoso, R. (2004). *¿Deserción o exclusión? El caso de un programa de intervención temprana*. En Ansión, J. Villacorta, A. (Eds.) Para comprender la escuela pública desde sus crisis y posibilidades. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Musitu, G. & Buelga, S. (2004) *Desarrollo Comunitario y Potenciación*. En Musitu, G. Herrero, J. Cantera, L y Montenegro, M (Eds.). Introducción a la Psicología Comunitaria, (pp. 99 -115). Editorial UCO. Barcelona: España
- Olavarría, M. (2005). *Pobreza, crecimiento económico y políticas sociales* (primera edición), Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Papalia, D. (2010). *Desarrollo Humano*. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Robbins, S (1998). *Comportamiento organizacional*. Octava Edición. Mc Graw-Hill.

Rodríguez, G. Gil, J. García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe. Málaga.

Souza, M. C. (2005). *Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Argentina.

Revistas:

Anigstein, M. S. (2008). Participación Comunitaria en salud: reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista Mad.* , 77-88.

Gómez, N. Morales, M. (2012). *Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México*. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16 (1), 26 – 31.

UC. (1978). *Perspectiva para definir el rol del Trabajo Social en Salud*. *Revista de Trabajo Social*, 33- 53.

Documentos Electrónicos:

Abadía, C. (2006). *Pobreza y Desigualdades sociales: Un debate Obligatorio en Salud Oral*. Recuperado el 13 de Abril de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100002&script=sci_arttext

Altimir, O. (1976). *La dimensión de la pobreza en América Latina*, CEPAL. Revisado el 31 de agosto de 2013, desde [http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/bibliografia/capitulo-1/Altimir%20Oscar%20\(1979\)%20La%20dimension%20de%20la%20pobreza%20en%20America%20Latina.pdf](http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/bibliografia/capitulo-1/Altimir%20Oscar%20(1979)%20La%20dimension%20de%20la%20pobreza%20en%20America%20Latina.pdf)

Bellei, C. Pérez, L. (2000). *Tensión entre derecho a la educación y libertad de enseñanza*. UNICEF Chile. Revisado el 13 d abril de 2013, desde http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/45/derecho_y_libertad.pdf

Busso, G (2001). *Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*. Revisado el 10 de abril de 2013, de <http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf>

Bustamante, M. Donoso, S. (2006). *Percepción de los docentes chilenos acerca del programa de escuelas focalizadas: elementos para el análisis de una política educativa de acción positiva*. Revisado el 22 de abril de 2013, desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29832206>

CEPAL (2002). *Deserción escolar un obstáculo para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio*. Revidado el 15 de abril de 2013, desde http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/11254/Capitulo_III_2002.pdf

CEPAL (2006). *Boletín de infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del desarrollo del milenio. El derecho a la educación una tarea pendiente para América Latina y el Caribe*. Revisado el 13 de abril de 2013, desde http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/2/26532/Desafios_Nro3_esp.pdf

Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga (2013). *Funciones del Trabajador Social*. Revisado el 17 de octubre de 2013, desde http://www.trabajosocialmalaga.org/html/PROFESION_funciones_trabajador_social.php

Elacqua, G. (2010). *Breve historia de las reformas educacionales en Chile*. Revisado 10 de abril de 2013, desde <http://bicentenario.camara.cl/seminario/pdf/ mesa%204%20-%20Gregory%20Elacqua.pdf>

FONASA (2013). *Fonasa noticias*. Revisado el 20 de septiembre de 2013, desde <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/SA->

General/Informacion%20Corporativa/Historial%20de%20Noticias/Noticias%202013/Mayo/Noticia_20132205

Gobierno de Chile (2013). *Gobierno Transparente*. Revisado el 9 de Mayo de 2013, desde http://www.gobiernotransparentechile.cl/directorio/entidad/10/153/normativa_a7c

Gobierno de Chile (2013). *Resolución exenta N°01*. Revisado el 9 de mayo de 2013, desde <http://mail.anfitrion.cl/GobiernoTransparente/junaeb/mnormativo/re1-2012.pdf>

