

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA



“Funcionamiento y Percepción de las Actividades y Programas  
de Salud Bucal en Isla de Pascua”

SCARLETT MAC-GINTY FONTECILLA

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD  
PÚBLICA**

PROFESOR GUIA DE TESIS: VALENTINA FAJRELDIN CHUAQUI

Santiago, diciembre 2016

## **Agradecimientos**

*Agradezco en primer lugar a la comunidad rapanui por su acogida y generosidad en compartir su cultura, saberes y experiencias conmigo, asimismo, al Hospital Hanga Roa y al Servicio de Salud Metropolitano Oriente por su valiosa cooperación.*

*A mi tutora, Valentina por su dedicación, calidad académica y humana.*

*Agradecer también a los que me acompañaron y ayudaron en esta etapa y a las excelentes personas que conocí en el transcurso del magíster.*

*Finalmente agradecer a mi familia y a Noam por su incondicional apoyo.*

# I. ÍNDICE

## Índice de Temas

I. ÍNDICE .....	3
Índice de Temas .....	3
Índice de Tablas .....	6
Índice de Gráficos .....	6
II. INTRODUCCIÓN .....	8
III. MARCO TEÓRICO .....	11
3.1. Salud Bucal y Determinantes Sociales .....	11
3.2. Salud Bucodental y Salud General .....	13
3.3. Políticas Públicas de Salud Bucal en Chile .....	15
3.3.1. Principales Políticas y Programas de Salud Bucal en Chile .....	17
3.3.2. Estrategia Nacional de Salud Bucal .....	18
3.3.3. Programas Odontológicos Vigentes .....	19
3.3.4. Evolución del Recurso Humano Odontológico .....	20
3.3.5. Modelo de intervención e promoción y prevención en salud bucal en el sector educación .....	21
3.4. Perspectivas Socioculturales para la Odontología .....	22
3.5. Antecedentes históricos y políticos de la Isla de Pascua .....	24
3.6. Antecedentes históricos de salud bucal en Isla de Pascua .....	27
3.7. Epidemiología Contemporánea de la Salud Bucal en la Isla de Pascua .....	28
3.8. Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en Chile .....	30
3.9. Aproximaciones en la Promoción de la Salud .....	33
3.10. Pregunta de Investigación .....	37
IV. OBJETIVOS .....	39
V. METODOLOGÍA .....	40
5.1. Diseño y tipo de estudio .....	40
5.2. Emplazamiento .....	40
5.3. Técnicas de recogida o producción de datos .....	40
5.4. Universo y Diseño Muestral .....	41
5.4.1. Universo del Estudio: .....	41
5.4.2. Muestreo .....	42
5.4.3. Criterios de Conformación de la Muestra .....	42
5.4.4. Número de Técnicas y Perfiles de Estudio .....	43

5.5. Análisis .....	45
5.6. Resguardos Éticos.....	45
VI. RESULTADOS .....	47
6.1 Antecedentes Contextuales.....	48
6.1.1. Antecedentes Demográficos y Composición Étnica .....	48
6.1.2. Condicionantes Sociales, Culturales y Ambientales que impactan en la Salud de la población de Isla de Pascua .....	55
6.1.3. Participación Comunitaria en Salud .....	63
6.2. Descripción del Sistema de Salud en Isla de Pascua .....	64
6.2.1. El Hospital Hanga Roa .....	64
6.2.2. Previsión de Salud .....	68
6.2.3. Salud Familiar y Comunitaria en el Hospital Hanga Roa .....	70
6.2.4. Salud intercultural .....	73
6.2.5. Atención de Urgencias y Traslados .....	74
6.2.6. Registro Estadístico .....	76
6.2.7. Percepciones en relación al nuevo hospital y modelo de gestión.....	78
6.2.8. Caracterización del Servicio Odontológico en el Hospital Hanga Roa .....	80
6.2.9. Descripción de los Programas Odontológicos .....	82
6.2.10. Estadísticas de Atención en el Servicio Odontológico del Hospital Hanga Roa .....	88
6.2.11. Otros Recursos en Salud .....	107
6.3. Percepciones y Conocimientos de la Salud Bucal y los Programas Odontológicos. Problemas y expectativas.....	117
6.3.1. Percepción de Líderes Sociales.....	117
6.3.2. Percepción Agentes Médicos Tradicionales .....	120
6.3.3. Autoridades Políticas Isla de Pascua .....	122
6.3.4. Percepción de los funcionarios del Hospital Hanga Roa .....	124
6.3.5. Actores en el Ámbito Municipal y de la Educación .....	128
6.3.6. Tabla Resumen Comparativa Percepción y Conocimientos en Salud Bucal y los Programas Odontológicos.....	131
VII. DISCUSIÓN.....	138
VIII. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS.....	144
8.1. Comunicación y Educación .....	145
8.1.1. Estrategias de Comunicación .....	146
8.1.2. Objetivo del Plan de Comunicación .....	148
8.1.3. Público .....	150

8.1.4. Mensajes, Materiales y Medios .....	150
8.2. Participación Comunitaria .....	151
8.3. Entornos Saludables .....	153
8.3.1. Islas Saludables .....	153
8.3.2. Escuelas Promotoras de la Salud .....	153
8.4. Políticas Públicas Saludables .....	154
8.4.1. Políticas Públicas en los Determinantes Sociales de la Salud Bucal .....	155
IX. CONCLUSIONES .....	157
X. BIBLIOGRAFÍA .....	159
XI. ANEXOS .....	169
Anexo 1: Matriz de Cuidados de Salud a lo Largo de la Vida .....	169
Anexo 2: Guías de Entrevista .....	173
Autoridades Políticas y Gubernamentales .....	173
Autoridades Hospital Hanga Roa .....	174
Dentistas Hospital Hanga Roa .....	176
TENS y Administrativos .....	180
Líderes Comunitarios y Agentes Médicos Tradicionales .....	184
Anexo 3: Consentimiento Informado .....	188
Anexo 4: Percepción Comunitaria Encuentros de Salud .....	191
<i>Jornada de Salud: Mai te Rima, ki haka topa te tātou mana'u o te tāto'u ora</i> .....	191
<i>Cabildo de Salud Isla de Pascua</i> .....	200
Anexo 5: Cuadro Resumen de Técnicas Educativas para una Estrategia de Comunicación en Salud .....	204
Anexo 6: Experiencia de Etnoeducación en la Promoción y Prevención de Enfermedades Bucales .....	212
Anexo 7: Propuesta Marco de Planificación para la inclusión del Empoderamiento Comunitario en los Programas de Promoción de la Salud (96) .....	216
Anexo 8: Intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud Bucal .....	217
Anexo 9: Aprobación Comité de Ética Servicio de Salud Metropolitano Oriente ....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	

## Índice de Tablas

Tabla 1: Estrategias de promoción y prevención en salud bucal en el ámbito educativo ....	21
Tabla 2: Conceptos relevantes de Promoción de la Salud .....	34
Tabla 3: Criterios de Conformación de la Muestra .....	42
Tabla 4: Temas Generales de las Entrevistas Semiestructuras en Profundidad .....	44
Tabla 5: Índices Masculinidad, Dependencia y Adultos Mayores en Isla de Pascua .....	52
Tabla 6: Descripción Índices Demográficos .....	52
Tabla 7: Población menor de 20 años en Isla de Pascua, 2015 .....	54
Tabla 8: Profesionales no clínicos Hospital Hanga Roa, 2014 .....	66
Tabla 9: Profesionales clínicos Hospital Hanga Roa, 2014 .....	67
Tabla 10: Técnicos clínicos Hospital Hanga Roa, 2014 .....	68
Tabla 11: Personal de apoyo Hospital Hanga Roa, 2014 .....	68
Tabla 12: Resumen dificultades de implementación programas odontológicos .....	88
Tabla 13: Resumen percepción en salud bucal y programas odontológicos .....	131
Tabla 14: Elementos para la comunicación para el cambio social en Isla de Pascua .....	146
Tabla 15: Lineamientos para un plan de comunicación en Isla de Pascua .....	149

## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Estimación población Isla de Pascua por sexo 2012 a 2015 .....	49
Gráfico 2: Distribución de población por sexo, Isla de Pascua, 2015 .....	50
Gráfico 3: Población estimada Isla de Pascua por edad y sexo, 2015 .....	51
Gráfico 4: Comparación Grupos de Edad: País, V Región e Isla de Pascua, 2015.....	53
Gráfico 5: Población beneficiaria de Fonasa, Isla de Pascua año 2012 y 2013 .....	69
Gráfico 6: Consultas urgencia y APS Hospital Hanga Roa (HHR), 2006 a 2014.....	72
Gráfico 7: Consultas por procedencia: urgencia y APS 2014, médicos y no médicos.....	72
Gráfico 8: Ingresos y Altas Totales, 2012 a 2015, HHR.....	89
Gráfico 9: Ingresos a odontología general por sexo, 2012 a 2015, HHR.....	90
Gráfico 10: Ingreso odontología general, grupos de edad o riesgo, 2012 a 2015, HHR ...	92
Gráfico 11: Altas totales por grupos de edad o riesgo, 2012 a 2015, HHR .....	92

Gráfico 12: Relación porcentual altas totales/ingreso general 2012-2015, HHR .....	94
Gráfico 13: Pacientes Libes de Caries, Ingreso General 2011-2015 HHR, SSMO, SNSS	95
Gráfico 14: Niños de 2 años libres de caries, 2012-2015, HHR, SSMO, SNSS .....	96
Gráfico 15: Niños de 6 años libres de caries, 2012-2015, HHR, SSMO, SNSS .....	97
Gráfico 16: Niños de 12 Años Libres de Caries, 2012-2015, HHR, SSMO, SNSS .....	98
Gráfico 17: Actividades de promoción, 2012-2015, HHR.....	100
Gráfico 18: Actividades preventivas, 2012-2015, HHR .....	102
Gráfico 19: Actividades recuperativas y apoyo diagnóstico 2012-2015, HHR .....	105
Gráfico 20: Interconsultas odontológicas generadas por el HHR, 2012-2015 .....	106
Gráfico 21: Consultas de Especialidad Operativo FACH, 2015 .....	110

## II. INTRODUCCIÓN

La salud bucal de las poblaciones es la resultante de procesos sociales complejos, influenciados fuertemente por el contexto histórico, social, económico y cultural y no sólo de las prácticas individuales en salud (1).

La construcción social en torno a la salud y la enfermedad bucal esta moldeada por las condiciones sociales y materiales de la vida, las tradiciones históricas y culturales, los hábitos sociales y las representaciones del cuerpo y del proceso de salud-enfermedad-atención (2).

En este proceso, coexisten y compiten los imaginarios individuales en el juego de los actores sociales que en él intervienen, determinados fundamentalmente por relaciones de poder (3); donde la odontología, en este caso se presenta como campo disciplinario dominante (4).

La Isla de Pascua<sup>1</sup> es un territorio con características particulares, referidas a su insularidad y aislamiento geográfico; su alta concentración de población indígena; la relación con las instituciones del Estado, marcadas por una historia de dominación y abandono; su realidad epidemiológica; y su sistema institucional de salud, el cual es parte de la reivindicación y posicionamiento de los rapanui (5), en tanto grupo étnico específico y distinto de la sociedad chilena.

Este estudio busca caracterizar el funcionamiento de los programas y actividades que tienen relación con la salud bucal desarrollados en Isla de Pascua, identificando las percepciones, conocimientos y expectativas de los actores involucrados para proponer lineamientos para la educación y promoción de salud bucal en el marco de reconocimiento de los derechos colectivos en salud de los pueblos indígenas.

---

<sup>1</sup> En el desarrollo del trabajo de tesis, se utilizará el término Isla de Pascua y Rapa Nui como sinónimos al referirse al territorio.



El trabajo de investigación se enmarca en un proyecto de colaboración entre la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y el Hospital Hanga Roa bajo administración del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), el cual tiene como objetivo: generar y sostener una relación de conocimiento y cooperación con la comunidad de Isla de Pascua, en particular con el Hospital Hanga Roa en los ámbitos de la antropología médica, salud pública y atención odontológica especializada.

En este contexto, este estudio permitirá una aproximación hacia el fenómeno desde la visión de todos los grupos sociales involucrados, con la perspectiva de entregar insumos para potenciar la mencionada relación interinstitucional que permitan construir una estrategia de educación y promoción con énfasis en la salud bucal situada y pertinente.

Por otra parte, se intenta responder al llamado a la acción propuesto por la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR) y la Iniciativa Global de Desigualdades en Salud Bucodental en la Agenda de Investigación (GOHIRA) que en el norte de disminuir las desigualdades en salud bucal en todo el mundo prioriza diez líneas de investigación dentro de las cuales: “Hace hincapié en la importancia de los determinantes psicosociales de la salud bucodental”, propone “desarrollar estrategias que sean capaces de interpretación local de manera que respeten la sensibilidad cultural y las limitaciones socioeconómicas para mejorar la alfabetización de la salud bucodental” y la creación de “sistemas de base comunitaria y nacional, para la promoción de la salud bucodental” (6).

Esta tesis se estructura de la siguiente manera:

- Un marco teórico donde se entregan elementos conceptuales y contextuales que enmarcan los fenómenos que se trabajan en el estudio.
- Presentación de los objetivos y aspectos metodológicos utilizados en el trabajo de tesis.
- Presentación de los resultados. Dentro de ellos, encontramos tres grandes subcapítulos.

El primer subcapítulo, corresponde a antecedentes contextuales demográficos y socioculturales en el ámbito nacional e internacional relevantes para el trabajo de investigación. Estos se construyeron a partir del análisis de fuentes secundarias e información obtenida en el trabajo de campo.

En el segundo subcapítulo se realiza una descripción del sistema de salud en Isla de Pascua incluyendo una descripción general del funcionamiento del Hospital Hanga Roa, la caracterización del servicio de odontología y la descripción del funcionamiento de los programas odontológicos, así como la presentación de estadísticas e indicadores en salud y la descripción de los otros recursos en salud que operan en la isla adicionalmente al Hospital Hanga Roa.

El último subcapítulo se centra en la percepción de los actores sociales frente a la temática. Se muestran los aspectos más relevantes identificado en cada grupo para luego revisar un cuadro comparativo de acuerdo a las categorías de análisis levantadas.

- Discusión e interpretación de los resultados obtenidos a la luz de los elementos conceptuales del marco teórico.
- Recomendaciones y propuestas de para la educación y promoción de la salud bucal en Rapa Nui en base a los resultados encontrados.
- Conclusiones

### III. MARCO TEÓRICO

En el siguiente marco teórico se entregan elementos conceptuales e históricos relevantes para el desarrollo de este trabajo de tesis. En primer lugar, se revisan enfoques sobre salud bucal y odontología, así como una sistematización sobre las principales políticas públicas en salud bucal del país.

Posteriormente se examinan aspectos históricos de Rapa Nui, como también antecedentes sobre la salud bucal en la isla. Finalmente se entrega un contexto general sobre la situación de los pueblos indígenas en salud desde un enfoque de derechos para terminar con un marco general sobre promoción de la salud.

#### **3.1. Salud Bucal y Determinantes Sociales**

A pesar de los grandes avances en la odontología a lo largo del mundo, las patologías bucodentales representan una alta carga de enfermedad, siendo particularmente mayor en los grupos más pobres y vulnerables tanto de los países en desarrollo como en los desarrollados (7).

La salud oral tiene un profundo efecto en la calidad de vida y en la salud general. La experiencia del dolor, los problemas para comer, masticar, sonreír y en la comunicación debido a dientes ausentes o dañados, tienen un gran impacto en la vida cotidiana de las personas y su bienestar en casi todas las culturas. Al mismo tiempo, las enfermedades bucales restringen las actividades normales en la escuela, el trabajo y el hogar causando la pérdida de millones de horas escolares y laborales cada año en todo el mundo (7).

Por otra parte, la atención odontológica curativa convencional representa una importante carga económica para muchos países industrializados, donde se estima que desde el 5% al 10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucal. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado en algunos de estos países, un ahorro en el gasto sanitario en odontología debido a la inversión en el cuidado oral preventivo, observándose además tendencias positivas en términos de reducción de la prevalencia de la enfermedad oral (8,9).

La realidad epidemiológica en la actualidad, marcada por una alta prevalencia e inequidad en la manifestación de las enfermedades bucales -las cuales son controlables y prevenibles- ha motivado el cuestionamiento de la práctica odontológica tradicional, relevándose cada vez más el trascendental papel de los factores socio comportamentales y ambientales en la salud y enfermedad bucal, como reflejo de los perfiles socio epidemiológicos en relación con las condiciones y estilos de vida, factores ambientales y planes preventivos de salud oral (10).

Con respecto a la socioepidemiología de la salud oral, las variables mayormente usadas como indicadores de la situación socioeconómica son: clase social, educación, situación laboral, ingresos personales, urbanización y género. Estos factores dan lugar a la exposición y vulnerabilidad diferencial de los problemas de salud oral, con resultados y consecuencias de atención de salud también diferenciales (11).

En Chile, existen marcadas desigualdades<sup>2</sup> socioeconómicas y demográficas en la autopercepción de necesidad de atención, demanda de atención y recepción de servicios odontológicos solicitados por la población. Según el análisis de la Encuesta CASEN del año 2003 existe una mayor probabilidad de no recibir la atención solicitada en las personas de menor nivel socioeconómico, que pertenecen a alguna etnia indígena, que viven en zonas rurales y que tienen seguro público de salud; del mismo modo, la variable quintil de ingresos muestra una gradiente de inequidad en relación con recibir atención dental de salud. En efecto, una persona del quintil más pobre del país, tiene casi 9 veces más riesgo de no recibir atención dental en comparación con una persona del quintil más rico (12).

En este sentido, para lograr reducir la prevalencia de enfermedades y la inequidad sanitaria entre países y dentro de estos, es necesario que las intervenciones en salud vayan más allá de las causas inmediatas de la enfermedad y consideren que los determinantes sociales que subyacen a las inequidades sanitarias están interconectados y, por consiguiente, es necesario abordarlos mediante políticas

---

<sup>2</sup> Para este trabajo se entiende desigualdad e inequidad indistintamente

integrales e integradas, que respondan a los contextos específicos de cada país y cada región (13).

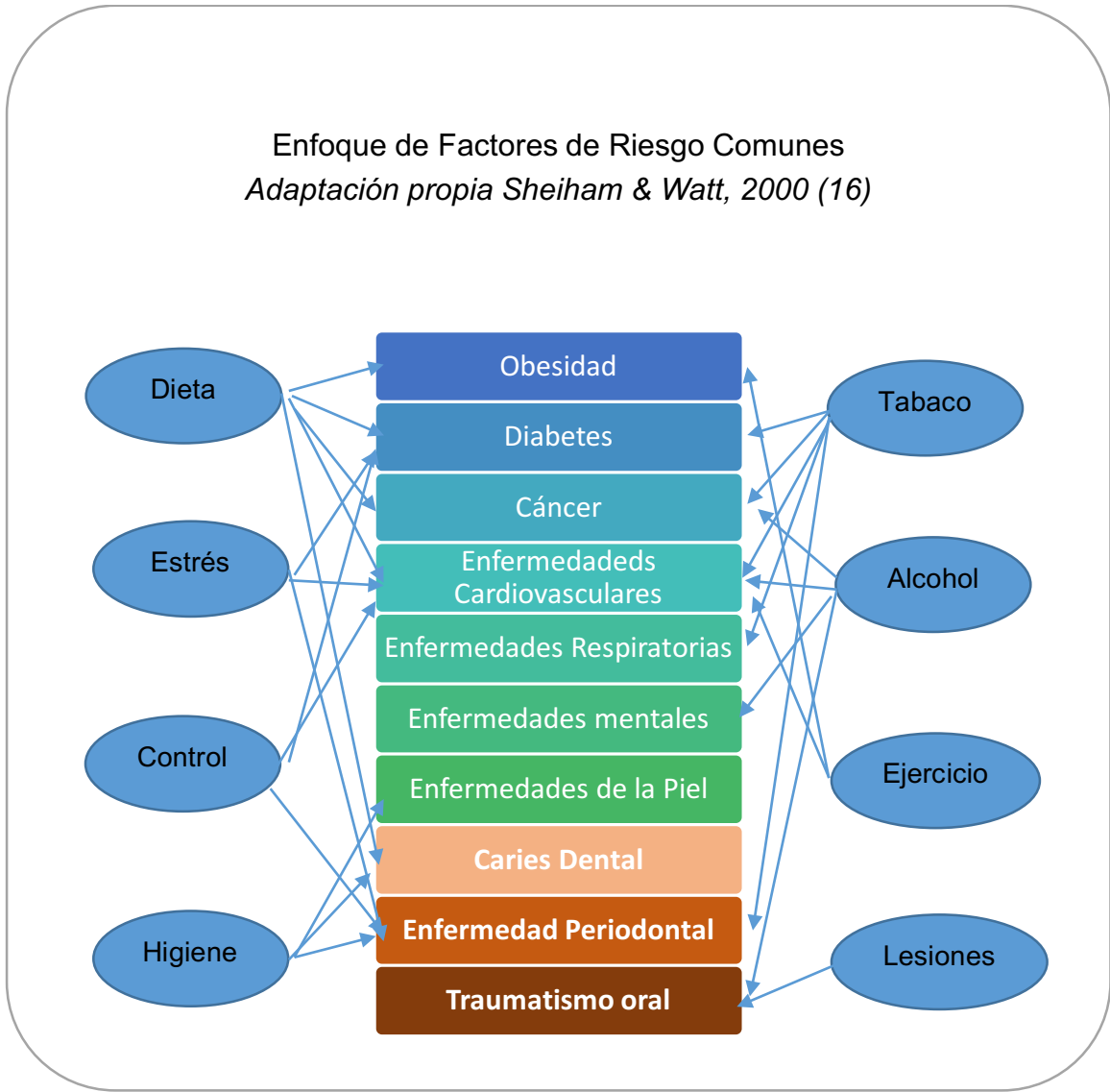
### **3.2. Salud Bucodental y Salud General**

La salud bucodental y salud general, así como su impacto en la salud individual y en la calidad de vida, comparten una estrecha relación bidireccional, la que proporcionan una base sólida conceptual para un enfoque de integración de la salud bucodental en la salud general (14).