INE. (2012). *Resultados XVIII censo de población*. Revisado el 13 de abril de 2013, desde http://www.censo.cl/contenido/resultados_censo_2012_poblacion_vivienda_tomoslyII.pdf

JUNAEB. (2005). *Sistema nacional de asignación con equidad para becas*. Revisado el 16 de abril de 2013, desde http://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/02/libro_junaeb.pdf

JUNAEB (2012). *Educando sonrisas saludables. Manual educativo Programa de Salud Bucal*, revisado el 14 de abril, desde http://saludbucal.minsal.cl/resources/descargas/Manual_Educativo_Programa_de_Salud_Bucal_JUNAEB.pdf

JUNAEB (2013a). *Junta Nacional e Auxilio Escolar y Becas*. Revisado el 5 de mayo de 2013, desde <http://www.junaeb.cl/>

JUNAEB (2013b). *Orientaciones programáticas Departamento de Salud del Estudiante*. Revisado el 13 de mayo de 2013, desde <http://mail.anfitrion.cl/GobiernoTransparente/junaeb/2013/otorgamientos/re193.pdf>

Martínez, M & Silva, C. (2004). *Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto*. Revisado el 6 de mayo de 2013, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200003&script=sci_arttext

Médicos, A. M. (2013). *Salud Pública*. Recuperado el 18 de Abril de 2013, de <http://www.wma.net/es/20activities/30publichealth/>

MIDEPLAN (2002). *Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza*. Recuperado el 10 de abril de 2013, de http://www.mideplan.cl/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc_108.pdf

MINEDUC. (2007). *Indicadores de la educación en Chile*. Revisado el 13 de abril de 2013, desde http://w3app.mineduc.cl/mineduc/ded/documentos/indicadores_2007-2008.pdf

MINEDUC. (2012). *Serie evidencias: Realidad educativa en Chile: ¿Qué aprendemos de la Encuesta CASEN 2011?* Revisado el 15 de abril de 2013, desde http://centroestudios.mineduc.cl/tp_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/uploadImg/File/A10N1_Casen.pdf

Ministerio de Desarrollo Social (2011). *Informe de política social*. Revisado el 15 de abril de 2013, desde http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ijos/pdf/ijos_2011.pdf

Ministerio de Desarrollo Social (2011). *Resultados encuesta CASEN 2011*. Recuperado el 10 de abril de 2013, de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-documentos.php?c=105>

MINSAL (2003). *Encuesta Nacional de Salud*. Revisado el 2 de mayo de 2012, desde <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/InformeFinalENS.pdf>

MINSAL (2007). *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000-2010*. Revisado el 2 de mayo de 2013, desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf>

MINSAL (2009a). *Encuesta Nacional de Salud*. Revisado el 2 de mayo de 2012, desde http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-ENS-2009-2010.-CAP-5_FINALv1juliocepi.pdf

MINSAL (2009b). *Guía Clínica: Salud oral integral para niños y niñas de 6 años*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7220fdc4342644a9e04001011f0113b9.pdf>

MINSAL (2010). *Objetivos Estratégicos de Salud*. Revisado el 2 de mayo de 2013, desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>

MINSAL (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios de la década 2011- 2020*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

MINSAL (2013a) *Salud Bucal*. Revisado el 15 de abril de 2013, desde http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_bucal/saludinmigrantespresentacion.html

MINSAL (2013b). *Mi dentista en la comunidad*. Revisado el 24 de abril de 2013, desde <http://saludbucal.minsal.cl/atencion/dentista.html>

MINSAL (2013c). *Salud bucal y Calidad de vida*. Revisado el 18 de abril de 2013, desde http://saludbucal.minsal.cl/fundamentos_salud_bucal/salud_bucal_calidad_vida.html

OCDE. (2007). *Panorama de la salud*. Revisado el 2 de mayo de 2013, desde <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8107054e.pdf?expires=1367543257&id=id&accname=guest&checksum=67E1729377A74F4F164891CCED8482C1>