Esta relación se expresa claramente en las enfermedades periodontales, las cuales comparten mecanismos patógenos comunes con las enfermedades crónicas no transmisibles encontrándose 57 condiciones sistémicas que se presuponen asociadas con la enfermedad periodontales a través de un mecanismo patógeno común siendo las relaciones más relevantes la con la diabetes mellitus, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades infecciosas respiratorias (15).

En efecto, la mayoría de las enfermedades bucales comparten factores comunes con otras enfermedades no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias (14). En este sentido se ha propuesto el enfoque de riesgos comunes en que incluyen dieta no saludable, consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, lesiones, estrés, falta de control e higiene como factores en común con otras enfermedades no transmisibles tal como se muestra en la ilustración 1 (16).

Enfoque de Factores de Riesgo Comunes  
*Adaptación propia Sheiham & Watt, 2000 (16)*



**Ilustración 1**

De acuerdo a los autores, es un desperdicio apuntar a cada enfermedad por separado cuando tienen orígenes similares. Por lo tanto, una razón de peso para la generación de alianzas con otros sectores implicados en la promoción de la salud es evitar la duplicación, aumentar la eficacia y la eficiencia y reducir el aislamiento (16). Al mismo tiempo que se integra este enfoque al marco de los determinantes sociales de la salud, toda vez que la gradiente de inequidad en la expresión de las enfermedades bucales responde principalmente a factores socio políticos (17).

### **3.3. Políticas Públicas de Salud Bucal en Chile**

Nuestro país ha experimentado un desarrollo sostenido de planes, programas y políticas en materia de salud bucal (18).

En 1978 se publica la Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud. En este documento se señala que “la característica principal del programa odontológico vigente, es que se trata de un programa por daños específicos que afectan a las personas. Basado en la aplicación de normas técnicas y operacionales, a proyecciones de población, en aquellos grupos de edades que corresponden a diferencias morfológicas, que hacen separarlo en subprogramas” (19).

El sub-programa infantil, atiende a la población entre 2 y 14 años de edad y el sub-programa de Adultos, el cual atiende la población entre 15 y más años de edad. Ambos subprogramas se dividen en tres niveles: Odontología General, Odontología Especialidades y Odontología de Urgencia (19).

En cuanto al rendimiento del programa a diciembre de 1977, la cobertura del subprograma infantil fue de 23.36% (sobre una población de 2.466.040) y el recurso humano disponible utilizado en el Servicio Nacional de Salud (SNS) para este programa fue de un 44.44%. A su vez, la cobertura del subprograma de Adultos fue de un 15.3% (sobre una población de 5.678.226) con la utilización del 55.55% del recurso humano disponible. Por otro lado, el recurso humano disponible, utilizando el instrumento hora/odontólogo se utilizó mayoritariamente para actividades de recuperación de la salud bucal (un 82.68% en el subprograma infantil y un 76.95% en el de adultos, excluyendo las exodoncias) (19).

En este marco, la Política de Salud Bucal del año 1978, permite la definición de algunos ejes centrales, de los cuales algunos de ellos, se mantienen vigentes en la actualidad. Dentro de estas definiciones se encuentran:

- Se define como política fundamental la ejecución de acciones específicas de fomento-protección-recuperación y rehabilitación de la salud bucal, destinada a disminuir la morbilidad de las lesiones buco-máxilo-faciales, cuyo propósito

es dar cobertura al 100% de la población en atención odontológica básica y de urgencia.

- Se establece la priorización para el grupo etario de 2 a 14 años, especialmente en acciones de recuperación
- La intensificación y expansión de los programas de prevención y fomento, tales como los educativos y los de fluoración de la caries dental.
- Asegurar a la madre embarazada atención oportuna en odontología general y de urgencia.
- Procurar la dotación dentro de lo permisible por la realidad, del suficiente recurso profesional necesario para lograr cumplimiento de metas nacionales.
- Estimular el desarrollo de las especialidades odontológicas
- Actualización de la información epidemiológica para la búsqueda de soluciones que se ajusten a la morbilidad nacional
- Cada plan de acción que incide en salud bucal, deberá ser aprobado con contenidos educativos.

A continuación, otro hito fundamental fue la definición del Plan Nacional de Salud Buco Dental en el año 1990, este plantea que “el programa odontológico tiene como propósito contribuir al desarrollo integral del individuo, mejorando su calidad de vida, a través de acciones específicas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud buco-dental” (20).

Enmarcado en la Declaración de Alma Ata (21) se establecen principios que rigen la política de salud bucal: Participación Social, Solidaridad, Universalidad, Integralidad y Justicia Social.

En este sentido se plantea que la salud buco-dental es “un componente de la salud general, ésta no se alcanza escindida de lo social ya que existe relación permanente con factores económicos, políticos y culturales que van más allá de los aspectos puramente biológicos. De esta interacción dependerá el logro de la meta *salud para todos* (20).

Del mismo modo, plantea que “la modalidad de atención odontológica asistencial ha estado centrado en el aspecto curativo en desmedro de lo preventivo”. Los modelos



de atención existentes basados en equipamiento, instalaciones, tecnología e instrumental convencional son de alto costo y de baja productividad, por ende se reconoce la necesidad de planificar e implementar nuevos programas con énfasis preventivo de carácter masivo que limiten el daño y desarrollar servicios innovados de atención (20).

En consecuencia, se fortalecen los programas educativos, promocionales y preventivos, además de reforzar la atención preferencial para los niños de 0 a 14 años de edad, destinando el 60% del recurso humano para ello (20) Para 1998 la población protegida con agua potable fluorurada alcanzó a 6.601.046 (45% de la población nacional) y el 51.35% de las atenciones odontológicas infantiles realizadas en el Servicio Nacional de Salud correspondieron a actividades preventivas (22).

### 3.3.1. Principales Políticas y Programas Públicos de Salud Bucal en Chile

Dentro de los hitos de políticas públicas odontológicas en Chile, resalta la inclusión de programas y grupos específicos con objetivos y recursos destinados en los siguientes ámbitos (18–20):

- **1978:** Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud
- **1990:** Plan Nacional de Salud Buco Dental
- **1995:** Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar.
- **1997:** Se establece la Salud Bucal como una prioridad país.
- **2000:** Se definió priorizar la atención odontológica de los menores de 20 años con el fin de lograr los Objetivos Sanitarios propuestos para la década.
- **2003:** Cambio cualitativo en el enfoque del programa definiendo edades claves en las cuales focalizar la atención odontológica. Surge también el concepto de alta odontológica total, que incorpora las altas educativas, preventivas e integrales.
- **2005:** Parte ley del AUGE: GES Salud Oral 6 años y GES Fisura Labio Palatina.
- **2007:** GES Salud Oral 60 años y Urgencia Odontológica Ambulatoria.

- **2009:** Atención Odontológica (altas) en menores de 19 años como IAAPS (índice de Actividad de APS).
- **2010:** GES Salud Oral Integral de la Embarazada.
- **2013** Se incorporan 6 programas asociados a diagnóstico (PAD) odontológicos a la modalidad libre elección de FONASA para jóvenes entre 12 y 18 Años.
- **2014** Énfasis de la salud bucal en el programa de gobierno, se crean 4 nuevos programas (se describen en sección programas vigentes).

### 3.3.2. Estrategia Nacional de Salud Bucal

El año 2010 se formuló la Estrategia Nacional de Salud (ENS) para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década (2011-2020) (23), los cuales son:

1. Mejorar la salud de la población
2. Disminuir las desigualdades en salud
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Para el logro de estos objetivos sanitarios, la Estrategia Nacional de Salud contempla 9 objetivos estratégicos, desde los cuales derivan metas de impacto y resultados esperados (24).

El Objetivo estratégico N° 2 “Reducir La Morbilidad, la Discapacidad y Mortalidad Prematura por Afecciones Crónicas no Transmisibles, Trastornos Mentales, Violencia y Traumatismos”, contiene el tema “Salud Bucal”, del cual se desprende el objetivo “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables” (23). La integración de la salud bucal dentro de este objetivo marca un hito en el entendimiento de las enfermedades bucales asociadas a las enfermedades crónicas no trasmisibles y sus factores de riesgo comunes.

A su vez, de este objetivo se desprenden dos metas: “Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años” y “Disminuir 15% el promedio de dientes

dañados por caries\* en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal” (23).

Además, “para avanzar al logro de los objetivos estratégicos de la ENS, se establece durante su diseño, la necesidad de establecer un plan operativo anual, el cual corresponde en términos generales a la formulación de actividades que propicien el cumplimiento progresivo y oportuno de las metas establecidas en los distintos niveles del sector” (24). En este sentido, se establece una matriz de cuidados a los largo de la vida, en la cual participan una serie de metas de salud bucal a lo largo de las etapas del ciclo vital (24).

Los objetivos, metas y actividades asociadas a cuidado bucal se encuentran en las etapas: salud materna y perinatal, salud infantil (en que se concentran el mayor número de metas en salud bucal); salud en la adolescencia y juventud; salud en edad adulta y salud de las personas adultas mayores, familia y cuidadores en los niveles de promoción, prevención y tratamiento (anexo 1).

### 3.3.3. Programas Odontológicos Vigentes

En marco de la Estrategia Nacional de Salud (23) y del Programa de Gobierno 2014-2018 (25), se decretan cuatro programas odontológicos vigentes a partir de diciembre de 2014:

a) **Programa Sembrando Sonrisas:** El Programa Sembrando Sonrisas “tiene como propósito reforzar y expandir el modelo de intervención preventivo promocional a nivel parvulario, en consistencia con el lineamiento de la ENS para la década 2011-2020” (26).

Su objetivo general es “mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia beneficiaria legal del Sistema Público de Salud, fomentando la promoción y prevención de la salud bucal, a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas preventivas específicas” (26).

b) **Programa Odontológico Integral:** Su propósito es “mejorar el acceso, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria en la APS a través del aumento de la resolución de especialidades en APS, el acercar la atención odontológica a

poblaciones de difícil acceso, el aumento de las prestaciones de promoción y prevención, y la atención odontológica en mujeres y hombres de escasos recursos”.

- c) **Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica:** Se fundamenta en la necesidad de mejorar el acceso a la atención odontológica a la población la cual no está priorizada en el Sistema Nacional de Salud y tiene como propósito “facilitar el acceso a la atención odontológica en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales y laborales, tanto para jóvenes que cursen cuarto año de educación media como para la población adulta mayor a 20 años” (27).
- d) **Programa GES Odontológico:** El objetivo es asegurar el cumplimiento de las garantías GES odontológicas de los niños y niñas de 6 años, de las embarazadas, de la población con urgencias odontológicas ambulatorias GES diagnosticadas y de los adultos de 60 años. Se fundamenta en las estrategias odontológicas que fueron anteriormente incorporadas al régimen GES entre el año 2005 al 2010.

#### 3.3.4. Evolución del Recurso Humano Odontológico

En 1978 Chile disponía de 4.100 dentistas, siendo la tasa promedio de 3,94 dentistas por 10.000 habitantes. De 24.888 horas dentista/día disponibles activos en el país, 10.880 se encontraban trabajando en el sector público (19).

En el año 1998 según estimaciones del Colegio de Dentistas existían 5.345 dentistas, con una relación nacional de un odontólogo por 2.465 habitantes, donde solo el 35% trabajaba en el Sistema Nacional de Salud (SNSS) (20).

Para el año 2012 del total de dentistas inscritos en la Superintendencia de Salud (12.297), el 32.7% trabaja en el sistema público de salud (Odontólogos de Atención Primaria Municipal un 19% y en los Servicios de Salud un 13.7%), mientras que el 67.2% son odontólogos privados exclusivos (28).

### 3.3.5. Modelo de intervención en promoción y prevención en salud bucal en el sector educación

El modelo de intervención en promoción y prevención de enfermedades bucales, en los ámbitos de competencia del Ministerio de Salud de Chile para el Fortalecimiento de la Educación Pública (29) establece 9 estrategias que forman parte del modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales, las 5 correspondientes al ámbito de educación se detallan en el siguiente cuadro:

**Tabla 1: Modelo de intervención en promoción y prevención en salud bucal en el sector educación**

Estrategia	Observaciones
Promover hábitos saludables con énfasis en alimentación e higiene.	En Educación Preescolar: Jardines JUNJI e INTEGRA
Instalar el uso adecuado de fluoruros como medida de prevención específica de caries dental.	Programa Sembrando Sonrisas
Fomentar el autocuidado en salud bucal de las comunidades educativas y su participación en la planificación y desarrollo de actividades.	-Currículo preescolar - Programa educativo de salud bucal para escolares de 1° a 4° básico por medio de objetivos de aprendizaje en 3 asignaturas
Mejorar las condiciones de salud bucal del personal a cargo del cuidado de los niños y niñas	12% de los cupos del Programa Más Sonrisas para educadoras de preescolar
Integrar la familia de los niños y niñas en el cuidado de su salud bucal	Ges Embarazada Otras iniciativas en desarrollo

### **3.4. Perspectivas Socioculturales para la Odontología**

A lo largo de las décadas y en distintos países, se han levantado una serie de cuestionamientos hacia la práctica odontológica en tanto disciplina científica, que principalmente apuntan a su base como corriente positivista al reducir al sujeto y su mundo social al estudio de la boca – diente. Según, la especialista venezolana, María Dolores Couto, “La Odontología como disciplina científica tiene como uno de sus objetivos la búsqueda de explicaciones objetivas para el malestar orgánico, y para lograrlo, necesita objetivar aquello que pretende estudiar: la cavidad bucal. Una vez reducido el cuerpo a la condición de cavidad bucal, de cosa, ya lo puede analizar, utilizando para ello el rigor del método científico; en otras palabras, una vez fragmentado el cuerpo humano, el (la) profesional puede emplear, de la mejor manera, todas las estrategias que le permitan leer el signo clínico y significar el síntoma” (30).

Además, la autora plantea que, al estar la práctica odontológica inmersa en un pensamiento reduccionista, mecanicista, tecnocrático y mercantilizado repercute en un “perfil de salud bucal de la población caracterizada por: una alta prevalencia de enfermedades que son prevenibles y controlables en su avance, acumulación creciente de necesidades de tratamiento curativo y rehabilitador, todo como resultado de una práctica aislada de su entorno, cuya prestación de servicios se ha caracterizado por el acentuado sentido mutilador de acciones y escaso acceso de la población a los servicios” (30).

A raíz de los cuestionamientos a la odontología y su práctica biomédica surgen también otras corrientes que pretenden lograr un abordaje distinto al hegemónico.

Dentro de estas se encuentra la “Salud Bucal Colectiva (SBC)”, movimiento que emerge en Brasil, al alero del paradigma de la “Salud Colectiva” el cual corresponde al “vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla” (31). Por tanto, la SBC plantea como objeto la atención a la salud bucal y sus prácticas, las cuales son acciones necesarias para mantener la salud bucal de las personas, siendo sus sujetos no solo los profesionales odontólogos y su equipo de salud bucal, sino también otros sujetos

sociales que con sus prácticas repercuten en ella, por lo tanto la atención a la salud bucal colectiva, implica actuar sobre todos los determinantes del proceso salud-enfermedad bucal (3).

Para la SBC, la salud bucal de la población "no sólo resulta de la práctica odontológica, sino también de las construcciones sociales de modo consiente por los hombres, en cada situación concreta - incluyendo los profesionales de la salud, y también a los cirujanos dentistas. Siendo esta un proceso social, cada situación es única, singular e histórica, por lo tanto, no susceptible de replicación o reproducción mecánica en cualquier otra situación concreta, ya que los elementos y dimensiones de cada uno de estos procesos tienen contradicciones, generan conflictos y están marcados por las negociaciones y acuerdos que son propios y específicos" (1).

Esta corriente, a pesar de lograr una importante producción de conocimiento, no se extendió ni generalizó significativamente en la profesión odontológica en Brasil ni en otros países latinoamericanos, donde se mantiene actualmente tanto la focalización dental como su estructura ideológica prácticamente intactas, ejerciendo la odontología más influencia que la Salud Bucal Colectiva (4).

La predominancia de la odontología biomédica la podemos entender a la luz de lo denominado por Menéndez como "Modelo Médico Hegemónico (MMH)" (32), el cual posee ciertas características estructurales como: biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, a-historicidad, a-socialidad, individualismo, eficacia pragmática, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los "consumidores", de exclusión del saber de la gente y del acceso de la misma a los conocimientos, de identificación ideológica con la racionalidad científica, tendencia a la medicalización de los problemas, una manifiesta adscripción a la salud-enfermedad como mercancía, y con predominio absoluto de las estrategias curativas respecto a las preventivas y de promoción de la salud. Estas características son también compartidas en el terreno de la odontología, por lo cual, de acuerdo al odontólogo argentino Laserna, es posible

hablar también de “Modelo Médico-Odontológico Hegemónico de la atención (MMOH)” (3).

Según Menéndez, el proceso capitalista conduce la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico (y odontológico) hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos o tradicionales imponiéndose ante el resto (32). Sin embargo, existen otros modelos, igualmente válidos que coexisten, en este sentido; el concepto de “sistema médico” se refiere a la totalidad de los conocimientos en salud, tratamientos y habilidades de los miembros de cada grupo. Puede ser utilizado para referirse a las actividades tanto clínicas, como no clínicas, y las instituciones formales o no formales como otras actividades que sustentan los niveles de salud del grupo y promueven el funcionamiento de la sociedad (33).

Bajo este marco, la enfermedad pasa de ser una entidad solamente biológica y objetivable, a ser necesariamente entendida desde la cultura como un trinomio salud-enfermedad-atención, el cual constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, frente a la cual cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica y en la historia, para su comprensión y abordaje. “La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad” (34).

A continuación, y en concordancia con este marco conceptual de la salud bucal y la práctica odontológica, se entregan antecedentes históricos y políticos de la Isla de Pascua que permiten entender sus características distintivas en cuanto a su geografía, demografía, etnicidad y su relación con el Estado chileno, que la hacen un escenario de investigación relevante para la salud pública y la odontología.

### **3.5. Antecedentes históricos y políticos de la Isla de Pascua**

Desde su colonización por navegantes polinesios, cerca del año 400, la Isla de Pascua atraviesa diversos períodos de plenitud y caos (5), hasta que en 1722 la Isla de Pascua fue descubierta por la expedición holandesa de Roggveen, visitada posteriormente por los hispanos a cargo de Felipe González de Haedo en 1770, por el capitán Cook en 1774 y por el conde de La Perouse en el año 1786, generándose



una relación de intercambio de productos (principalmente alimentarios) marcada por una dimensión colonial (35).

En el siglo XIX, “la demanda de mano de obra hizo de Pascua un lugar apto para el colonialismo más brutal” (35). Entre el año 1862 y 1863, bajo el manto de contrato de trabajos, son esclavizados cientos de rapanui y enviados a las guaneras y estancias del Callao, Perú. Los escasos sobrevivientes que logran retornar a Rapa Nui, llegan a su tierra cargando con ellos enfermedades infectocontagiosas como viruela y tuberculosis (5,35,36).

En el año 1888, Chile anexa a su territorio la Isla de Pascua, en base a un “acuerdo de voluntades”, firmado por el rey Atamu Tekana, los jefes rapanui y las autoridades chilenas. No obstante, el Estado chileno no interviene de manera directa durante casi 80 años abandonando el proyecto de colonización para arrendar “la tierra y sus habitantes” a una compañía ganadera en 1895 (5,35). “La usurpación del territorio ancestral, el uso de las tierras para la ganadería, el confinamiento arbitrario de la población en la bahía de Hanga Roa y el régimen de trabajo forzado para sus habitantes, repercuten en los patrones de asentamiento, los modos de relacionarse, la reproducción de la cultura, la economía, el ecosistema y la dignidad de su gente” (5).

Conjuntamente a las intervenciones extranjeras que repercuten significativamente en la demografía, morbilidad y porvenir de la isla; la introducción de patógenos como la lepra y la viruela produjo una reducción dramática de la población: de 1800 rapanui en 1864, se descende abruptamente en 13 años (1877) a sólo 111 nativos (5).

En la primera mitad del siglo XX la organización social en la Isla de Pascua estuvo marcada por la explotación ganadera en manos de la Compañía Explotadora de la Isla de Pascua (1903-1953), la dependencia de la Armada de Chile a partir del año 1953 y el temprano establecimiento de la iglesia católica, permaneciendo conflictos y tensiones con la comunidad rapanui (35). Durante este periodo, persisten también muchas enfermedades, las cuales tienen relación principalmente por el contacto con

viajeros, las condiciones sanitarias, de alimentación y la escasa asistencia sanitaria que marca este ciclo (37).

En 1947, los doctores de la Armada Camus, Etchebarne y Reiser, efectuaron en la Isla de Pascua un estudio médico encargado por esta institución, realizándose un examen de salud a una población de todas las edades (con un total de 465 personas). El estudio se refiere a la lepra como la mayor enfermedad de la isla, afectando algo más del 7% de la población nativa durante esos momentos. De acuerdo a este autor, la lepra fue importada desde Tahití por aquellos rapanui que regresaron a Pascua (37).

La lepra no solo tuvo un gran impacto sanitario, sino también a nivel político, pues los habitantes de la isla fueron estigmatizados, encerrados en pésimas condiciones e impedidos de dejar la isla (5). De esta forma, la lepra formó parte de los sistemas de exclusión que se impusieron en Rapa Nui ejerciendo un triple asilo: el leprosario, la localidad de Hanga Roa y la misma Isla de Pascua (36).

Al inicio de la década del 1960, durante la administración de la Armada, pero en pleno proceso revolucionario isleño, se registra la Expedición Canadiense (METEI). Esta expedición es un hito para la historia contemporánea de la isla ya que políticamente significó un apoyo al proceso emancipatorio local y la apertura hacia el exterior al definir el estado de retirada de la lepra. “Pero asimismo, tal liberación implicará que la apertura de la isla al mundo la transforme en un codiciable punto que generará otros focos especulares a través de los cuales construir identidad, a la par de los nuevos riesgos para la salud” (5).

El año 1966 se dicta la ley 16.441 que integra administrativamente la Isla a Chile, entrando en la vida civil. Esto implicó la llegada desde el continente de una serie de servicios públicos y administrativos con sus funcionarios, lo que inicia nuevamente una etapa de profundas y significativas repercusiones (5).

En relación a la historia del pueblo rapanui es importante considerar que “subsisten en la memoria colectiva, una serie de simbólicas transacciones con el mundo, en las cuales Chile ha cumplido un rol de profunda y desconcertante ambivalencia:

abandono y dominación. Hoy, las luchas políticas que se libran entre el Estado chileno con los pueblos indígenas, tiene para el caso rapanui la particularidad de avanzar hacia el reconocimiento al menos de un cierto estatus de autonomía en el plano administrativo” (38).

Son varias las dimensiones que participan en la constitución social de la oposición política de la isla al dominio del Chile continental. “Quizás una de las que adquiere mayor importancia hoy en día, sea la dimensión política de la problemática asociada a la salud. La medicina es hoy uno de los aspectos sobre los cuales los rapanui contemporáneos están intentando reivindicarse ante sí mismos y posicionarse en relación con otros amenazantes” (38).

En este sentido, la consideración de la dimensión política e histórica de la instalación del sistema de salud en la isla toma especial importancia para la construcción de políticas y programas de promoción y atención de salud.

### **3.6. Antecedentes históricos de salud bucal en Isla de Pascua**

La información que se cuenta hoy en día es principalmente de los estudios realizados por la Armada de Chile en los años en que este organismo tuvo el control político y militar de la isla.

En 1947 se realizó el “Estudio Bio-Social en la Isla de Pascua” a cargo el Médico de la Armada Dr. Daniel Camus en el cual se realiza un examen dental a 316 nativos mayores a 5 años, constatando que el 57.8% de los examinados tiene una dentadura completa y sana, el 21.5% tiene una dentadura en regular estado y el 20.8% tiene una dentadura incompleta y mala. El autor deduce que “el estado de la dentadura de la población nativa es, en general, buena y así se encuentran individuos mayores de 40 años y 50 años con dentadura hermosa, completa y sana. Pero queda un 42% de la población cuyas dentaduras necesitan atención, especialmente los niños” (39).

En 1951 el mismo autor elabora el “Informe Sanitario de la Isla de Pascua” en el cual se examinan 200 individuos encontrando que el 46.5% tiene una dentadura buena, el 22.5% regular y el 31% en malas condiciones. A juicio del autor “El estado

actual de la dentadura, en comparación a mi visita anterior en 1947 ha empeorado mucho, hay numerosos focos dentarios, quizás en parte por el abuso excesivo del tabaco entre hombres y mujeres, por lo cual se requiere una urgente atención dental” (40).

Otro importante antecedente en relación al estado de salud bucal en la Isla, lo constituye una publicación del año 1966 la cual trata de las condiciones dentales de los habitantes de la Isla de Pascua, la cual se efectuó como parte de la Expedición Médica Canadiense (METEI) cuyos resultados desde diferentes disciplinas, lograron arrojar una imagen integral de la comunidad isleña. Dicha investigación se realizó a finales del año 1964 y examinó a una muestra de 236 “nativos” entre 18 y 79 años, encontrando alta prevalencia y severidad de la caries dental con un promedio de 17.57 en el índice COPD (dientes cariados, perdidos y obturados) de las cuales el 95.45% de las piezas dentarias están cariadas o perdidas y solo el 4.55 obturadas. (41).

Este estudio sugiere que habitualmente existe una adecuada dieta entre los rapanui, atribuyendo como principal causa del estado de salud bucal de la población, la pobre higiene oral (solo el 9.32% de la muestra posee una buena higiene), lo que se explicaría en parte por el bajo acceso a cepillos y pastas de dientes. Además, menciona que los accidentes contribuyen significativamente a la pérdida prematura de piezas anteriores lo que podría deberse principalmente a las caídas de caballo desde una temprana edad. Por otra parte, el estudio no evidencia lesiones malignas, deformidades, labio leporino y problemas de maloclusión en la población estudiada. Finalmente sugiere la necesidad de contar con un programa de salud bucal continuo para lograr una mejora sostenida y duradera de la salud bucal en la isla (41).

En definitiva, si bien los datos presentados son del todo interesantes, no permiten reconstruir la progresión histórica de la condición de salud bucal de los rapanui.

### **3.7. Epidemiología Contemporánea de la Salud Bucal en la Isla de Pascua**

Se debe mencionar que, en la actualidad, existe escasa investigación en salud bucal de la Isla de Pascua, y a la fecha, no se ha encontrado ninguna investigación de esta temática desde la perspectiva de este trabajo de investigación; además existen

escasos estudios epidemiológicos respecto al estado de la salud bucal de la población isleña.

En la literatura revisada no existe ningún diagnóstico epidemiológico de toda la población que abarque la salud bucal de la Isla de Pascua.

Un estudio del año 2012 midió la prevalencia y severidad de la caries dental en una población de escolares entre 6 y 15 años. Encontró que el 38.8% de la muestra presentaba historia de caries con una severidad de 1.19 en el índice COP-D con diferencias significativas entre los escolares rapanui que presentaban un menor índice COP-D (0.9) que los escolares no rapanui (1.77) (42).

El índice de caries encontrado en este estudio es menor a los observados en el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de Soto y cols. Del año 2007 (43), el cual encontró un COP-D de 1.9 con un porcentaje de escolares libres de caries de 37.5% comparado con un 61.2% en la isla (42).

En relación con la estadística epidemiológica (REM) registrada por el Hospital Hanga Roa que se presenta en el Diagnóstico de Salud elaborado el 2011 (44), el año 2010 se observó que el 49% de la población que utilizó los servicios de salud, presenta 4 o más piezas dentales dañadas, mientras que un 25% tiene todas sus piezas sanas. A nivel nacional, el 51% de la población tiene algún problema de salud en 4 o más de sus piezas dentales, mientras que a nivel del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), de donde depende administrativamente el hospital, dicha proporción aumenta a un 67%.

La información encontrada en estos dos estudios sugiere la existencia de una menor prevalencia y severidad de caries dental en la Isla de Pascua (42,44). Será necesario contar con más estudios para verificar con mayor exactitud lo arrojado por las investigaciones citadas, las cuales rompen el patrón más común encontrado en otras investigaciones, que indican un peor estado de salud en la población indígena en comparación a la población no indígena en diferentes partes del mundo (45,46).

### **3.8. Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en Chile**

En el marco de reconocimiento nacional e internacional es importante aportar a la visibilidad de las problemáticas específicas en cada territorio, rescatando la particularidad de cada pueblo indígena y su relación con las instituciones públicas. En este sentido, este apartado pretende entregar un marco para el análisis del diseño e implementación de políticas públicas en salud bucal en el contexto del pueblo rapanui.

Existe un compromiso del Estado chileno en avanzar en la pertinencia de las políticas públicas hacia el mundo indígena, bajo un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos de los indígenas mediante la adhesión a tratados internacionales y el desarrollo de políticas públicas a nivel país (47).

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), es un tratado internacional de gran relevancia, y que viene otorgando desde del año 1989 un marco referencial a los países para el trato hacia los pueblos indígenas. Este Convenio sólo fue ratificado en Chile el año 2008 y entrado en vigencia en septiembre del año 2009.

Este convenio es una norma jurídica internacional que establece un estándar de derechos humanos para los pueblos indígenas, que estos pueden hacer exigible y señala obligaciones para los estados que lo ratifican en función de que esos derechos se respeten, se ejerciten, se garanticen y no se violen (48).

En cuanto a materia de salud, el tratado reconoce el derecho a la salud como derecho colectivo de los pueblos, asumiendo derechos diferenciados a los pueblos indígenas en virtud de sus especificidades culturales, sin que eso menoscabe el derecho a la salud y las garantías establecidas a todas las personas del país en igualdad de condiciones (48).

En su articulado más relevante en esta materia, se señala:

Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

#### Artículo 30

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos (48).

Adicionalmente la “Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos en los Pueblos Indígenas” (49) en materia de salud señala que:

#### Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

En un taller realizado por la Comisión Económica de Desarrollo para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2007 (50) en base a esta declaración, se detalla los derechos emanados en relación con los contenidos específicos que pueden derivarse para el ámbito específico de los derechos en salud, los cuales se resumen a continuación:

**Derecho de no discriminación** en el acceso y la atención en salud.

**Derecho al desarrollo y bienestar social**, que reconoce el derecho de las personas y comunidades indígenas a gozar del nivel más alto de salud física y mental, mediante el acceso oportuno y eficiente a atención de salud de calidad y pertinente en términos culturales.

**Derecho a la integridad cultural**, que involucra el reconocimiento que los pueblos indígenas tienen sus propios conceptos del proceso de salud-enfermedad-curación y que, en virtud de ello, tienen derecho a usar, fortalecer, desarrollar y controlar sus propios sistemas médicos.

**Derecho de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos**, que en el ámbito de la salud se relaciona con la conservación de las plantas, animales y minerales de uso terapéutico y la protección de los territorios en que esos recursos se localizan.

**Derecho de participación política** en el diseño, gestión y control social de las políticas y programas de salud.



En cuanto a los hitos en políticas públicas nacionales y pueblos indígenas podemos señalar la *Ley Indígena* (la cual reconoce a 9 pueblos indígenas en Chile, incluyendo al pueblo rapanui), el *Informe de la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato* y la *Política de Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas* (47).

Además en el año 2006 se divulga la *Política de Salud y Pueblos Indígenas*, teniendo como propósito principal “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución y evaluación del proceso”, la política se articula en 3 grandes ejes, los cuales son: equidad, interculturalidad y participación (*Política de Salud y Pueblos Indígenas, Res. Exenta N°91. Año 2006*).

### **3.9. Aproximaciones en la Promoción de la Salud**

La promoción de la salud es una práctica ancestral de la humanidad (51); los sistemas médicos de cada cultura y/o pueblo, utilizan conocimientos y habilidades para la protección de la salud y el cuidado de la enfermedad, pero es a raíz del Informe Lalonde (1974), la Conferencia de Alma Ata (1979) y posteriormente su consolidación en la Carta de Ottawa (1986) donde el discurso y práctica de la Promoción de la Salud se institucionaliza y pasa a formar parte de las agencias “oficiales” de salud.

La primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud dio origen a la Carta de Ottawa la cual define que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sí misma” (52). Este hito marca las bases conceptuales y metodológicas de la Promoción en Salud. Se definen allí los requisitos indispensables que los países debieran garantizar para que su población tenga salud: paz, un ecosistema estable, justicia social y equidad. Se exponen también los recursos fundamentales para llevar adelante la estrategia, tales como educación, alimentación e ingresos, y se identifican cinco ámbitos clave de acción: políticas públicas saludables, creación de

entornos propicios, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud.

La perspectiva de esta declaración se mantuvo en las conferencias internacionales subsecuentes en las que se encuentran Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Puerto Rico 1998, México 2000, París 2001, Melbourne 2004 y Bangkok 2005 entre las principales.

Otro hito relevante en el desarrollo de esta estrategia ocurrió en Yakarta, Indonesia en 1997, en el contexto de la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se identificaron cinco prioridades de acción: promover la responsabilidad social en materia de salud; ampliar las capacidades de las comunidades y potenciar a los individuos; ampliar y consolidar las alianzas en pro de la salud; aumentar la inversión en salud y asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud; develando un carácter más político de la promoción y la necesidad de asegurar recursos para actuar en su favor (51).

En el contexto de esta misma conferencia y con el afán de facilitar el trabajo en promoción de la salud que se realiza desde todos los sectores y ámbitos, se confeccionó un Glosario de Promoción de la Salud (52) a modo de consensuar términos comunes. Algunos de ellos relevantes para este trabajo de tesis, se detallan en la tabla 2.

**Tabla 2: Conceptos relevantes de Promoción de la Salud**

Educación para la salud	La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (52).
-------------------------	---

Comunicación para la salud	La comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública” (52), asimismo, se considera como un elemento clave en la consecución de un mayor empoderamiento de la salud de los individuos y las comunidades.
Entornos que apoyan la salud (entornos saludables)	De acuerdo a la Declaración de Sundsvall los “entornos que apoyan la salud” son aquellos que ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento (52).
Islas Saludables	Una interesante iniciativa que se desprende del concepto anterior, es el de “Islas Saludables” el cual nace de forma oficial el año 1995 a partir de la Conferencia de Ministerios de Salud de las Islas del Pacífico que dio origen a la Declaración de la Isla Yanuca (53). En este documento se define como aquella que está comprometida e implicada en un proceso de consecución de una mejor salud y calidad de vida para sus habitantes, así como también de entornos físicos y sociales más saludables en el contexto del desarrollo sostenible (52).  Después de 20 años de este hito en abril de 2015 una nuevo encuentro se realizó en Yanuca con el propósito

	de responder al rápido cambio social y económico que afectan a la calidad de vida y a la salud en el pacífico (54). En la instancia se ratifica la visión y el significado de las Islas Saludables las cuales son lugares que: Los niños son nutridos en cuerpo y mente; los entornos invitan al aprendizaje y el esparcimiento; las personas trabajan y envejecen con dignidad; el equilibrio ecológico es fuente de orgullo; y el mar que nos sustenta es protegido.
Escuelas Promotoras de la Salud	Otra importante iniciativa en el contextos de los entornos saludables y más conocida que anterior es la estrategia de escuelas promotoras de la salud, la cual se define como “una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar” (52).
Política Pública Saludable	Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (55).

Es importante dejar en claro, que el desarrollo conceptual asociado a la Promoción de la Salud no tiene una evolución lineal y aún menos es neutral. El discurso hegemónico aún vigente se basa sustancialmente en la decisión consiente del individuo en la adopción de estilos de vida saludables con el objeto de preservar

una buena salud, sin embargo, también ha surgido con fuerza en el último periodo los Determinantes Sociales de la Salud (DDS) lo cuales no se limitan sólo a los comportamientos individuales, sino que también en las repercusiones sociales, culturales, económicas y ambientales en los procesos de salud-enfermedad.

Además de los DSS que ha ido adoptando la Organización Mundial de la Salud como discurso oficial, también existen otros enfoques “de oposición” al hegemónico de los cuales se destacan la Educación Popular de Paulo Freire y la Salud Colectiva ambos desarrollados en Latinoamérica, los aportes de antropología médica crítica, y las importantes contribuciones que se han desarrollado desde las teorías de la comunicación aplicadas en salud como la comunicación educativa, la comunicación entretenida y el enfoque de comunicación para el cambio social.

Este último modelo, fue desarrollado teóricamente a fines del siglo pasado y cuenta como principal premisa que la sustentabilidad de los cambios sociales es más segura cuando las personas y sus comunidades afectadas se apropian del proceso y de los contenidos comunicacionales mediante el diálogo, el debate y la negociación desde el seno de la comunidad (56). De acuerdo con Gumucio-Dagron (57), existen 5 condiciones indispensables para la comunicación para el cambio social: participación comunitaria y apropiación, lengua y pertinencia cultural, generación de contenidos locales, uso de tecnología apropiada y convergencia y redes.

Si bien, todos estos enfoques nacen en tiempos y contextos disciplinares diferentes, lo central es su contribución en el énfasis en los aspectos de empoderamiento y participación comunitaria como posición ideológica y que trascienden al sector de la salud y el respeto al derecho a la autodeterminación de salud de los pueblos indígenas que se ha reforzado en diferentes tratados internacionales en que Chile es parte, como se revisará en el anterior subcapítulo.

### **3.10. Pregunta de Investigación**

A raíz del desarrollo del marco teórico el presente estudio se plantea la pregunta de investigación:

¿Cuáles son y cómo se implementan las actividades y los programas de salud bucal desarrollados en la actualidad en Isla de Pascua y cuáles son las percepciones y conocimientos de los funcionarios del Hospital Hanga Roa, líderes sociales y autoridades involucradas?

## IV. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Caracterizar el funcionamiento de los programas y actividades de salud bucal desarrollados en Isla de Pascua, identificando las percepciones y conocimientos de los actores involucrados, para proponer lineamientos de una estrategia contextualizada de educación y promoción de salud bucal.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir el funcionamiento del sistema sanitario, en relación con la implementación de los programas y actividades de atención/prevención a la salud/enfermedad bucal en el sistema médico-dental institucional.
2. Conocer las percepciones y conocimientos respecto a la salud bucal que tienen los actores, identificando las expectativas respecto al sistema sanitario y la salud bucal.
3. Proponer lineamientos para un programa de educación y promoción de salud oral con pertinencia cultural en el marco de reconocimiento de los derechos colectivos en salud de los pueblos indígenas.

## V. METODOLOGÍA

### 5.1. Diseño y tipo de estudio

De acuerdo al planteamiento del problema, y los objetivos planteados, se utilizó un acercamiento metodológico cualitativo.

Esta metodología posibilita conocer los fenómenos socioculturales relevando la percepción y experiencia subjetiva de los actores sociales; de modo que para el investigador lo importante es aquello que los individuos que participan de la investigación consideran importante. Así, este tipo de estudio recoge las propias palabras de las personas y la conducta observable (58).

El tipo de estudio se cataloga como un estudio cualitativo de tipo exploratorio, puesto que se dirige a entender un fenómeno poco conocido el cual no se ha abordado anteriormente en profundidad.

### 5.2. Emplazamiento

El trabajo de campo se llevó a cabo en el mes de abril de 2015 en la Isla de Pascua con una duración de tres semanas. Posteriormente se realizaron entrevistas en la ciudad de Santiago durante los meses subsiguientes del mismo año.

### 5.3. Técnicas de recogida o producción de datos

Se utilizaron como técnicas de producción de información cualitativa, el análisis documental, la observación participante y entrevistas semiestructuradas en profundidad aplicadas a la variabilidad de actores sociales involucrados en la atención de la salud bucal en la Isla de Pascua, entendida desde una perspectiva amplia.