Oliviera, Z. (2008). *La salud y sus determinantes*. Revisado el 15 de mayo de 2013, desde http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/pregrado/cimi/Material_Consulta/La%20salud%20y%20sus%20determinantes.pdf

OMS (2003). *The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st. Century the Approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Revisado el 2 de mayo de 2013, desde http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

OMS. (2013a). *Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado el 18 de Abril de 2013, de http://www.who.int/social_determinants/es/

OMS. (2013b). *Salud Bucodental*. Recuperado el 15 de abril de 2013, desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

OPS (2012). *Informe de salud en las Américas*. Revisado el 2 de mayo de 2013, desde http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es

PNUD (1997). *Informe sobre desarrollo humano: Desarrollo humano para erradicar la pobreza*. Revisado el 31 de agosto de 2010, de <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1997/>

Prieto, G. B. (2012). *Autoestima y Salud*. Revisado el 18 de abril de 2013, desde <http://www.cop.es/colegiados/m13106/images/Art%C3%ADculoAutoestima.pdf>

Sánchez, F. G. (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo de intervención en atención temprana*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf

Sánchez, H. Labbé, J. (2011). *La Salud del bicentenario, Chile 2011 – 2020: Desafíos y propuestas*. Revisado el 19 de mayo, desde

[http://www.institutosaludyfuturo.cl/salud/site/artic/20100112/asocfile/20100112121924/libro completo.pdf](http://www.institutosaludyfuturo.cl/salud/site/artic/20100112/asocfile/20100112121924/libro_completo.pdf)

Vélez, C. (2011). *Los modelos ecológicos aplicados a la salud pública*. Revisado el 15 de mayo de 2013, de http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad_2/Velez_medular2011.pdf

UNICEF (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Revisado el 13 de abril de 2013, de [http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/bibliografia/introduccion/Naciones%20Unidas%20\(1989\)%20Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20del%20Nino.pdf](http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/bibliografia/introduccion/Naciones%20Unidas%20(1989)%20Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20del%20Nino.pdf)

Glosario de Términos

- ❖ **Anomalías Dentomaxilares:** Constituyen alteraciones o pérdidas de la normalidad anatómica y/o funcional que afectan la relación armónica dentomaxilar y/o esquelética de la cavidad bucal. Dichas anomalías, son provocadas en su mayoría por factores hereditarios, así como también, por malos hábitos de succión y respiración bucal. (MINSAL, 2010).

- ❖ **Caries Dentales:** Se definen como un proceso infeccioso originado por la acumulación de placa bacteriana sobre la estructura dentaria; esta infección da origen a la destrucción de la estructura dental comenzando por la descalcificación del esmalte para continuar su avance hacia la pulpa dental. (Bardoni, 2010). De esta manera, se considera dentro del grupo de enfermedades crónicas que son multifactoriales desde una perspectiva de causalidad, existiendo riesgo de pérdida dentaria cuando las lesiones no son tratadas oportunamente, es decir, antes que se produzca la cavitación hacia la estructura dental.

- ❖ **Patologías Gingivales y Periodontales:** Se refiere a la manifestación que inicialmente comienza con la inflamación de las encías causada por acumulación de placa bacteriana, denominada gingivitis, afección que si no es tratada adecuadamente progresa a una segunda etapa conocida con el nombre de periodontitis. Esta última, es una infección crónica que afecta la estructura de soporte de las piezas dentales, acabando en una pérdida dental completa si no se realiza tratamiento oportuno (MINSAL, 2010).



Anexo N°1

Pauta de entrevista semiestructurada:

Junto con saludar nuevamente y agradecer la participación voluntaria en la entrevista, te informo que ésta tiene como finalidad conocer su percepción acerca del Programa de Salud Oral de JUNAEB, y en la cual se asegura el resguardo de los datos personales (Confidencialidad).