- **Análisis Documental:** Consiste en analizar la información registrada en documentos, en este caso, escritos. Se realizó un análisis de contenido con amplitud de criterios de búsqueda de información relevante para la investigación, como lo son: Información estadística poblacional, estudios nacionales de salud, fuentes ministeriales; fuentes estadísticas de salud;



archivo biblioteca Museo Antropológico Sebastián Englert, documentos oficiales y de difusión Hospital Hanga Roa, entre otros.

- **Entrevista semiestructurada en profundidad:** Para buscar y comprender las perspectivas de los actores frente al tema estudiando se realizaron entrevistas a la variabilidad del universo de estudio. Esta técnica tiene la ventaja de permitir la obtención de una gran fuente de riqueza informativa (intensiva, de carácter holístico o contextualizada), en palabras y enfoques de los entrevistados (59).
- **Observación:** Durante el trabajo de campo se realizó una observación abierta y participante con el fin de “descubrir el sentido, la dinámica y los procesos de los acontecimientos que se dan en un determinado contexto social” (60). Dicha observación se centró en el recinto Hospital Hanga Roa además de otros espacios de interacción en la Isla de Pascua.

#### **5.4. Universo y Diseño Muestral**

Los sujetos o actores sociales sobre los que se aplicaron las técnicas e instrumentos diseñados para el estudio, pertenecen a los siguientes universos:

##### 5.4.1. Universos del Estudio:

- Líderes Sociales isleños
- Agentes médicos tradicionales <sup>3</sup>
- Funcionarios del Hospital Hanga Roa
- Funcionarios del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (en el continente)
- Autoridades Políticas locales de la Isla de Pascua
- Otros actores institucionales (Secretaría Regional Ministerial de Salud, otros actores de prestación de servicios de salud odontológica en la Isla)

---

<sup>3</sup> Nos referimos a *tradicional* como sinónimo de nativo en el marco utilizado por la antropología

#### 5.4.2. Muestreo

Este estudio utilizó un muestro teórico. Esto significa que los individuos que fueron entrevistados se definieron conceptualmente, ya que sus perfiles corresponden a características determinadas previamente por los roles y funciones que desempeñan, que pueden influir en los significados del fenómeno estudiado.

La estrategia de muestra utilizada fue la máxima variación, pues se pretende documentar las diversas variaciones discursivas del fenómeno identificando los patrones comunes más importantes (60).

La selección de los participantes se realizó por medio de informante clave experto en el tema y la estrategia de bola de nieve.

#### 5.4.3. Criterios de Conformación de la Muestra

**Tabla 3: Criterios de Conformación de la Muestra**

<b>Grupo de Estudio</b>	<b>Criterios de Inclusión y conformación de la muestra</b>
<b>Líderes sociales (a)</b>	Involucrados en problemas contemporáneos rapanui
<b>Agentes médicos tradicionales (b)</b>	Cultores de medicina tradicional rapanui
<b>Funcionarios del Hospital Hanga Roa (c)</b>	Mínimo 3 años trabajando en el lugar. Se relacionen directa o indirectamente con atención dental rapanui y no rapanui / Profesionales y no profesionales / Directivos y no Directivos
<b>Funcionarios del Servicio Metropolitano Oriente (d)</b>	Relacionado con la isla en dirección, diseño, gestión y coordinación de Programas de Salud Odontológicos.
<b>Autoridades locales de la Isla de Pascua (e)</b>	Rapanui Rol político y/o gestor
<b>Otros actores institucionales (f)</b>	Actores que realicen atención odontológica fuera del Hospital Hanga Roa y SEREMI de Salud.

#### 5.4.4. Número de Técnicas y Perfiles de Estudio

En total se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas en profundidad individuales y una entrevista semiestructura en profundidad a un grupo de 3 personas. En algunos casos a detallar, los entrevistados pueden pertenecer a más de un grupo de estudio. Se detalle por medio de la letra “a” a la “f” a que grupo de acuerdo a la tabla 3 pertenece cada perfil de estudio.

La población estudiada y las instituciones corresponden:

- Gobernadora de la Provincia de Isla de Pascua (e)
- Alcalde de la Municipalidad de Isla de Pascua (e)
- Directora de la Dirección de Desarrollo Comunal (DIDECO) (e)
- Directora de la Dirección de la Dirección de Educación Municipal (DAEM) (e)
- Directora del Liceo Municipal Lorenzo Baeza y líder social (a y e)
- Directora del Jardín Infantil JUNJI (e)
- Directora subrogante del Hospital Hanga Roa (c)
- Jefe de Atención Primaria del Hospital Hanga Roa (c)
- Jefa de SOME Hospital Hanga Roa (c)
- Jefe del Programa Odontológico del Hospital Hanga Roa (c)
- Odontóloga consulta privada Isla de Pascua (f)
- Técnico Nivel Superior en Enfermería del Hospital Hanga Roa con práctica en Servicio Odontológico y urgencias (d)
- Encargada del Programa de Salud Intercultural del Hospital Hanga Roa (c)
- Agente Médico tradicional, atención en Hospital Hanga Roa y particular (b)
- Agente Médico tradicional y líder social rapanui (a y b)
- Líder social rapanui (a)
- Asesora Odontológica Servicio de Salud Metropolitano Oriente y contraparte Hospital Hanga Roa (d)
- Comandante Fuerza Área de Chile, Jefe de Medicina Operativa (f)
- Odontólogo participante operativos FACH y académico FOUCH (f)
- Directora de Extensión FOUCH (f)

El 75% de los entrevistados fueron mujeres y el 25% hombres, en tanto, el 55% pertenece a la etnia rapanui, aumentado esta cifra a 68.7% si solo se consideran las entrevistas realizadas en la Isla de Pascua, las cuales corresponden al 80% del total de entrevistas realizadas.

Adicionalmente, se realizaron tres entrevistas no estructuradas a los siguientes perfiles: Funcionaria Hospital Hanga Roa rapanui con más de 30 años de servicio y que formó parte de los Hospitales anteriores al actual (c), Mujer profesional joven, líder rapanui (a) y una funcionaria de la Secretaria Regional Ministerial (Seremi) de Salud local (e).

Los contenidos básicos indagados se detallan en la tabla 4. Los guiones de entrevistas utilizados presentan variaciones según los distintos grupos que componen la muestra del estudio. El detalle de cada temario de entrevista por grupo de estudio se encuentra en el Anexo 2.

**Tabla 4: Temas Generales de las Entrevistas Semiestructuras en Profundidad**

#### Salud – Enfermedad – Atención General

- Percepción de Problemas de Salud en la isla
- Relación entre la salud-enfermedad con los modos de vida
- Percepción de diferencias en la salud de los rapanui y no rapanui que habitan en la isla
- Programas de Interculturalidad en salud

#### Salud-Enfermedad Bucal

- Percepción de la importancia de la salud bucal para los isleños.
- Percepción del estado de salud bucal
- Percepción de diferencias entre la isla y el continente y entre rapanui y no rapanui.
- Factores protectores y de riesgo
- Creencias en salud bucal

#### Atención de la Salud Bucal

- Conocimiento de los programas odontológicos
- Pertinencia de los programas
- Percepción del funcionamiento de los programas de atención odontológicos (dificultades y facilitadores)
- Expectativas hacia el sistema sanitario
- Actores Relevantes

#### Educación, Promoción y Prevención en Salud Bucal

- Conocimiento de iniciativas existentes
- Percepción de su utilidad y funcionamiento

#### Propuestas

- Educación y promoción de la salud bucal
- Programas de atención odontológicos

## **5.5. Análisis**

Las entrevistas fueron grabadas e íntegramente transcritas previo consentimiento informado oral y escrito de todos los participantes (ver resguardos éticos), el cual contempló los siguientes aspectos: fecha, escenario, tiempo de la entrevista, objetivos y motivos de la entrevista, garantía de anonimato, y confidencialidad de la información. Su duración aproximada fue entre 40 a 90 minutos.

Se procedió a la lectura y organización de los datos de acuerdo a los perfiles de estudio para luego realizar la codificación de las citas permitiendo el levantamiento de categorías de análisis de forma mixta, a partir de los guiones utilizados y los temas emergentes de las entrevistas.

De acuerdo a los objetivos del estudio, se realizó un análisis narrativo de contenido de tipo semántico enfatizando el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas (61).

Para asegurar la calidad de los datos se realizó la triangulación de la información mediante la utilización de diferentes técnicas, la comparación entre los diferentes grupos de informantes, y la intervención de más de un investigador en el análisis.

Como herramienta para el análisis fue empleado el programa informático de análisis cualitativo Atlas-Ti.

## **5.6. Resguardos Éticos**

La bioética en salud pública, que se corresponde con la investigación en pueblos indígenas tiene como desafío construir estándares mínimos (universales) de seguridad en investigación y respeto por los derechos humanos, pero rescatando la particularidad cultural.

En este sentido es importante tener en cuenta la historia de vulneración al pueblo rapanui mediante investigaciones biomédicas, las cuales han producido algunas repercusiones puntuales para la comunidad que se manifiesta en el reforzamiento de la desconfianza históricamente instalada para con las instituciones de salud chilenas; el sentimiento y muchas veces la certeza de vulnerabilidad de la

comunidad ante estos conglomerados de instituciones locales, nacionales e internacionales circunstanciales, que operan en contra de su integridad (62).

En relación a estos antecedentes es importante señalar que los objetivos de la investigación guardan estrecha relación con el propósito mayor de beneficiar a los habitantes de la Isla de Pascua por medio de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) y la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (FOUCH); y fue socializado y discutido con algunas autoridades tradicionales del pueblo rapanui, previamente a ser iniciado el proceso de investigación.

Los resultados de la investigación no serán utilizados para otros fines diferentes al propósito de esta investigación, garantizando la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria de los participantes mediante un proceso de consentimiento informado el cual consta de información oral y un documento escrito (Anexo 3).

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para su ejecución.

## VI. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de este trabajo de tesis; como se describió en la introducción, este capítulo consta de 3 grandes subcapítulos:

- **Antecedentes Contextuales:** En primer lugar, se realiza una revisión sobre antecedentes demográficos y de composición étnica de Rapa Nui. Dado la poca información en este ámbito se hizo necesario la elaboración de síntesis propias con el análisis de diferentes documentos (Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Empleo Isla de Pascua, Diagnóstico de Infancia, entre otros).

En segundo lugar, se revisan elementos socioculturales y ambientales que impactan en la salud de acuerdo a las categorías emergidas del discurso de los entrevistados.

Por último, se revisan aspectos relevantes sobre hitos de participación social en salud. Todos estos elementos corresponden a información relevante para entender los siguientes dos subcapítulos y aportar a la discusión y conclusión de este trabajo.

- **Descripción del Sistema de Salud en Isla de Pascua:** Este subcapítulo intenta responder el primer objetivo específico de este trabajo *“Describir el funcionamiento del sistema sanitario, en relación con la implementación de los programas y actividades de atención/prevención a la salud/enfermedad bucal en el sistema médico-dental institucional”*. Su construcción se realizó en base al análisis documental de fuentes secundarias, la observación y las entrevistas a actores claves que se desempeñan en el área.

En primer lugar, se presentan elementos generales sobre el Hospital Hanga Roa, incluyendo información sobre recursos humanos, funcionamiento del modelo de salud familiar y comunitaria, sistema de atención de urgencias y traslados y debido a la importancia del tema en las entrevistas, un breve

apartado que entrega opiniones respecto al nuevo Hospital. Además del sistema de previsión de salud.

Seguidamente, se presenta elementos para caracterizar el funcionamiento en específico del servicio odontológico del Hospital Hanga Roa, la descripción y análisis de los programas odontológicos en funcionamiento y la construcción de una síntesis en base al cotejo de las bases estadísticas de registro odontológico (REM 09).

Para terminar este subcapítulo, se describen otros recursos en salud relevantes, como lo son las rondas de especialidades del SSMO, operativos de salud dentro de los cuáles se destaca el Operativo de las Fuerzas Armadas y la salud privada que opera en la Isla.

- Percepciones y Conocimientos de la Salud Bucal: Por último y a modo de contestar el segundo objetivo específico de este estudio “*Conocer las percepciones y conocimientos respecto a la salud bucal que tienen los actores, identificando las expectativas respecto al sistema sanitario y la salud bucal*” se muestran los principales hallazgos del análisis de contenido de las entrevistas clasificado por grupo de estudio para luego dar pie a un resumen comparativo e integrado de los principales tópicos en base a las categorías construidas y resaltando los problemas y expectativas identificadas.

## **6.1 Antecedentes Contextuales**

### 6.1.1. Antecedentes Demográficos y Composición Étnica

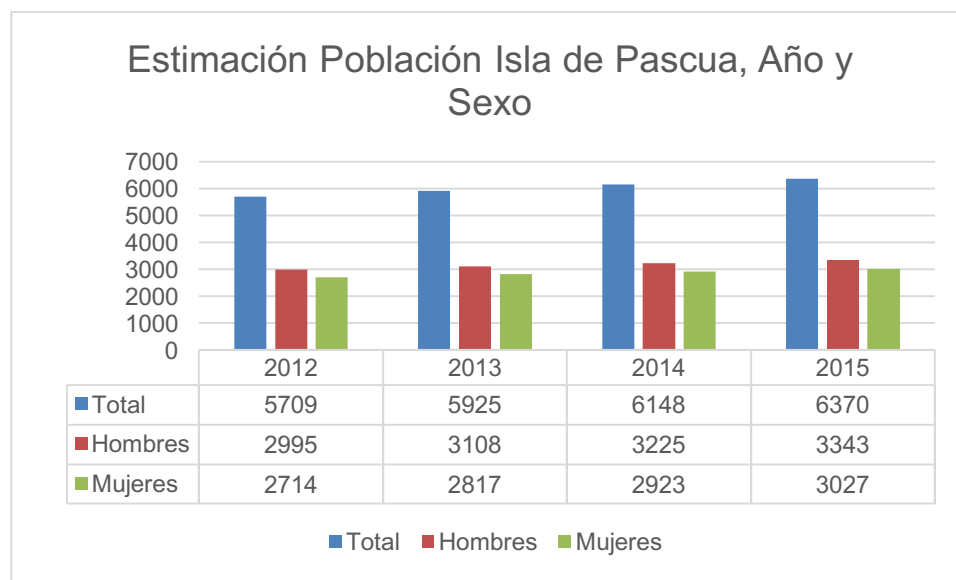
A continuación, se presentan los datos extraídos de las “Actualizaciones de las Proyecciones de Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020” publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el año 2014. Esta actualización se construyó utilizando las proyecciones que existían del censo de 2002, mediante cifras provenientes de estadísticas vitales y de migración ante la disyuntiva de no contar con datos confiables del censo de 2012.

Según esta información, se estima que para el año 2015 existen 6370 habitantes en Isla de Pascua, lo cual representa un crecimiento poblacional de 11.58% respecto al año 2012, mientras que en el total país el crecimiento población entre el 2012 y



el 2015 es de 3,22%. Al calcular el crecimiento anual en este mismo periodo, para la Isla de Pascua es un 3,72%, mientras que en el país es un 1.06%, es decir, se trata de una comunidad con una elevada tasa de crecimiento respecto al promedio país.

**Gráfico 1: Estimación población Isla de Pascua por sexo 2012 a 2015**



Elaboración Propia, en base fuente INE

En relación a la estructura étnica, el CENSO 2002 arroja que un 60,7% de la población de la isla puede ser considerada población indígena, Dentro de este porcentaje el 98,5% de esta población es rapanui. Adicionalmente, de acuerdo a la Encuesta de Empleo de de la Provincia de Isla de Pascua de 2010, un 59,8% de los entrevistados declara ser de origen rapanui.

La misma encuesta elaborada por la Gobernación Provincial, indagó en la composición de las familias residentes. De las 1,363 familias encuestadas, 36.8% declaro estar compuesta sólo por personas rapanui, seguido de un 31.3% que estarían compuestas sólo por personas no rapanui; mientras el porcentaje más alto, 38.2%, serían “familias mixtas”, que en el caso local, se refiere a aquellas familias compuestas tanto por personas de origen rapanui como por personas de origen no rapanui (63).

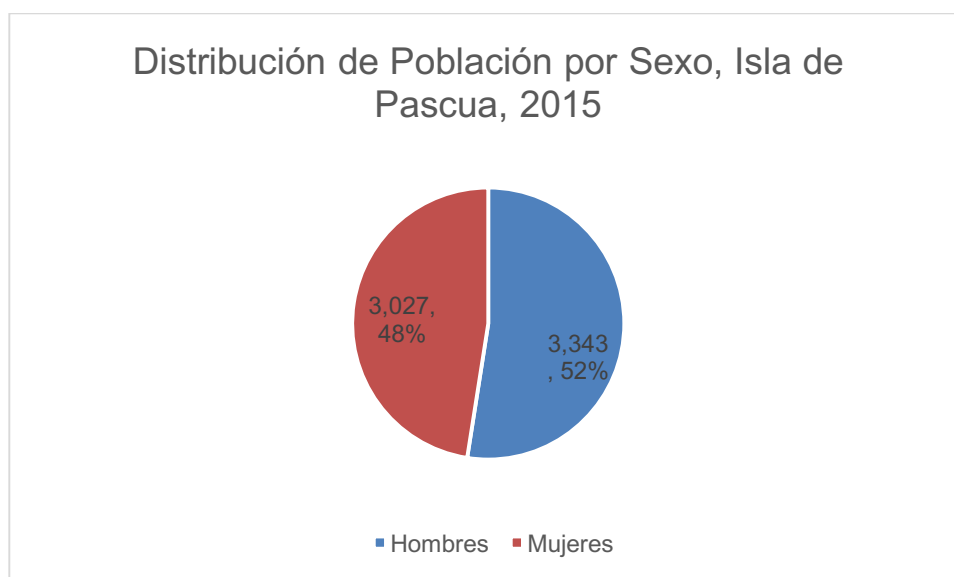
Respecto a la distribución territorial de la población, según la Encuesta de Empleo de Provincia de Isla de Pascua realizada el 2010, el único centro poblado es *Hanga Roa*, donde vive más del 95% de la población, con una densidad aproximada de 100 habitantes por kilómetro cuadrado. Una explicación a este fenómeno se da por el confinamiento de la población en tiempos de la Compañía Explotadora. La densidad de habitantes se muestra en el siguiente cuadro:

Densidad (habitantes por Km2)	Isla de Pascua	Hanga Roa
	33	100

Extraído de Encuesta de Empleo de la Provedencia de Isla de Pascua

En relación a la distribución de la población por sexo, existe una mayor cantidad de hombres que mujeres, con un 52% versus un 48% respectivamente, se mantiene esta tendencia en comparación al CENSO del 2012 que registró un porcentaje de 50,8% de hombres respecto a 49,2% de mujeres.

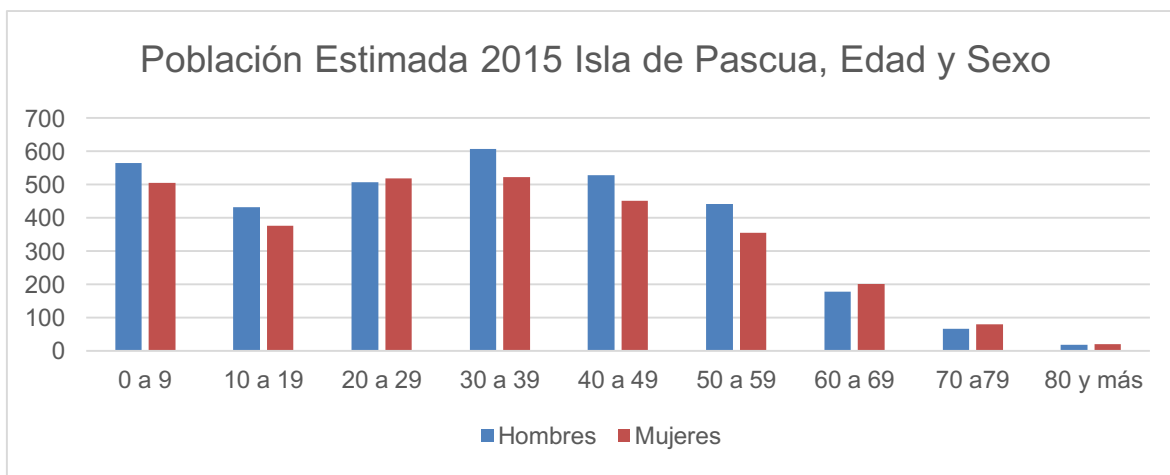
**Gráfico 2: Distribución de población por sexo, Isla de Pascua, 2015**



Elaboración Propia en base a datos INE

En cuanto a la distribución por edades, existen 1.878 habitantes menores de 20 años, 3.928 entre 20 a 59 años y 564 de 60 años y más. Entre los 0 y 60 años predominan los hombres, a excepción del grupo de 20 a 29 años donde la cantidad de mujeres es levemente superior. Desde los 60 años existe mayor cantidad de mujeres que hombres.

**Gráfico 3: Población estimada Isla de Pascua por edad y sexo, 2015**



Elaboración Propia en base a datos INE

#### 6.1.1.1. Comparación Indicadores País/Región Valparaíso/Isla de Pascua Proyección INE 2015

En la tabla 5 se compara el índice de masculinidad, el índice de adultos mayores, el índice de dependencia demográfica y el porcentaje de los grandes grupos de población por edad entre la Isla de Pascua, la Región de Valparaíso y el País. En la tabla 6 se describen los índices en cuestión según la información entregada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

**Tabla 5: Índices Masculinidad, Dependencia y Adultos Mayores en Isla de Pascua**

<b>Indicador</b>	<b>País</b>	<b>Región de Valparaíso</b>	<b>Isla de Pascua</b>
Índice de Masculinidad	97,99	96,52	110,43
Índice de Dependencia Demográfica	54,43	57,12	50,2
Índice de Adultos Mayores	73,09	87,62	36,03

Elaboración propia en base a datos INE

**Tabla 6: Descripción Índices Demográficos**

<b>Índice de Masculinidad</b>	Se refiere al número de varones por cada cien mujeres
<b>Índice de Adultos Mayores</b>	Es una medida demográfica del envejecimiento y representa el número de adultos mayores (60 años o más) por cada cien niños (0-14 años).
<b>Índice de Dependencia Demográfica</b>	Este indicador que se deriva de la composición por edades de la población, se calcula como la suma de los menores de 15 años y los mayores de 59 años, dividido por la población con edades entre 15 y 59 años, por cien. Si se interpreta el numerador de esta relación como la población dependiente (niños y adultos mayores) y el denominador como la potencialmente activa, esta relación es una medida indirecta del porcentaje de personas con dependencia económica entre los activos.

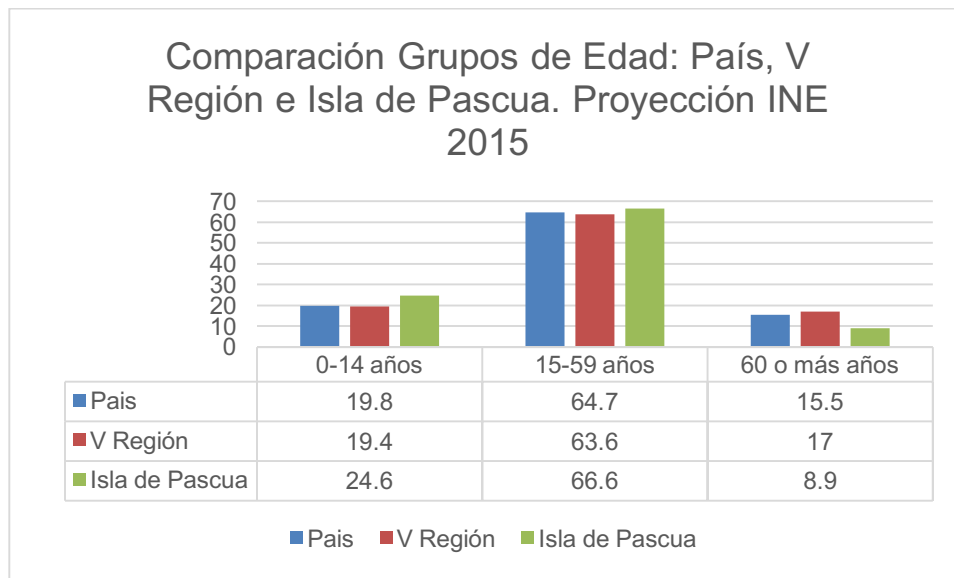
Fuente: INE

El índice de masculinidad representa el número de hombres por cada 100 mujeres. Para el país es de 97,99 y para la región del Valparaíso 96,52 existiendo más mujeres que hombres, en cambio en Isla de Pascua existen más hombres que mujeres con un índice de masculinidad de 110,43.

El índice de dependencia representa la proporción de adultos mayores y niños con respecto a las personas en edad de trabajar (15 a 59 años). En el país es de 54,43, en la Región de Valparaíso 57,12 y en Isla de Pascua 50,2, es decir en Isla de Pascua existe menor proporción de personas dependientes con respecto a las personas en edad de trabajar que en el continente.

Esta cifra se explica por menor proporción de adultos mayores en Isla de Pascua. En relación al índice de adultos mayores el cual mide los mayores de 60 años por cada 100 niños (0-14 años). Para Isla de Pascua es de 36,03 mientras que en el país es de 73,09 y en la región de Valparaíso exhibe el mayor índice del país con una proporción de 87,62.

**Gráfico 4: Comparación Grupos de Edad: País, V Región e Isla de Pascua, 2015**



Elaboración propia en base a datos INE

6.1.1.2. *Estimación población menores de 20 años Isla de Pascua 2015, por sexo.*  
 Como se revisó en el marco teórico, la política pública odontológica apunta a los menores de 20 años, en la tabla 5 se muestra la estimación de 2015 de la población que apunta los principales programas odontológicos.

**Tabla 7: Población menor de 20 años en Isla de Pascua, 2015**

<b>Edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>2 Años</b>	48	49	<b>97</b>
<b>3 Años</b>	58	55	<b>113</b>
<b>4 Años</b>	61	54	<b>115</b>
<b>5 Años</b>	67	51	<b>118</b>
<b>6 Años</b>	66	55	<b>121</b>
<b>12 Años</b>	52	53	<b>105</b>
<b>Menores de 20 Años</b>	997	881	<b>1.878</b>

### 6.1.1.3. *Población Flotante*

Es importante considerar que la Provincia de Isla de Pascua tiene una gran cantidad de población flotante.

La Junta de Aeronáutica Civil (JAC) informó de 152.593 llegadas y salidas entre Santiago e Isla de Pascua durante el año 2013, lo que comparado con el año 2012, representa un aumento del 12,7%. En relación al tráfico aéreo internacional, el 2013 se produjeron viajes desde Papeete y Lima a la Isla de Pascua, con 7.052 pasajeros (3.437 llegados y 3.615 salidos) y 3.698 (1.722 llegados y 1.976 salidos), respectivamente.

Adicionalmente, la Corporación Nacional Forestal (CONAF) informó de 58.459 visitantes al Parque Nacional Rapa Nui durante el año 2013, compuesta por 30.365 chilenos y 28.094 extranjeros. De esos extranjeros con mayores visitas, el 15,9% provino de Estados Unidos, el 11,7% de Francia, y el 9,3% de Brasil.

Mientras que el Hospital Hanga Roa para el año 2014, informó la atención de 563 turistas, de los cuales 169 fueron extranjeros. La mayor parte de la atención se da en la unidad de urgencias con 450 personas y 546 consultas.

### 6.1.2. Condicionantes Sociales, Culturales y Ambientales que impactan en la Salud de la población de Isla de Pascua

#### *6.1.2.1. Familia, Trabajo y Crianza*

La Isla de Pascua ha estado sometida a un acelerado cambio en los patrones de trabajo y composición de la estructura familiar (64).

Históricamente, el trabajo se encontraba asociado a la familia, donde niñas y niños aprendían al interior de sus familias extendidas (padres, abuelos, tíos, primos, etc.) con un modelo de crianza basado en el respeto y la obediencia a los mayores, que a su vez encuentra sustento en un sistema económico colectivista centrado en la figura del patriarca (64).

El comienzo de la nueva estructura ocupacional se desarrolla después de 1965 coincidente con la entrada de los servicios públicos chilenos. Para el año 1973 dos tercios de la población masculina se encontraba percibiendo un salario asociado a estos servicios y también en trabajos de la construcción que aumentaron a causa del turismo y la necesidad de subir la capacidad de la infraestructura hotelera. De acuerdo al CENSO del 2002 el 60% de la población mayor de 15 años se encuentra económicamente activa (PEA) lo que equivale a unas 1.832 personas. De estas el 95.5% se encontraban ocupadas a la fecha del CENSO.

Respecto a la dependencia de la ocupación, hoy el 60.7% de la PEA son trabajadores asalariados, siendo mayoritario los empleados públicos, taxistas, garzones, recepcionistas de hotel y guías turísticos mientras que un 30.4% son trabajadores por cuenta propia, donde pueden contarse artesanos, pescadores, agricultores y ganaderos, siendo estos oficios además tradicionales de la isla.

En ambos casos y en mayor medida para los trabajadores independientes, destaca la *multilaboralidad* como estrategia predominante entre los rapanui, “dependiendo de las oportunidades del mercado y de los requerimientos de familiares y/o amigos,

las personas que transitan por diferentes actividades, las que son cobradas en dinero o no según cliente” (64). Esta forma de trabajo se relaciona con la alta demanda de trabajadores no calificados en diversas áreas, la trasmisión familiar de oficios y como estrategia de adaptación al tránsito hacia un modelo económico capitalista que llevará al debilitamiento del modelo colectivista tradicional y por añadidura la composición del modelo familiar y el sistema tradicional de crianza.

La mantención en el tiempo de la delegación de la crianza como recurso cultural pero con la fragmentación de la familia extendida, ha repercutido en las formas de relacionarse entre las generaciones y el respecto de los niños hacia la autoridad de los padres (64).

De acuerdo a la percepción de los entrevistados, la familia extendida es un factor protector en la crianza de los niños, ya que toda la familia está a cargo de la educación del niño o niña, por lo tanto, existe una responsabilidad colectiva en el cuidado de estos. Se suma al modelo de crianza el factor en que los padres son menos aprensivos que en el continente y por lo tanto los niños son más independientes.

*“Ha sido muy brusco el cambio, por lo menos en mi época, yo siendo de la etnia, las abuelas eran las que enseñaban a los niños. Pero también estaba la madre, es decir a mi hijo lo lleva mi mamá, pero mientras está con mi mamá, yo también influyo en lo que se hace con él. Las reglas mías, se cumplen con mi mamá. Ahora no, antes todos podían enseñarle. El aprendizaje era de toda la familia, ahora la crianza es de muchos padres jóvenes. La crianza hoy no es con normas, ni deberes”* (Directora Jardín JUNJI).

#### *6.1.2.2. Alimentación en Rapa Nui*

La alimentación, entendiéndola como los productos alimentarios consumidos, las formas de preparación y las tradiciones culturales, han sufrido grandes cambios, lo cual podemos constatar en la literatura revisada como en la percepción de los sujetos entrevistados.



El inicio del ciclo alimentario rapanui se relaciona con una explicación mitológica en que los alimentos, así como su tecnología serían una herencia del fundador mítico de la cultura rapanui Hotu Matu'a quien viaja hacia la isla preparando dos embarcaciones cargadas de alimentos y enseres. Entre ellos, gallinas y plantas tales como el ñame, el taro, caña de azúcar, plátano entre otros para el cultivo de la tierra isleña (65).

La alimentación tradicional de los rapanui, que consta en diferentes informes realizados por las primeras expediciones realizadas a Isla de Pascua describen una triada base de la alimentación la cual consiste en frutas, tubérculos y carnes, las cuales son principalmente ratas y gallinas polinésicas así como en menor medida, alimentos provenientes del mar como los pescados y las tortugas (66).

Posteriormente, se produciría un intercambio de productos alimentarios consecutivos a las expediciones, con la llegada de barcos a la Isla y de los misioneros católicos. Entre los años 1786 a 1877 se genera una introducción de animales como la vaca, oveja y cerdo así como varias clases de semillas (árboles frutales, maíz y legumbres). Una de las razones -además de la colaboración- que explicaría el intercambio sería para probar como se da el cultivo de estas especies en la isla dentro del afán colonizador (67).

Como se revisó en el marco teórico, en 1888 se anexa el territorio a Chile, y comienza el arrendamiento de la isla para la producción ovina, primero a la Compañía de Merlet quienes implementaron la hacienda ganadera y posteriormente en 1903 la Compañía Explotadora de la Isla de Pascua (CEDIP) perteneciente a la internacional Williamson y Balfour. Este hito marcó un antes y después de la forma de vida en la isla, lo cual también tiene grandes influencias en la alimentación (35).

La Compañía estableció como forma de pago por jornada de trabajo la carne de oveja y vacuno para los trabajadores de esta, además de productos básicos que se entregaban de forma mensual. Adicionalmente se establece una pulpería en que se podía acceder a productos como harina, fósforos, azúcar, mediante el pago de jornada y posteriormente de dinero.

Con el término del contrato de arrendamiento a la Compañía, se introdujeron los primeros servicios básicos, y posteriormente el comercio, lo cual estuvo estrechamente relacionado con la llegada de aviones comerciales, es así como en los años 80 se abrió el primer minimarket perteneciente a una familia local que vendía carne desde el continente como costillar de cordero, vacuno y pollo y posteriormente se incorporaron los restaurantes o “carros” de "comida chatarra". Además, se introdujeron más fuertemente la venta y consumo de alcohol a raíz de la autorización de patentes comerciales de venta de alcohol.

Un hito importante fue el rodaje de la película "Rapa Nui" de Kevin Costner en 1993, la llegada de alrededor de 400 norteamericanos y de recursos económicos (por ejemplo, a los extra de les pagaba entre 15.000 a 40.000 pesos diarios de la época), introduciéndose asimismo otras variantes alimentarias como bebidas gaseosas y caramelos, entre otros (67).

La percepción generalizada de las personas entrevistadas es que ha existido un abrupto cambio en los patrones alimentarios en la isla, principalmente desde los años 80, lo que se ha ido intensificando principalmente en los últimos 20 años.

En general existe una fuerte asociación entre lo natural - endógeno como comida saludable y lo procesado - exógeno como dañino para la salud. Fue reiterado escuchar que anteriormente no existían enfermedades bucales ni tampoco enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes. Los cambios alimentarios se consideran en este sentido uno de los factores más relevantes para la producción de la enfermedad.

El discurso odontológico clásico de la promoción de la salud en que relaciona el consumo de azúcares con el aumento de caries, es de esta forma entendido culturalmente e integrado por la población, no siendo así, por ejemplo, las consejerías de obesidad que aconsejan la disminución de la cantidad de ingesta, pues culturalmente se come abundantemente y esto se relaciona con la buena salud lo que se puede ejemplificar en las siguientes dos citas seleccionadas.

*“Nuestros abuelos nunca tuvieron problemas dentales, por la alimentación que tenían. Desde los '80 en adelante llegó la nueva alimentación, que nos echó a perder los dientes” (Líder Comunitaria rapanui).*

*“Cuando hay gente hospitalizada, por descompensación, los familiares les traen comida, y terminan peor, se la esconden en los colchones o los muebles de la sala del hospital. Hay un tema de poca conciencia de prevención. Porque aquí igual está el tema de que la gente que está enferma tiene que comer, harto, porque si no comen o comen lo que le dice el doctor, se va a enfermar más” (Funcionaria Hospital Hanga Roa, Rapa Nui).*

Al mismo tiempo, se plantea que este abrupto cambio no estuvo acompañado de la mano con políticas de educación, por lo tanto, ha tenido consecuencias importantes para la salud.

*“Si, lamentablemente desde hace 20 años más o menos, se lleva un tipo de alimentación que no estaba en nuestro menú diario. Empezamos a probar la mayo y el Kétchup y nos gustó el sabor. Lo empezamos a mezclar en nuestro menú diario, como si no fuera rico comer eso sin sentirnos saludables, nadie nos enseñó, llegó de repente. No solo vimos la obesidad en niños y jóvenes, sino también en señoras de 40 años. Acá tenemos muchas opciones de hacer deporte, sin embargo, nos sentimos prisioneros de esos sabores y nos cuesta distinguir que lo que necesitamos para alimentarnos es lo sano. La globalización sirve, a medida que no cambie tu rutina” (Autoridad Política rapanui).*

En cuanto a la prevalencia de obesidad, la Universidad Católica de Valparaíso realizó el 2004 un estudio en los escolares de primero básico que asisten al Liceo Municipal Lorenzo Baeza, encontrando prevalencias de obesidad mucho menores que en el continente (12,5% versus 18,5%). Los investigadores concluyeron que existen patrones culturales protectores como la alimentación saludable y la actividad física (68).

Estos investigadores realizaron las mismas mediciones 10 años después encontrando un preocupante aumento de índices de sobrepeso y obesidad,

asociado según estos a la introducción de alimentación no saludable y la disminución de la actividad física por la mayor utilización de vehículos motorizados y el uso de videojuegos (69).

De acuerdo a la Directora del Jardín JUNJI los niños preescolares tiene una ingesta de azúcares y carbohidratos muy elevada, principalmente el problema se acentúa en los niños de padres adolescentes y jóvenes.

La misma opinión tiene la profesional de la Dirección de Educación Municipal (DAEM), quien refiere que muchos padres preferirían enviarle dinero a los niños para que compren comida chatarra y no mandarles comida casera, adicionalmente manifiesta que la comida de JUNAEB tendría una baja aceptación por parte de niños.

Otro factor que podría estar afectando es el costo de los alimentos, principalmente el acceso a frutas y verduras frescas, de acuerdo a los entrevistados estos productos son muy caros y los cultivos locales emparejan sus precios a los mismos valores que los importados, adicionalmente refieren que las deforestaciones por el aumento de construcciones han hecho más inaccesible la fruta natural como las guayabas y los plátanos, que antes había abundantemente, ahora cada vez habría menos, lo que se suman a que algunas personas utilizan las frutas para venderlas a los turistas.

Sin embargo, también se encontró el desarrollo de iniciativas locales por parte de los rapanui para potenciar su agricultura con productos autóctonos y orgánicos que organizaciones sociales pretenden potenciar como gesto político de defensa del patrimonio y la soberanía alimentaria, adicionalmente los líderes comunitarios creen que debería existir una mayor regulación en la venta de alimentos y bebidas alcohólicas.

#### *6.1.2.3. El Agua y la Fluoruración*

La administración del agua potable, como también la generación eléctrica y el servicio de cabotaje, en toda la región de la isla está a cargo de la Sociedad Agrícola y Servicios Isla de Pascua Limitada (SASIPA), la cual es un concesionario de

servicios sanitarios en condiciones especiales según se estableció en la Resolución SISS N°222 del año 2000.

En junio de 1966 se creó una Agencia CORFO para Isla de Pascua, la que tras diversas denominaciones y cambios se convirtió en la actual SASIPA. Esta empresa fue constituida como sociedad de responsabilidad limitada mediante escritura pública del 10 de noviembre de 1980, con el objeto de administrar y explotar por cuenta propia o ajena predios agrícolas y urbanos, servicios de utilidad pública y otros bienes ubicados en la Isla de Pascua y realizar cualquier otra actividad relacionada con dicho objeto.

El año 2012, SASIPA se transformó en una Sociedad por Acciones cuyo único accionista es la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO), maneja un presupuesto anual de 11.042,6 millones de pesos (2015) y tiene alrededor de 72 trabajadores.

Su producción anual es de 1.283.893 m<sup>3</sup> de agua potable (106.991 m<sup>3</sup> promedio mensual) para uso de la comunidad, llevando y tratando el agua de cinco pozos que posee la sociedad a seis estanques de acumulación, para su posterior distribución por gravedad según lo informado por Sistema de Empresas Públicas (SEP). De acuerdo al informe de gestión del Sector Sanitario del año 2013 tenía 2.663 clientes para ese año.

El agua potable en la Isla de Pascua no está fluorada artificialmente y posee una baja concentración de forma natural. De acuerdo con un estudio realizado el año 2008 (42), se encontraron en promedio concentraciones de flúor en el agua de 0,223 ppm/fluoruro con una desviación estándar de 0,025 ppm. La acción de rango preventivo según la especificación del MINSAL es de 0,7 a 1,2 mg/L por lo que se encuentra muy por debajo de este rango.

El Ministerio de Salud el 2002 realizó una revisión sistemática de la literatura sobre la efectividad y riesgo de la fluoruración del agua potable. Las principales conclusiones son que, al relacionar los efectos positivos y efectos adversos, la fluoruración del agua potable en la prevención de caries aparece como una

intervención efectiva y con baja cantidad de efectos adversos. El efecto adverso principal es la fluorosis dental, la cual se presenta con una prevalencia moderada (70).

Adicionalmente, en los Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010 se estableció como “Objetivo de Impacto” en la temática de salud bucal: “Disminuir caries en población menor de 20 años. Se medirá este en la población de 12 años, logrando un índice COPD de 1,9 en esa edad”. Una de las principales estrategias para alcanzar esta meta es “Mejorar el acceso a fluoruros para la prevención y control de caries dental”.