A- Alumnos/as de tercero básico:

- 1- ¿Sabes que es el Programa de Salud Oral?
- 2- ¿Qué sientes cuando vas al dentista? (*¿Te gusta?*)
- 3- ¿Qué te han enseñado en el dentista (módulo dental)? (*Hábitos higiénicos*)
- 4- ¿Haz percibido algún cambio desde que asistes al dentista?
- 5- ¿Sabes por qué es importante tener tus dientes sanos? ¿Cepillas tus dientes?
¿Cuántas veces al día?
- 6- En el colegio ¿Te enseñan cómo mantener tus dientes sanos?
- 7- Comentas con tus padres ¿Qué te enseñan cuando vas al dentista? y ¿Qué te dicen cuando asistes al dentista?

B- Alumnos/as de Séptimo básico:

- 1- ¿Qué conoces acerca del Programa de Salud Oral de JUNAEB?
- 2- ¿Te gusta asistir al dentista? ¿Por qué?
- 3- ¿Qué opinas de la atención proporcionada en los módulos dentales?
- 4- ¿Qué piensas acerca de la Salud Bucal?
- 5- ¿Te sientes conforme con tu dentadura?
- 6- ¿Has notado algún cambio desde que asistes al dentista?
- 7- ¿Cómo percibes que el colegio colabora con la salud bucal de ustedes? ¿Qué actividades se realizan?
- 8- ¿Qué aspectos negativos identificas en el Programa de Salud Oral de JUNAEB?
¿Cómo los mejorarías?
- 9- ¿Qué aspectos positivos identifica en el programa? ¿Cuál percibes como el más importante para ti?
- 10- ¿Tus padres saben que asistes el Programa de Salud Oral? ¿Qué opinan de esto?

11- A modo de conclusión ¿Cómo evaluarías el Programa? Muy bueno, bueno, regular, malo. ¿Por qué?

C- Padres y apoderados:

1- ¿Qué conoce usted acerca del Programa Salud Oral de JUNAEB? ¿Cómo recibió la información? (*Folleto, tríptico o presentaciones*)

2- ¿Desde qué edad y hace cuanto tiempo participa su hijo del Programa de Salud Oral?

3- ¿Está conforme con los servicios prestados por el Programa? ¿Por qué?

4- ¿Percibe usted que la atención odontológica está acorde a las necesidades de su hijo?

5- ¿Ha recibido usted información por parte del establecimiento educacional o módulo dental acerca del estado de salud bucal de su hijo? (*Información acerca del estado de salud de su hijo, hábitos higiénicos, con el componente educativo del Programa*).

6- ¿Ha recibido por parte del programa útiles de higiene bucal para el cuidado de la salud oral de su hijo? (Cepillo de dientes y/o pasta). ¿Sabe si su hijo recibió información de cómo utilizar estos útiles? (*Técnicas de Cepillado*)

7- ¿Percibe usted que ha mejorado la salud bucal de su hijo desde que participa en el Programa? ¿Cómo?

8- ¿Qué aspectos negativos identifica en el Programa de Salud Oral de JUNAEB? ¿Cómo los mejoraría?

9- ¿Qué aspectos positivos identifica en el programa? ¿A cuál le atribuye mayor importancia?

10- *Pregunta opcional: ¿Cuál es la apreciación que le atribuye a una buena salud bucal en los niños y niñas?*

11- ¿Recomendaría usted el Programa a otros niños? Especifique motivaciones.

12- A modo de conclusión ¿Cómo evaluaría usted el Programa? Muy Bueno, Bueno, regular y malo ¿Por qué?

13- Existe algún tema u opinión que desee agregar y que no haya sido tratado en la entrevista.

D- Profesores:

1- ¿Qué conoce usted acerca del Programa de Salud Oral de JUNAEB? ¿Cómo recibió usted la información?