El documento de evaluación de los Objetivos Sanitarios elaborado por el Ministerio de Salud, declara que la fluoruración del agua potable “continúa siendo la medida más efectiva y equitativa de lograr la exposición comunitaria a los efectos preventivos del fluoruro”(71), alcanzando una cobertura nacional del 72%. El mismo documento señala que en zonas rurales se implementó el programa de alimentación escolar con leche fluorurada (PAE/ F), con el que se beneficia a los escolares rurales de 1º a 8º básico, que sientan los grupos de edad de mayor riesgo de tener caries dentales. En caso de la Isla de Pascua ninguno de las dos estrategias está implementada.

Respecto las percepciones encontradas en el trabajo de campo, en general existe una asociación entre la calidad del agua y la salud general, por ejemplo, se manifiesta que antes del agua potable no existían las enfermedades renales, las cuales aparecieron alrededor de los años 80 asociado a su implementación y consumo por parte de la comunidad. También existen opiniones referentes a que no se regula de forma adecuada y que en algunos lugares existen problemas específicos en el abastecimiento.

Respecto a la fluoruración del agua, existen comentarios que indican que, en un momento, alrededor de 5 años atrás existió fluoruración del agua potable, pero por un cambio de normativa se dejó de hacer. Los entrevistados de la etnia rapanui dicen no conocer cuáles son los beneficios ni tampoco los efectos adversos del fluoruro en el agua, el tema se asocia en algunos casos al recuerdo de enjuagues

de colutorios fluorados en la escuela, de lo cual tampoco hay una asociación de beneficio.

*“No es tema, para nadie de la isla. Es tema para los turistas, porque el agua no está fluorada, está solo tratada con cloro. Nosotros estamos tan acostumbrados al agua de local que no importa mucho”* (Funcionaria Hospital Hanga Roa, rapanui).

Esta situación no dista de lo que ocurre en otras partes del mundo. Varios estudios han demostrado el desconocimiento de la población general sobre la presencia y los beneficios del fluoruro en las pastas dentales y en el agua potable (72–74). Además existe literatura que encontró que estas diferencias fueron significativas entre los grupos étnicos y los que no, siendo los primeros los con menores conocimientos (73).

Lograr la incorporación del flúor en el agua es un tema de relevancia para el equipo odontológico del Hospital Hanga Roa, al igual que algunas autoridades y líderes comunitarios relevan la importancia de que el tema no solo sea visto desde un punto de vista técnico, sino que debe involucrar a la sociedad civil, considerando además una adecuada coordinación entre la empresa SASIPA, el Hospital y la Seremi de Salud.

Si bien, no se identificó en el estudio una oposición a la medida por ningún grupo, si existen cuestionamientos al tratamiento del agua y la posible contaminación con plomo, por lo tanto, se cree que, en el caso de implementarse, debe acompañarse de una fuerte campaña comunicacional que pueda abordar los beneficios de la fluoración.

### 6.1.3. Participación Comunitaria en Salud

Se constataron dos importantes instancias de discusión sobre el ámbito de la salud en la isla durante los últimos 5 años.

El primero fue la Jornada de Salud *Mai te Rima, ki haka topa te tātou mana’u o te tātou’u ora*, organizada por el Consejo de Desarrollo en Salud (CODESA) del Hospital Hanga Roa en el año 2010. La segunda instancia fue el Cabildo de Salud convocado

por la Municipalidad de Isla de Pascua en donde se realizó una consulta ciudadana y se desarrollaron mesas de discusión temáticas (Anexo 4).

En ambos encuentros resalta el carácter integral y holístico en que es tratada la materia, resaltando los cambios del entorno, el proceso histórico de colonización de la isla por parte del Estado de Chile, el proceso resultante de “a-culturalización” de la cultura rapanui y los cambios en la composición de las familias como causantes de los problemas generales de salud en la isla.

Destacan los problemas de salud mental (abuso físico, psíquico y sexual, depresión y adicciones), los problemas asociados a los cambios nutricionales y los accidentes en los documentos de discusión.

En cuanto a la temática de salud bucal y odontología en particular, representa una baja participación en ambos encuentros. En la Jornada de Salud del año 2010 se declara la necesidad de que haya odontólogos capacitados y especialistas en ortodoncia para la comunidad de modo permanente. En el 2013 se menciona el tema en la mesa del adulto mayor proponiendo la creación de un programa dental especial para este grupo.

Para el año 2011 existían dos organizaciones comunitarias formales vinculadas específicamente a salud (adultos mayores y discapacidad), sin embargo, se debe considerar que un tema de discusión y relevancia transversal por parte de los grupos sociales organizados, por otra parte fueron relevados problemas que son factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles y las enfermedades bucales, como el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, la alimentación y los accidentes traumáticos.

## **6.2. Descripción del Sistema de Salud en Isla de Pascua**

### 6.2.1. El Hospital Hanga Roa

El Hospital Hanga Roa (HHR) es el único establecimiento de salud en la Isla de Pascua, la que se encuentra distante a 3.524 kilómetros de la costa de Chile Continental (75).



El actual edificio en funcionamiento, comenzó su construcción el año 2010, y empezó a operar el año 2012. Cuenta con una superficie de 5.920 metros cuadrados, incluyendo área de hospitalización con dieciséis camas, dos pabellones de cirugía, un pabellón de parto acondicionado para la práctica de medicina “ancestral”<sup>4</sup>, una unidad de emergencia con cinco box de atención, sala de reanimación y un área de atención ambulatoria con doce box. Sala IRA y ERA y sala de rehabilitación, entre otros servicios como scanner y unidad de imagenología (76).

Esta infraestructura vino a remplazar el anterior edificio construido el año 1976, el cual en sus inicios había servido como Hospital de Campaña para el Ejército de Estados Unidos, con una vida útil estimada de 10 años y una superficie de edificación de 2.056 mts<sup>2</sup>, fue determinado como un Hospital Tipo 4 de Baja Complejidad. Durante su tiempo de funcionamiento, sufrió diferentes reparaciones y mejoras, a cargo del Ministerio de Obras Públicas (1988) y posteriormente por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (75).

En el año 2007 el Hospital Hanga Roa se traslada administrativamente al Servicio Metropolitano Oriente (SSMO) manteniendo la dependencia de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Valparaíso (75) situación que se mantiene hasta la actualidad.

La misión del hospital se define como “un equipo de salud capacitado que otorga una atención integral y oportuna orientada a la familia y la comunidad de Rapa Nui, apoyado en la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente”. Mientras que su visión se centra en ser “un hospital humanitario, fraterno, cálido y participativo, que otorgue una atención oportuna y de calidad, reconocido por la comunidad de Rapa Nui como un punto de encuentro, integración, promoción y educación en estrecha vinculación con la red asistencial” (77).

---

<sup>4</sup> Las comillas reflejan que se trata de un concepto que se usa actualmente por parte de las funcionarias del Programa de Salud Intercultural en la isla, siendo que existen otras formas de entender la medicina tradicional actualmente (37).

Las características que definen su modelo de atención son:

- Con énfasis en lo promocional y preventivo
- Con enfoque de salud familiar
- Centrado en la atención ambulatoria
- Con participación comunitaria
- Con atención de urgencia
- Con atención de especialidad con modalidad de rondas periódicas y/o traslados al continente según corresponda.
- Atención entregada en un contexto social y territorial, con enfoque de género y complementariedad con terapias de salud propias de la cultura rapanui.
- Con desarrollo de tecnología de la información, aplicada a salud: telemedicina, video conferencia e internet
- Con atención integral desde la salud a la enfermedad
- Con adecuado uso de tecnología y equipamiento (76).

#### 6.2.1.1. Recursos Humanos Hospital Hanga Roa Año 2014

Con relación al recurso humano, el año 2014 el Hospital Hanga Roa contaba con 121 funcionarios incluyendo a aquellos en modalidad a honorarios, esta cifra representa un aumento respecto al año 2013 en que habían 98 funcionarios (77).

**Tabla 8: Profesionales no clínicos Hospital Hanga Roa, 2014**

<b>Profesionales No Clínicos</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Director</b>	1
<b>Subdirector</b>	2
<b>Ingeniero Comercial</b>	1
<b>Matrón</b>	1
<b>Arquitecto</b>	1
<b>Ingeniero en Ejecución</b>	1
<b>Economista</b>	1
<b>Enfermera</b>	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

**Tabla 9: Profesionales clínicos Hospital Hanga Roa, 2014**

<b>Profesionales Clínicos</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Médico</b>	7
<b>Médico 22 Hrs.</b>	5
<b>Odontólogo 44 Hrs</b>	2
<b>Odontólogo 22 Hrs</b>	1
<b>Enfermera</b>	4
<b>Matrona 44 Hrs</b>	2
<b>Matrona 22 Hrs</b>	1
<b>Tecnólogo Médico</b>	3
<b>Psicólogas</b>	2
<b>Kinesiólogos</b>	3
<b>Nutricionista</b>	2
<b>Asistente Social</b>	2
<b>Terapeuta Ocupacional</b>	1
<b>Fonoaudiólogo</b>	1
<b>Taotes<sup>5</sup> rapanui</b>	8
<b>Total</b>	44

---

<sup>5</sup> Palabra rapanui referente a agente médico, puede referirse a los agentes tradicionales de medicina rapanui (como en este caso) pero también se utiliza en otros contextos para referirse a los profesionales médicos cirujanos.

**Tabla 10: Técnicos clínicos Hospital Hanga Roa, 2014**

<b>Técnicos Clínicos</b>	<b>Cantidad</b>
<b>TPM/TENS</b>	30
<b>Técnico en Mantención</b>	3
<b>Técnico Informático</b>	1
<b>Total</b>	<b>34</b>

**Tabla 11: Personal de apoyo Hospital Hanga Roa, 2014**

<b>Personal de Apoyo</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Administrativos</b>	
<b>Auxiliares</b>	11
<b>Apoyo</b>	2
<b>Total</b>	<b>34</b>

Durante el año 2015 se incorpora un segundo odontólogo con 22 horas, de esta forma se logran 3 jornadas completas equivalentes.

Existe una buena percepción en la comunidad y en los funcionarios del hospital el hecho de que ha ido en aumento los funcionarios pertenecientes a la etnia rapanui. Existen actualmente paramédicos, matrones, kinesióloga, psicóloga y médicos. Se piensa que el número es aún insuficiente y se alude a que no existe mayor oferta de profesionales rapanui para contratar.

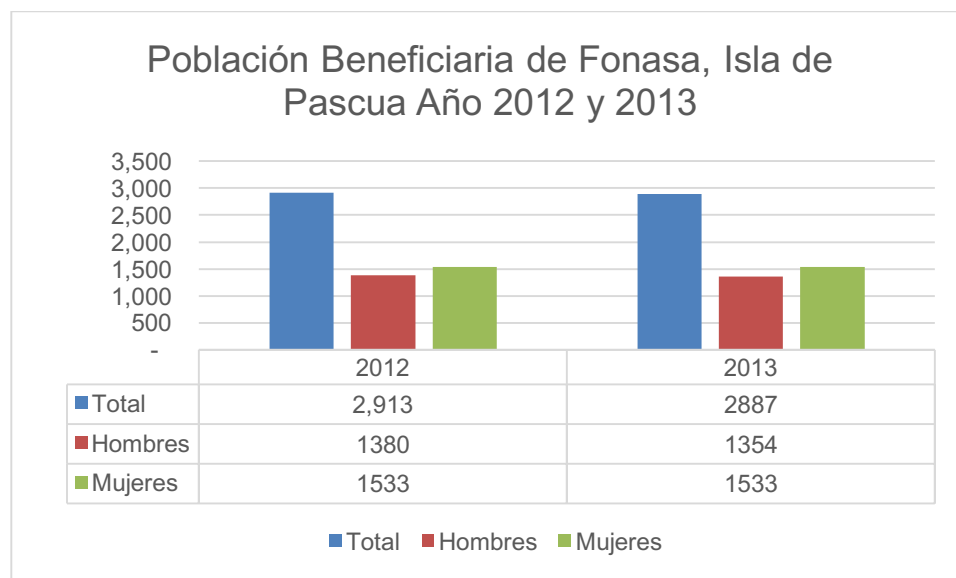
En mayo del 2015, asume como nuevo Director del Hospital Hanga Roa, el matrón Juan Luis Pakomio Bahamones, perteneciente a la etnia rapanui y que anteriormente se desempeñaba como jefe de atención primaria en el mismo hospital.

#### 6.2.2. Previsión de Salud

Según información extraída de Fondo Nacional de Salud (FONASA), el año 2013 existían 2.887 personas beneficiarias de este sistema de salud. Si se compara con la población INE proyectada para este año, equivale a un 48,7% de la población.

En siguiente gráfico se muestra la proyección beneficiaria total y por sexo de los años 2012 y 2013. Si bien la población de hombres en la isla es mayor, en el caso de la inscripción previsional las mujeres tienen una mayor representación.

**Gráfico 5: población beneficiaria de Fonasa, Isla de Pascua año 2012 y 2013**



Elaboración propia en base a información de FONASA

No obstante, al ser el único proveedor de salud en la isla, El Hospital Hanga Roa debe atender a todo paciente que lo requiera, sin distinción de la previsión de origen.

Para los pacientes pertenecientes a FONASA no existen diferencias a un hospital del continente, y tienen acceso a los programas y garantías del sector público de salud.

El caso de los pacientes pertenecientes al sistema de ISAPRES se considera atención particular y el paciente luego debe personalmente revisar y resolver su situación individual con su ISAPRE. En ese caso los medicamentos se deben comprar.

Para los pacientes de Fuerzas Armadas existen convenios que facilitan la atención en el hospital.

Para las vacunaciones, el Hospital Hanga Roa es el único prestador, por lo cual se vacuna a toda la población que lo requiera en este establecimiento.

En el caso de los pacientes que no tienen previsión, existe una asistente social, funcionara del Hospital Hanga Roa autorizada para validar a los pacientes en FONASA, por lo tanto, se entrega las facilidades a los usuarios para que se inscriban, de lo contrario deben pagar la prestación en salud como particular.

En opinión de algunos funcionarios del HHR, por mucho tiempo la atención del hospital fue gratuita para toda la población, por lo cual ha sido complejo instalar un cambio cultural para que los usuarios se inscriban en un sistema de salud y/o se solicite el pago de una prestación.

### 6.2.3. Salud Familiar y Comunitaria en el Hospital Hanga Roa

Durante el trabajo de campo en 2015, el HHR se encontraba en proceso de implementación de tres programas referentes a constituirse como un hospital amigo, enfocado en la familia y comunidad y en la implementación del modelo de salud familiar. Adicionalmente, el Hospital Hanga Roa, se define como “intercultural” pues se integran una serie de elementos relacionados con la complementariedad en salud.

El servicio de atención primaria cuenta también con un equipo multidisciplinario, compuestos por muchos profesionales y técnicos de la salud, y de otras áreas, como educadores de párvulo o diferenciales y periodistas.

De acuerdo al Jefe de Atención Primaria, existe interés de generar actividades extramuros, dentro y fuera de los programas ministeriales de salud general, que permitan avanzar hacia un hospital más comunitario, y que incluyan y potencien las iniciativas locales de la propia comunidad en distintos ámbitos, así como la realización de actividades de promoción de la salud en lugares de trabajo y estudio.

### 6.2.3.1. *Facilitadores y dificultades para la implementación del modelo de salud familiar y comunitario*

Dentro de los elementos facilitadores para esta estrategia se encuentra la existencia de un grupo cautivo que está siempre en los colegios y que existe una buena disposición del intersector, es particular con el de educación, para la implementación de programas de salud.

Por el lado de las dificultades, se percibe por la mayoría de los funcionarios del HHR entrevistados, que la población rapanui es muy “demandante”, por lo que derivar a un profesional, por ejemplo, odontólogo para realizar trabajo comunitario impacta significativamente en la oferta de atención.

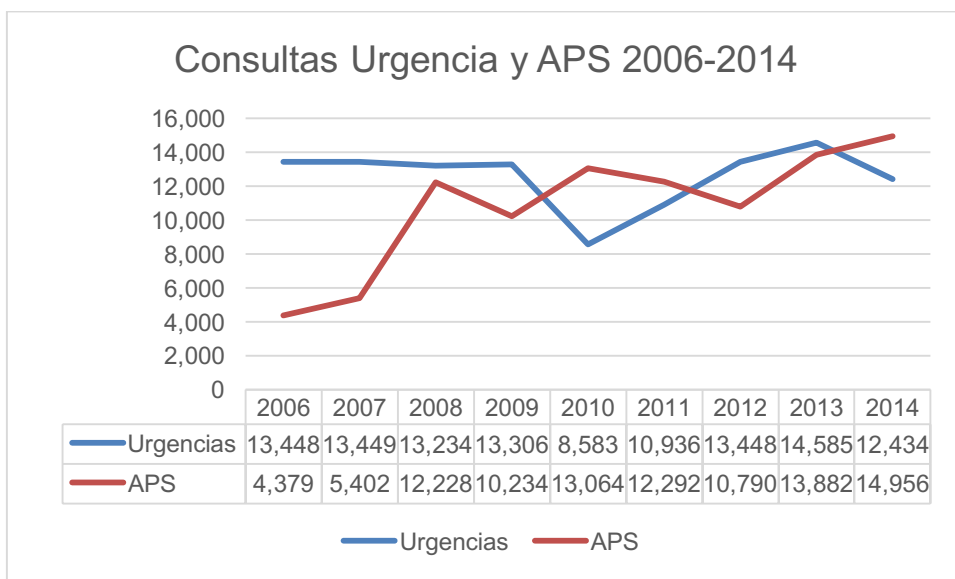
Otro punto a considerar es que los programas ministeriales vienen diseñados para grupos acotados de población definidos por edad y/o riesgo, quedando grupo de personas sin cobertura y se opina que existen pocas facilidades para adaptarlos a la realidad local. Pues en el caso de la isla no existen otros prestadores que puedan absorber su demanda.

Existe una alta rotación de profesionales, principalmente médicos, lo que se percibe que atenta con la calidad y la continuidad de la atención.

Otra dificultad es que, a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del país, donde la atención primaria es independiente de la atención terciaria, en la isla el equipo de salud es el mismo para la atención primaria que para la atención de urgencias y hospitalizaciones. *“Lo que pasa es que el mismo médico que va a atención primaria es el que va a atender urgencias, en el fondo hay que cubrir todo, surgen urgencias, personas que hay trasladar a pabellón y eso siempre se posterga la atención electiva.”* (Funcionaria SOME).

En el gráfico 6 se observa un importante aumento de las prestaciones en atención primaria, con un crecimiento de 4.379 el año 2006 a 14.956 en 2014, mientras que las atenciones de urgencia se han mantenido relativamente constante con un promedio de 12.603 prestaciones.

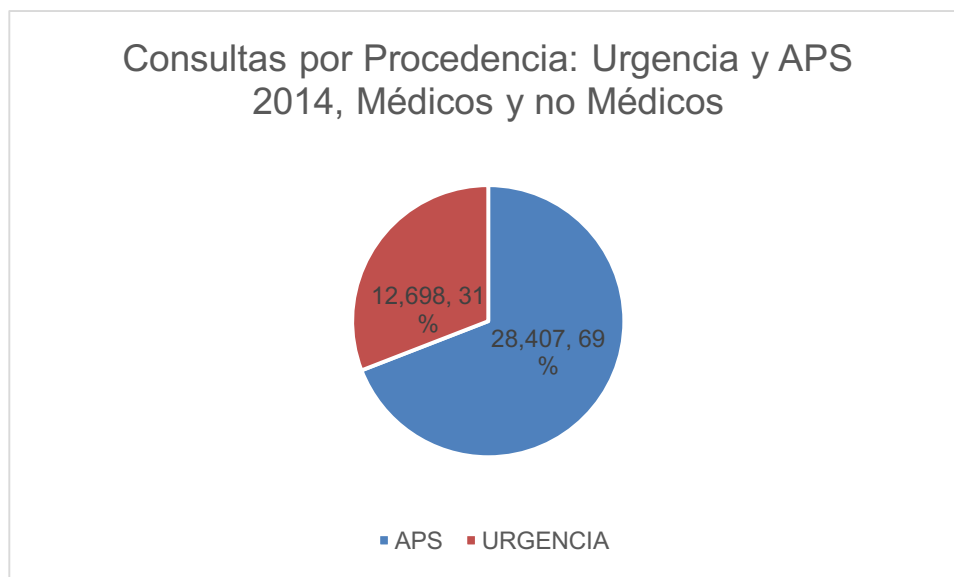
**Gráfico 6: Consultas urgencia y APS Hospital Hanga Roa (HHR), 2006 a 2014**



Fuente: Elaboración propia en base a Cuenta Pública 2015 HHR.

En 2014 (grafico 7), el 69% de las prestaciones fueron de atención primaria, mientras que un 31% se efectuaron como urgencias.

**Gráfico 7: Consultas por procedencia: urgencia y APS 2014, médicos y no médicos**



Fuente: Elaboración propia en base a cuenta pública 2015 HHR



#### 6.2.4. Salud intercultural

La utilización de medicina ancestral en el Hospital Hanga Roa comenzó el año 2007 como iniciativa propia llamada *Mesa Pueblo*, de un grupo de mujeres de la etnia que tenían conocimientos en el uso de terapias con plantas medicinales. De acuerdo a lo referido por sus integrantes, en ese entonces se tenía permitido trabajar solamente una vez a la semana después de las cinco de la tarde, momento que había disponibilidad de algún box de atención.

En el año 2010, a consecuencia de la línea que creó el Ministerio de Salud, se presentó la oportunidad de postular a fondos por medio del Programa Especial de Pueblos Indígenas (PEPSI), lo que permitió la adjudicación de 5 millones de pesos anuales para el financiamiento del grupo en que participaban 10 personas de las cuales 5 realizaban atenciones. En este entonces tampoco existía un lugar fijo para realizar las atenciones, por lo que, en palabras de las integrantes, era necesario “mendigar” la disponibilidad de box para atender.

Al momento en que se realizó este trabajo de campo en el 2015, el programa contaba con alrededor de 12 millones de pesos anuales por medio del PEPSI, además en la construcción del nuevo Hospital se consideró un box especial para la atención en salud intercultural con los implementos necesarios para realizar las terapias.

En el programa trabajan 9 personas, está a cargo de una funcionaria del hospital que es asistente social y considera diferentes ejes de trabajo. La atención directa a pacientes está a cargo de 5 personas, el eje de medio ambiente que consiste en el cultivo de plantas medicinales que incluye la preservación arqueológica y patrimonial, trabajan 2 personas, una se encarga del eje de difusión, que contempla un espacio radial los días jueves de 16:00 a 16:30 y a asistir a las invitaciones de la gobernación y la otra persona trabaja con los adultos mayores.

Además, existe un eje de trabajo educacional que consiste en clases que se realizan al pre kínder y kínder del Liceo Municipal Lorenzo Baeza. En las clases se van tratando diferentes temas de la salud intercultural como dónde conseguir las plantas, para que sirven, cómo se cultivan, la preparación, entre otros.

En la atención, se logró desde el 2013, que las personas que atienden en salud intercultural tengan la agenda abierta en el SOME, por lo tanto, alguien que requiere atención puede solicitar su hora en la ventanilla del SOME como el resto de las prestaciones en atención primaria.

También existe derivación de otros profesionales del equipo de salud, la mayor cantidad de derivaciones se produce desde el equipo de salud mental y también de la nutricionista que trata de moderar el consumo de algunos alimentos. De acuerdo a las personas de salud intercultural, *“el acercamiento con la gente al hablar en rapanui genera una atmósfera de confianza única”* lo que permite un mejor entendimiento y la adherencia a los tratamientos.

De acuerdo a lo referido por la coordinadora del programa, en un principio existían roces con la iniciativa pues muchos médicos continentales no creían en este tipo de medicina, situación que ha ido cambiando en el tiempo y hoy en día permite una mayor cohesión entre los equipos. Sin embargo, el equipo de salud intercultural no participa en las reuniones de cabecera de la APS ni está incluida formalmente en la Atención Primaria por lo que de acuerdo a la misma entrevistada, las derivaciones dependen más bien del interés y sensibilidad de cada profesional sin existir un sistema o protocolo de derivación o contrareferencia establecido.

#### 6.2.5. Atención de Urgencias y Traslados

Si bien, el Hospital Hanga Roa se define como un hospital de la familia y la comunidad, con énfasis en la salud familiar y prevención y promoción de salud, por ser el único hospital en la isla a más de 3 mil kilómetros de distancia de un centro de salud de mayor complejidad, requiere responder a la atención de pacientes más críticos, pacientes que requieren cuidados intensivos o intermedios.

Algunos pacientes pueden ser tratados en el Hospital Hanga Roa, mientras que para los casos más graves se realiza estabilización mientras que al mismo tiempo se gestiona su traslado hacia un Centro de Salud del SSMO en el continente. El equipo médico del Hospital Hanga Roa es apoyado por el equipo médico del SSMO por vía telefónica y a través de tecnologías de la información.

#### 6.2.5.1. Traslados

Los traslados de pacientes desde el Hospital Hanga Roa al continente se pueden clasificar en tres tipos.

- a) **Programados:** Cuando no existe una urgencia médica o dental, la derivación se realiza a través de una coordinadora de derivaciones desde Isla de Pascua hasta el establecimiento de destino de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. La gran mayoría de los traslados en el área odontológica se realizan por esta modalidad.
- b) **Urgencias no vitales:** El Hospital Hanga Roa a través de una gestora de camas coordina el traslado a la urgencia con la cama de la complejidad que se requiera, generalmente el establecimiento de destino es el Hospital Salvador. Generalmente estos traslados se realizan a través de vuelos de la compañía LAN y los pacientes son acompañados por técnicos paramédicos.
- c) **Urgencias vitales:** Cuando existe un caso de riesgo vital se activa el avión ambulancia (Aero cardal). En el tiempo que transcurre desde la urgencia hasta la llegada del avión, lo cual son aproximadamente 14 horas, se realiza soporte médico telefónico desde el Hospital El Salvador hacia el equipo de salud en Hanga Roa.

En opinión de una funcionaria del Servicio Metropolitano Oriente, el equipo de salud y las instalaciones del Hospital Hanga Roa cada vez está más preparado para manejar pacientes con riesgo vital. Sin embargo, al no contar con una Unidad de Cuidados Intensivos el desgaste del equipo es muy grande, pues *“todos dejan de hacer todo para atender al paciente”* y si bien, existe la disposición y voluntad de los equipos, también hay quienes cuestionan la postergación de las atenciones regulares cuando se presentan este tipo de casos.

#### 6.2.6. Registro Estadístico

El Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME) del Hospital Hanga Roa está compuesto por 6 personas y se divide en dos áreas:

El “SOME ventanilla”, donde se entregan las horas para todas las atenciones que se dan en el hospital y se maneja la agenda de todos los profesionales, además de ser el lugar donde se guardan físicamente las fichas clínicas, pues no se cuenta con fichas electrónicas. También está el área de registro estadístico, donde trabajan 3 personas.

La agenda de los profesionales de la salud se abre al público el último día hábil de cada mes y la entrega de horas es mensual; es decir en el transcurso de dicho mes se van entregando las horas según disponibilidad. Si un paciente no encuentra atención, deberá acudir el mes siguiente. Esta modalidad opera para los programas de atención primaria, morbilidad, pero no para urgencias.

En cuanto a la atención odontológica existen los programas y la atención de morbilidad espontánea. Los pacientes de los programas deben ser derivados por un profesional del hospital para agendar su hora en la ventanilla del SOME, siendo generalmente los mismos odontólogos o la enfermera en el caso de los controles de 2 y 4 años. La programación de las horas para cada programa odontológico se define mensualmente de acuerdo a las metas, la población bajo control y el recurso humano disponible, como ocurre en la mayoría de los centros de atención primaria del país.

Las horas de morbilidad odontológica están concebidas para las personas que no tienen cabida dentro de los programas establecidos, en general, adultos después de los 15 y antes de los 60 años. Estas horas se entregan en la mañana para el día en curso.

En opinión de funcionarios de SOME, existe la dificultad para tener agendas a largo plazo debido a la alta rotación de profesionales y la necesidad de cubrir urgencias.

*“Lo que pasa es que el mismo médico que va a atención primaria es el que va a atender urgencias, en el fondo hay que cubrir todo, surgen urgencias, personas que*

*hay que trasladar a pabellón y eso siempre posterga la atención electiva. Y eso es lo que no nos permite tener agendas extendidas, porque la rotación de turnos de los médicos cambia siempre. Siempre va quedando en desmedro la atención primaria. Para lo que está concebido el hospital es para atenciones primarias, y eso es lo anecdótico de todo esto.” (Profesional Hospital Hanga Roa.)*

En relación al registro estadístico en el SOME se entregan las horas, y ahí mismo se generan la nómina de los pacientes que están citados, que se le entrega a cada profesional por medio de una hoja impresa. Cada profesional la entrega al terminar la jornada a la unidad de estadística, donde se ingresa al programa poblacional - que es un software de confección local- y finalmente se calculan las consultas a finalizar el mes, para así consolidar las estadísticas mensuales que se envían al SSMO.

En el caso de la atención odontológica, los odontólogos consolidan su REM (Resumen Estadístico Mensual), y lo entregan al SOME donde se revisa y se envía al SSMO en conjunto con los otros programas, es decir el cálculo y consolidación lo hacen directamente los profesionales odontólogos y no la unidad del SOME.

Por las características peculiares del Hospital Hanga Roa, al ser el único prestador de salud que debe resolver los problemas de salud de toda la población y no solo los adscritos al sistema público no se cuenta con una población inscrita propiamente tal. El Sistema Poblacional permite registrar los pacientes activos.

El sistema considera a un paciente “activo” cuando acude por primera vez y se abre su ficha clínica, el sistema también permite eliminar pacientes cuando estos fallezcan o cuando se sabe que se fueron de la isla, se marcan en el estado de traslado. En el caso de los turistas, el sistema también permite identificarlos como tal. De esta forma, para conocer los pacientes bajo control se considera solamente los pacientes activos, dejando afuera los turistas y los traslados. En la fecha de este trabajo de investigación existían alrededor de 8.000 fichas abiertas, lo que supera ampliamente la población censal.

En este sentido, se identifica como un problema la alta tasa inmigratoria y la falta de cuantificación de esta, puesto que las proyecciones de la población con las tasas de inmigración no son coincidentes. En opinión de profesionales del hospital, esta situación afecta la gestión.

*“... por los recursos que se asignan al hospital, recursos profesionales, porque justamente cuando se trata de pedir más cargos de profesionales, te dicen que en la isla hay 3 mil o 4 mil habitantes, hay un promedio de 3 a 4 días cama – hospitalización. Es una lucha bien larga. Nos dicen que no se justifica tener 3 odontólogos”* (Funcionaria no rapanui Hospital Hanga Roa).

*“Entonces para una población que según el censo son 5 mil personas, cuál es la prioridad cuando tienes consultorios que atienden a más de 50 mil personas. Entonces ese es el juego técnico en el que siempre se cae.”* (Funcionaria rapanui Hospital Hanga Roa)

Paralelamente, tampoco existe buen registro sistemático de la población que es étnicamente rapanui, no permitiendo realizar análisis diferenciados en cuanto a patologías o utilización de los servicios.

#### 6.2.7. Percepciones en relación al nuevo hospital y modelo de gestión

La instalación del nuevo hospital en la Isla de Pascua es una temática que levanta diversas opiniones en la comunidad y en los funcionarios del mismo, las cuales guardan relación con las expectativas generadas en torno a cómo el proyecto se hace cargo de las necesidades de salud expresas por la comunidad. Es un tema controversial desde diferentes aristas.

##### *6.2.7.1. Infraestructura*

Respecto a la infraestructura y equipamiento, en general se destaca transversalmente que han existido importantes y positivos cambios, como por ejemplo el moderno pabellón de cirugía, equipamiento que permite aumentar la resolutivez de las prestaciones que antes no podían realizarse en el Hospital como es el caso de las endoscopías y la construcción de un tercer box de odontología

ubicado en urgencias lo cual fue relevado particularmente por el personal odontológico.

En cuanto a los aspectos negativos referidos por algunos líderes comunitarios, se menciona que en el diseño y proyección se priorizó “la imagen”, es decir, el edificio en tanto arquitectura, antes que el aumento de la capacidad real del número de camas y box de atención ambulatoria, que son expectativas siempre insatisfechas.

#### *6.2.7.2. Personal*

Se valora positivamente el aumento de la planta de funcionarios, pero a la vez algunas personas refieren que como también el crecimiento de la población en la isla ha aumentado drásticamente, se piensa que no siempre se traduce el aumento de personal en mayor acceso a la atención para los étnicamente rapanui.

Adicionalmente, uno de los puntos que genera más críticas es la rotación del personal, principalmente de los médicos, pues se cree que al no tener funcionarios estables en el tiempo no se genera un compromiso de trabajo con la comunidad además de afectar la continuidad en la atención.

Asimismo, se percibe por parte de la comunidad, la venida de varios profesionales continentales que cuando vienen a la isla “se relajan” y “no se comprometen” lo suficiente con su trabajo ni la comunidad, además existe una crítica bastante instalada y que permanece desde el antiguo modelo y hospital, referente a la llegada de algunos profesionales con “poca experiencia” (asociándose también en el discurso la edad con la experiencia profesional) y que incluso vienen a “experimentar con los rapanui”.

Otro punto relevado se refiere al trato al usuario, el cual, según el discurso comunitario de hoy, habría sido más cercano en el antiguo hospital que en el actual, debido que el anterior era más pequeño (también atendía a una menor población) y todos los funcionarios eran contratados en el hospital, a diferencia del sistema actual -como ha ocurrido en otros hospitales públicos del país- en que existe externalización (subcontratación) de servicios, como por ejemplo el aseo. Este punto se ejemplifica en la siguiente cita.

*“Cuando se inauguró el nuevo hospital, fabuloso, pero después de eso volvimos a que era mejor el pequeño hospital, porque había una atención más directa, acá son más de piel, te veo y te identifico, conversemos”* (Líder comunitaria rapanui).

#### 6.2.7.3. Gestión

Los funcionarios del hospital, valoran el mayor acceso a tecnologías de la información que se produjo con el nuevo hospital, como por ejemplo las video conferencias y la posibilidad de recibir apoyo virtual del SSMO en casos médicos complejos. También se ve como positivo el mayor acceso a capacitación.

En percepción de los usuarios y algunos funcionarios, pese al moderno edificio no se han subsanado dificultades fundamentales como la entrega de horas de atención, siendo necesario aún llegar a tempranas horas de la mañana para conseguir una hora de atención en algunas áreas.

De modo general, se denota diferencias discursivas entre quienes han conocido el funcionamiento de los hospitales públicos en el continente, ya sea como usuarios o como funcionarios versus las personas que sólo han tenido experiencias de atención en la isla, el primer grupo tiene una percepción más positiva del funcionamiento del Hospital Hanga Roa que el segundo grupo.

*“No hay ningún hospital público que tenga un scanner fabuloso como el que tenemos acá, ni un sistema de rayos como el que tenemos acá, y eso se agradece. La gente de aquí no lo ve, pero uno que trabajó allá y acá, sí puede ver la diferencia”* (TENS, rapanui).

### 6.2.8. Caracterización del Servicio Odontológico en el Hospital Hanga Roa

#### 6.2.8.1. Infraestructura

Actualmente el Hospital Hanga Roa cuenta con tres salas de atención odontológica, dos de ellos se encuentran en el ala de atención primaria y el otro se encuentra en el área de urgencias del hospital. Además, se cuenta con una sala de rayos dental con equipamiento de radiología digital intra y extraoral.

En el proyecto de infraestructura original, no se consideraba la construcción de un tercer box odontológico. Según se señala en el discurso, mediante las gestiones del



equipo odontológico y de la comunidad se logró modificar el proyecto transformando una sala de yeso de traumatología en el tercer box de atención ubicado en el servicio de urgencia.

La infraestructura descrita, vino a remplazar el anterior hospital que solo contaba con dos sillones dentales en box de atención de espacios limitados y sin aire acondicionado. Tampoco existía una sala para toma radiográfica por lo que las radiografías se tomaban en el mismo box de atención para posteriormente realizar el revelado de forma manual.

La actual infraestructura cuenta con la aprobación sanitaria del Servicio Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Valparaíso.

#### *6.2.8.2. Recurso Humano*

En cuanto al recurso humano existen tres jornadas completas equivalentes de la siguiente forma: un cirujano dentista<sup>6</sup> 44 horas jefe de Programa Odontológico, un cirujano dentista 44 horas en su Etapa de Destinación y Formación y dos dentistas con 22 horas cada uno donde uno de ellos fue dentista único por varios años y redujo su jornada en el último tiempo.

Además, existen 3 asistentes dentales, una de ellas es laboratorista dental y otra es higienista.

#### *6.2.8.3. Gestión de Insumos y Servicios*

Existe convenios con proveedores para garantizar el abastecimiento de insumos para la atención dental. El 2015 existían 5 empresas con convenio vigente, también algunos insumos se proveen a través de convenio marco de compras públicas y por medio de la CENABAST como primera opción en la medida que los requerimientos se encuentren disponibles, ya que desde el HHR, estiman que de los insumos de odontología solo existen en CENABAST un 15% de los necesarios.

---

<sup>6</sup> En la lengua rapanui el dentista se conoce como *niho* palabra que también significa “diente”.

Los insumos requeridos y solicitados llegan al Servicio de Salud Metropolitano Oriente donde se gestiona el traslado hacia Isla de Pascua a través de la empresa *Rapa Nui Cargo*. Algunos de estos insumos no es posible trasladarlos por avión pues se categorizan como inflamables por lo que se deben enviar por barco, siendo importante la correcta planificación para no afectar el stock disponible.

Otro punto crítico es el servicio de laboratorio dental. Al no existir este servicio en la isla se hace necesario enviar los trabajos de laboratorio a Santiago. Los tiempos que demora esta gestión puede afectar en ocasiones la continuidad de los tratamientos.

El equipo odontológico se ha esforzado para avanzar de forma local lo más posible en las etapas preliminares de la prótesis antes de enviar el trabajo en Santiago. Esto ha sido posible gracias a que una de las asistentes dentales es laboratorista dental que convalidó su título como asistente dental (TENS).

En este sentido existe una demanda para poder contar con un laboratorio dental básico que permita realizar todas las etapas del proceso de la construcción de una prótesis dental en la isla al contar con el recurso humano disponible. Las dificultades para esto son de carácter administrativas, técnicas y espaciales ya que ha existido la tendencia de externalizar estos servicios en los hospitales de la red pública de salud y no se cuenta con un espacio adecuado que permita cumplir la normativa sanitaria de la SEREMI dado las particularidades en las condiciones de propiedad de la tierra en Rapa Nui.

#### 6.2.9. Descripción de los Programas Odontológicos

Como se revisó en el marco teórico, el año 2015 existió una actualización de los programas odontológicos ministeriales incluyendo 4 nuevos programas. Dado que el trabajo de campo se realizó durante este año, se clasificarán de acuerdo a esta organización. Además, se pretende dar cuenta de las actividades adicionales realizadas por el Hospital Hanga Roa.

#### 6.2.9.1. Programas Ministeriales

El Hospital Hanga Roa ejecuta los mismos programas que se realizan a nivel nacional, a excepción del Componente Atención Odontológica de Morbilidad del *Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica*, el cual no se había implementado al momento del trabajo de campo, pero se proyectó su implementación el año 2016.

A diferencia de lo que ocurre en la gran mayoría de la atención primaria del país, donde el financiamiento y la definición de las metas sanitarias se realiza por medio de la validación de la población inscrita por FONASA, en Isla de Pascua no se trabaja con una población inscrita propiamente tal.

Esto ocurre en primer lugar, pues al no existir Salud Municipal, la atención primaria se realiza por medio de un Hospital Comunitario perteneciente directamente a un Servicio de Salud, por lo tanto, el financiamiento no es mediado por el cálculo del *per cápita*.

En segundo lugar, los beneficiarios inscritos en FONASA resultan ser mucho menos a la población que se atiende en el Hospital Hanga Roa, esto ocurre porque como se explicó anteriormente, al existir un solo prestador de salud, también hacen uso de este los usuarios del sistema de ISAPRE y las Fuerzas Armadas. Además, existe la percepción de que, por un factor cultural e histórico, existirían un número considerable de personas de la etnia rapanui no inscritos en ningún sistema.

Dada esta situación, las metas sanitarias y/o compromisos de gestión se calculan de acuerdo a: Porcentaje de cumplimiento según el número de ingresos para el GES Odontológico de la Embarazada, cálculo en base a la proyección histórica o números netos de acuerdo a cada programa.

#### **6.2.9.1.1. Programa GES Odontológico**

Se realizan los cuatro componentes de este programa.

##### ***GES “Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años”***

- No existe una meta propiamente tal, se calcula un compromiso de gestión de acuerdo al balance histórico.
- En 2015 se dieron 33 altas integrales, correspondientes al 62,2% de los ingresos.