- 2-¿Cómo percibe que funciona el Programa?
- 3-¿Qué apreciación tiene usted sobre la Salud Bucal en los niños y niñas?
- 4- ¿Considera que la información y servicios prestados por JUNAEB satisface los requerimientos que ustedes como establecimiento educacional poseen? (*Entrega de información, material educativo (acorde a sus requerimientos), comunicación, asistencia a consejo de profesores, etc.*)
- 5-¿Qué aspectos negativos identifica en el Programa de Salud Oral de JUNAEB ¿Cómo los mejoraría?
- 6-¿Qué aspectos positivos identifica en el programa? ¿A cuál le atribuye mayor importancia?
- 7- ¿Qué variaciones percibe usted en los niños y niñas que reciben la atención del Programa de Salud Oral de JUNAEB?
- 8- ¿Cómo estas variaciones han repercutido en el desempeño escolar de los alumnos/as? (*Comportamiento en el aula, asistencia, motivación, concentración, relaciones con su grupo de pares, etc.*)
- 9-¿Cómo el establecimiento educacional contribuye a la promoción de estilos de vida saludable y hábitos higiénicos de salud oral en sus alumnos/as?
- 10- ¿Utilizan alguna estrategia para incorporar a los padres y apoderados a la promoción de la salud bucal y estilos de vida saludable?
- 11-¿Recomendaría usted el Programa a otros niños? Especifique motivaciones.
- 12- A modo de conclusión ¿Cómo evaluaría usted el Programa? Muy Bueno, Bueno, regular y malo. ¿Por qué?
- 13- Existe algún tema u opinión que desee agregar y que no haya sido tratado en la entrevista.

E- Jefes de módulo y/o educadoras:

- 1-¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el Programa Salud Oral de JUNAEB? ¿Sólo en este módulo?
- 2-¿Qué aspectos destacaría del Programa de Salud Oral?
- 3- ¿Cómo percibe que funciona el programa? ¿Qué modificaría?
- 4-¿Qué efectos inmediatos perciben como equipo en los niños y niñas cuando son parte del programa?

5-¿Cuál es la evolución que presentan los niños y niñas desde que ingresan hasta que egresan del programa?

6-¿Qué estrategias ustedes utilizan para incorporar a los apoderados y padres (*otros actores*) en el programa?

7-¿Cómo perciben el rol de los diferentes actores del programa? (*¿Cuál es la importancia de cada uno? ¿Cuál es el más trascendental?*)

8-¿Cuál es la importancia de realizar acciones de prevención o intervención temprana en los niños y niñas de la comuna?

9-¿Considera que los recursos con los que ustedes actualmente cuentan son acordes a los requerimientos que tienen como módulo? (*Humanos, financieros y materiales*).

10-¿Recomendaría usted el Programa a otros niños? Especifique motivaciones.

11- A modo de conclusión ¿Cómo evaluaría el Programa? Muy Bueno, Bueno, regular y malo. ¿Por qué?

12- Existe algún tema u opinión que desee agregar y que no haya sido tratado en la entrevista.

Anexo N°2

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es realizada por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en conjunto con alumnas de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. La finalidad del estudio es desarrollar una evaluación del Programa de Salud Oral en las comunas de Villa Alemana, Olmué y Cabildo.

Si usted accede a participar en el estudio, se le pedirá responder una entrevista, la cual será voluntaria y toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán grabadas y quedarán transcritas en forma anónima.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____. He sido informado (a) de que la finalidad de este estudio es

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo N°3

Pauta de Observación Simple

A) Módulos dentales:

Preguntas	Respuestas
1- ¿El modulo dental es de fácil acceso y reconocible?	
2-¿Existe en la sala de espera un espacio adecuado en relación a la cantidad de personas?	
3-¿Cuál es el clima grupal que predomina en la sala de espera?	
4-¿En el modulo existen los espacios adecuados para trabajar?	
5-¿El equipo de profesionales es reconocible?	
6-¿Existe material de promoción de la salud oral?	
7-¿Cuál es el trato que se visualiza entre los profesionales y los pacientes?	

B) Colegios:

Preguntas	Respuestas
1-¿El personal docente demuestra manejo de información acerca del programa?	
2-¿Los alumnos demuestran manejo de información acerca del programa?	
3-¿Existe material de la salud oral al interior del establecimiento educacional?	
4-¿Es posible observar si los alumnos llevan útiles para higiene bucal al establecimiento educacional?	

Anexo N°4

Imágenes de los módulos dentales