##### ***GES “Salud Oral Integral de la Embarazada”***

- Esta meta se calcula en base a las mujeres que ingresan al Programa Prenatal, por lo tanto, la meta no depende de la población inscrita. Para el año 2015 la meta establecida fue un 63% de altas totales.
- En el 2015 se realizaron 83 altas (58 integrales y 25 preventivas), correspondiendo al 93,2% de los ingresos.
- Se atienden a las embarazadas de FONASA e ISAPRE, las últimas deben pagar en el Hospital la prestación del servicio y luego su ISAPRE les rembolsa el dinero. Las mujeres embarazadas perteneciente al sistema de Fuerzas Armadas no se notifican dentro del GES, pero también se atienden.
- El 86.8% de las embarazadas recibió educación individual con instrucción de técnica de cepillado y un 100% Consejería Breve en Tabaco.

##### ***GES “Urgencia Odontológica Ambulatoria”***

- Se calcula en base a una población de 6.000 habitantes.

##### ***GES “Salud Oral Integral del adulto de 60 años***

- El 2015 se dieron 7 altas integrales en este programa.

#### **6.2.9.1.2. Programa Odontológico Integral**

Se realiza el *Programa de Resolución de Especialidades Odontológicas* que incluye Endodoncias y Prótesis en APS.

También en este programa se incluye la Atención Odontológica Integral a mujeres “Más Sonrisas para Chile”, el cual corresponde a uno de los cuatro programas presidenciales.

No se desarrollan en la isla el componente de acercamiento a la atención odontológica en población de difícil acceso correspondiente a la estrategia de clínicas dentales móviles ni el componente de apoyo odontológico en Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF).

#### ***Resolución de Especialidades Odontológicas en APS***

- Endodoncias en APS: Son 20 cupos en el año, se realizan tratamiento de piezas anteriores y premolares. En el año 2015 se atendieron 23 pacientes realizando 23 tratamientos endodónticos.
- Prótesis en APS: Son 10 cupos en el año. En 2015 se atendieron 10 pacientes con un total de 14 prótesis.

#### ***Odontología Integral: Más Sonrisas para Chile***

- Se establece el compromiso de 28 altas en el año. De acuerdo al registro REM se lograron 23 altas integrales por medio de este programa.

#### **6.2.9.1.3. Programa Sembrando Sonrisas**

Corresponde a una meta presidencial implementada el 2015 basada en la promoción y prevención de patologías bucales en la población parvularia (2 a 5 años) que asiste a establecimientos parvularios pertenecientes a las instituciones JUNJI, Fundación Integra y otras ONG y fundaciones.

En Isla de Pascua existe un solo establecimiento JUNJI denominado *Hare Gne Poki* con una alta demanda en su matrícula. Además, funcionan 5 jardines infantiles particulares no sujetos a la política pública. El equipo ha realizado esfuerzos y

gestiones para extender las prestaciones de salud contempladas en el Programa Sembrando Sonrisas hacia los establecimientos particulares, dado que se percibe que las necesidades de salud de los niños que asisten a estos jardines son similares al Jardín Infantil JUNJI, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría del país, donde en los establecimientos públicos se concentran los niños de mayor vulnerabilidad socioeconómica y por lo tanto, con mayor daño en salud bucal (78).

La implementación del programa consiste en la realización de una charla educativa para preescolares con los temas de alimentación saludable y cepillado en conjunto con la nutricionista, la entrega anual de set de higiene oral, consistente en dos cepillos y una pasta dental para párvulos y la visita dos veces al año en donde se realiza la aplicación de flúor barniz a los preescolares por parte de los odontólogos.

En el 2015, se realizaron 171 exámenes de salud. Del total de exámenes 92 niños correspondiente al 53,8% no presentan historia de caries al examen clínico (ceod=0), mientras que, en el total de los exámenes realizados en el SSMO para este mismo programa, los niños libres de caries fueron un 62,3%.

#### **6.2.9.1.4. Control Sano**

Se realiza control sano de los niños de 2 y 4 años según pauta ministerial y también se incluyen los niños de 3 años. Se agendan 4 pacientes por hora para el control, es decir citas de 15 minutos.

#### **6.2.9.1.5. Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica**

Este Programa tiene dos componentes: La Atención Odontológica de Morbilidad y la Atención Odontológica Integral a estudiantes de cuarto medio. Durante el año 2015 se realizó sólo el segundo componente, alcanzándose 47 altas integrales a este grupo.

#### *6.2.9.2. Otras Actividades Odontológicas*

##### **6.2.9.2.1. Atención Funcionarios Hospital Hanga Roa**

Existe un horario especial para la atención de funcionarios. Además de tratamientos de odontología general se realizan implantes y prótesis fijas. La

atención es gratuita y los funcionarios deben costear los costos de laboratorio o insumos en cirugía en casos de ser requeridos.

#### **6.2.9.2.2. Atención de Morbilidad**

Existe diariamente 17 cupos de atención de morbilidad odontológica. Se logró un aumento significativo el 2015, ya que el año anterior solo existían 6 cupos diarios.

Esta modalidad de prestación, la cual no se condice íntegramente con las bases del modelo de salud familiar y comunitario que define el hospital, se realiza considerando la demanda local, pues los pacientes no tienen ninguna otra opción de tratamiento.

#### **6.2.9.2.3. Atención Particular Fuera del Horario Institucional**

A través de un acuerdo con el Hospital, un odontólogo funcionario del Hospital realiza consultas privadas de la especialidad de implantología y rehabilitación oral fuera del horario laboral en el recinto hospitalario.

#### **6.2.9.2.4. Otros**

Se realizan varias actividades odontológicas, las cuales quedan fuera del registro. Ejemplo de esto son las reparaciones de prótesis e impresiones. Cuando hay un paciente que tiene una necesidad importante y no es posible incluirlo en los programas porque los cupos están completos, se solicita al paciente que gestione y pague el costo del laboratorio. Cuando el trabajo llega los odontólogos del hospital hacen la instalación de la prótesis, lo que permite entregarle una solución al paciente.

#### **6.2.9.3. Dificultades en la Implementación de los Programas Odontológicos**

A continuación, se presenta una tabla resumen clasificatoria de las principales dificultades en la implementación de los programas odontológicos en base a la información recopilada en las entrevistas al personal del Hospital Hanga Roa.

**Tabla 12: Resumen dificultades de implementación programas odontológicos**

Información Poblacional	Al no existir una población inscrita validada no es posible programar y evaluar el cumplimiento de metas con este denominador. Tampoco existen datos censales fidedignos que permitan programar y medir morbilidad.
Administrativos	Algunos programas odontológicos funcionan por mecanismos de licitaciones. Como todos los odontólogos que hay en la isla trabajan en el hospital, no existen oferentes que puedan participar pues existe un impedimento legal. Por esta razón los odontólogos realizan los programas dentro de su horario institucional lo que limita los cupos de acceso.
De Registro	Se realizan actividades que no pueden registrarse en el REM. Se utilizan fichas en papel, dificultad en los sistemas informáticos por la mala calidad de la conexión a internet.
Laboratorio Dental	Al no contar con un laboratorio odontológico en la isla los tiempos de la entrega de los trabajos es prolongado provocando retraso en los tratamientos.

#### 6.2.10. Estadísticas de Atención en el Servicio Odontológico del Hospital Hanga Roa

A continuación, se presenta información cuantitativa en relación a los programas odontológicos que se desarrollan en el Hospital Hanga Roa en un periodo de 4 años desde el 2012 a 2015. Esta información fue recopilada por esta investigación de tesis, del Registro Médico y Dental (REM) desarrollado por el Departamento de Estadística e Indicadores de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud para toda la red pública de salud del país. La información fue solicitada a través de la Ley de Transparencia para fines de este trabajo de investigación.

El registro estadístico está normado por los Manuales Series REM desarrollados por el DEIS, lo cuales son actualizados aproximadamente cada dos años. En este caso el Manual Serie REM 2012-2013 (79), el Manual REM 2014-2016 (80), el cual

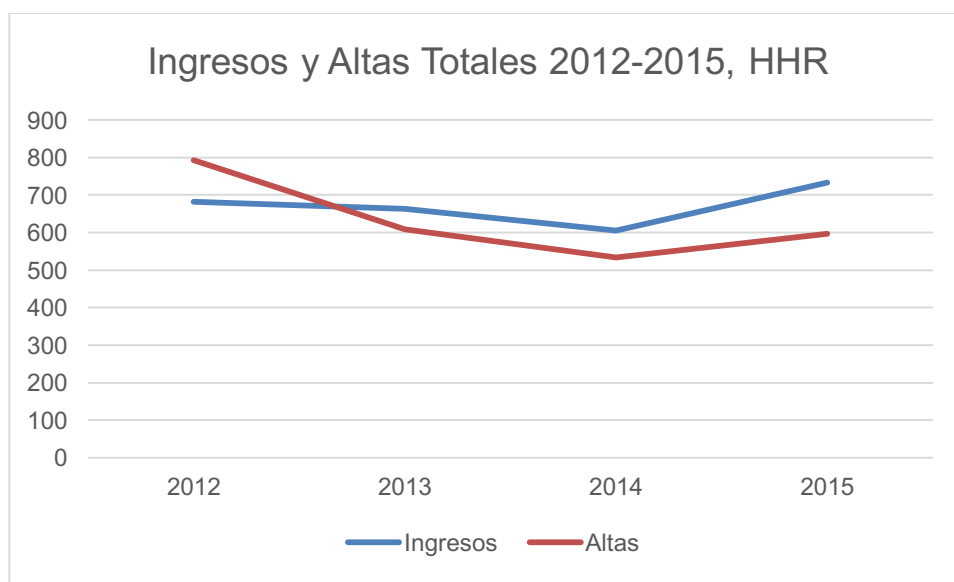


fue utilizado solamente el 2014, pues para el año 2015 se realizó una nueva actualización (81) que considera los nuevos programas ministeriales (26,27,82).

Dada esta situación, los datos y las definiciones operacionales a registrar pueden variar cada año, lo cual ha sido considerado para hacer las comparaciones durante el periodo de tiempo analizado.

#### 6.2.10.1. Ingresos y Altas a Odontología General

**Gráfico 8: Ingresos y Altas Totales, 2012 a 2015, HHR**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012,2013,2014,2015

El ingreso a odontología general, corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico integral en el nivel primario, con la intención de alcanzar el alta odontológica (educativa, preventiva o integral), en el año calendario (79–81).

Los ingresos en el periodo analizado se han mantenido relativamente constantes, en el año 2014 se presenta un menor ingreso correspondiente a 606 pacientes y el número mayor corresponde al 2015 con 733.

Las altas totales corresponden a la sumatoria de las Altas Educativas, Preventivas e Integrales, incluidas las altas integrales de la sección G de Programa Especiales (79–81).

El mayor registro de altas se presenta el año 2012 con 793, siendo incluso mayor a los ingresos y el menor registro es el 2014 con 533 altas.

Las altas de los programas especiales entre los años 2012 a 2014 corresponden al “Programa de Reducción de Brechas”, Atención Odontológica a Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (MHER) y el GES Odontológico de 60 Años. En cambio, el año 2015 las altas integrales de los Programas Especiales corresponden al “Programa Odontológico Integral, estrategia Más Sonrisas para Chile”, “Programa de Mejoramiento a la Atención Odontológica (Altas Integrales 4tos Medios)” y el GES Odontológico de 60 años también presente los años anteriores.

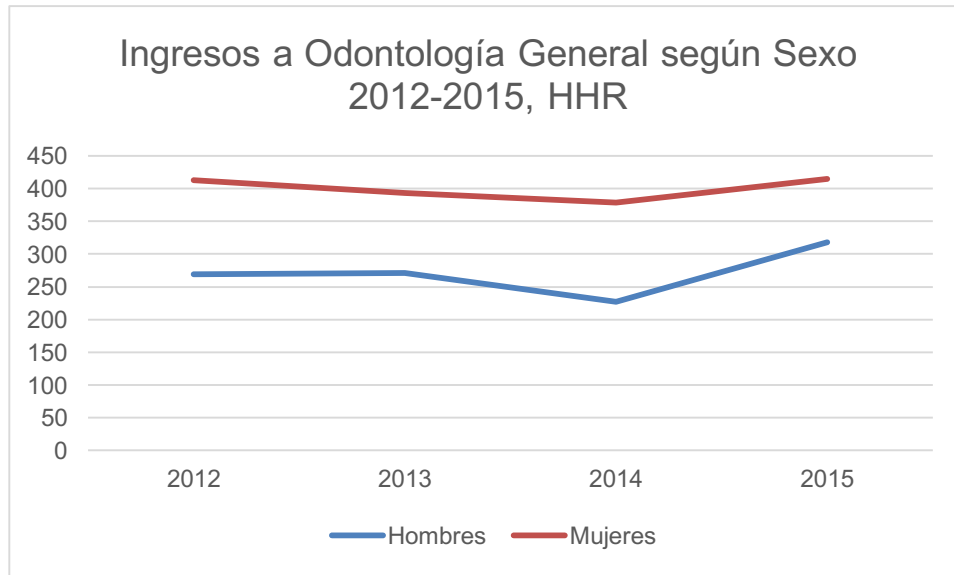
El año 2012 se registran 8 altas del programa GES de 60 años, el 2013 se registran 50 altas (20 altas por cierre de brechas, 18 MHER y 12 GES 60 Años), el 2014 se registraron 39 altas de programas especiales (22 altas Programa Mujeres y Hombres de Escasos Recursos y 17 altas del GES de 60 años) y el año 2015 se registraron 76 (22 altas Programa Más Sonrisas, 47 Programa Cuartos Medios y 7 altas de GES 60 años).

### **Ingreso a Odontología General según Sexo**

Las mujeres acceden en mayor proporción que los hombres en todos los años analizados, representando en promedio un 59.6% de los ingresos. Esta situación no dista de lo que ocurre en Chile y otras partes del mundo en que las mujeres presentan una mayor percepción de enfermedad y utilización de los servicios de salud (83).

En el gráfico 9 se observa el ingreso a odontología general por sexo entre los años 2012 a 2015.

**Gráfico 9: Ingresos a odontología general por sexo, 2012 a 2015, HHR**

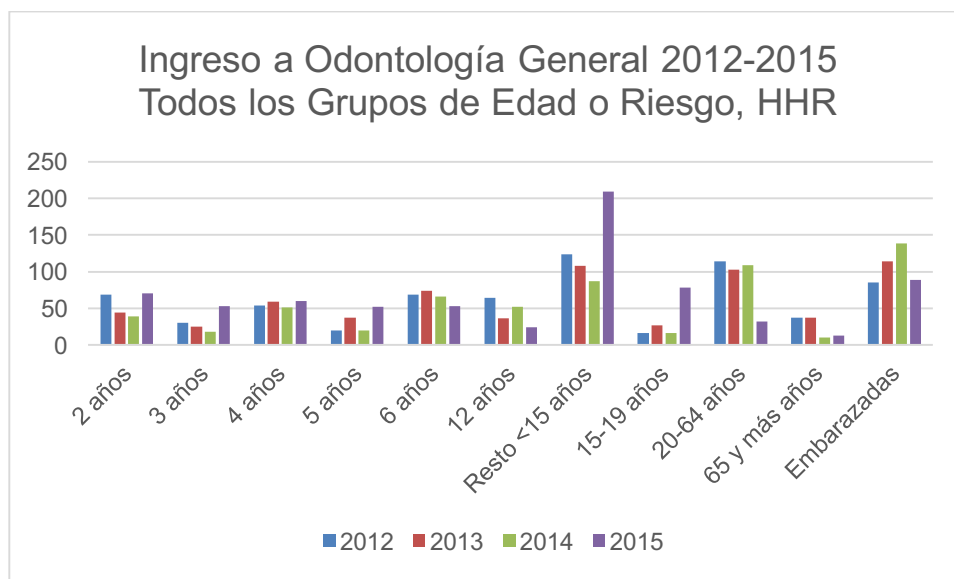


Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012,2013,2014,2015

### **Ingreso a Odontología General todos los Grupos de Edad o Riesgo**

Se desagrega los ingresos a odontología general por grupos de edad o riesgo según REM. La variación más notoria se ve en el año 2015, en el cual el ingreso de los menores de los menores de 15 años (excluye 2, 3, 4, 5, 6, 12 años) aumenta de 87 a 209 ingresos y los ingresos de 15 a 19 años aumenta de 16 a 78, en cambio la atención del grupo de 20 a 64 años se ve reducida de 109 a 32 respecto al año anterior.

**Gráfico 10: Ingreso odontología general, grupos de edad o riesgo, 2012 a 2015, HHR**

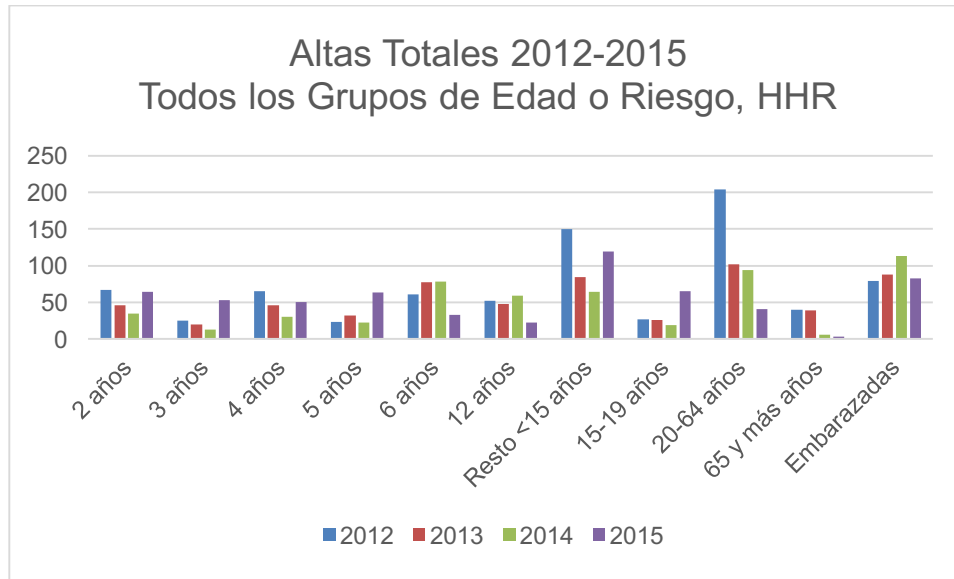


Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012,2013,2014,2015

### **Altas Totales Todos los Grupos de Edad o Riesgo**

En el gráfico 11, se desagregan las altas por grupos de edad y riesgo. Las variaciones más notorias se dan en el año 2012 en que aumenta el número de altas en la población menor de 15 años y en el grupo entre 20 a 64 años. Este último ha experimentado una disminución sostenida en los cuatro años analizados.

**Gráfico 11: Altas totales por grupos de edad o riesgo, 2012 a 2015, HHR**

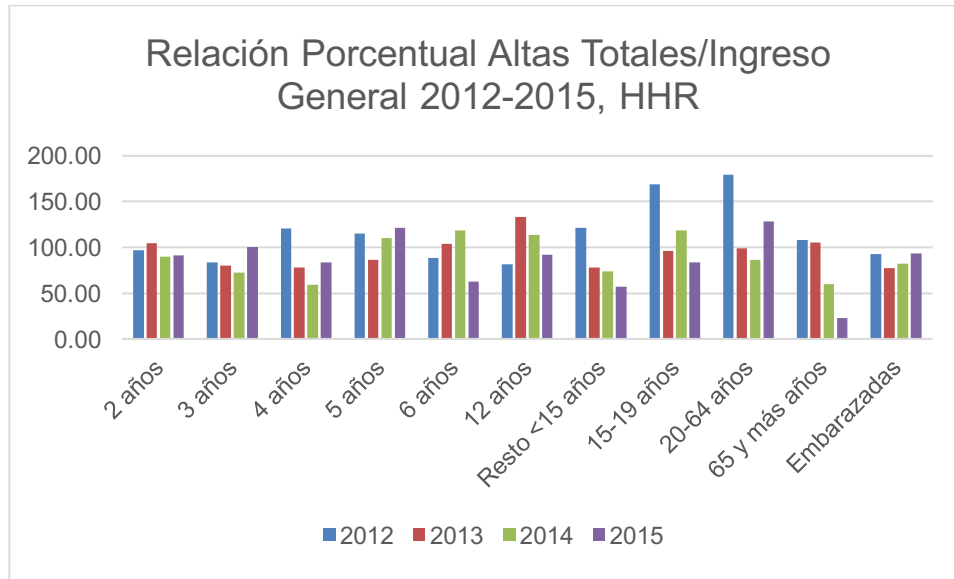


Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012,2013,2014,2015

### **Relación Ingresos /Altas**

Se calculó la relación porcentual entre las Altas Totales y los Ingresos a Odontología General. Las barras del gráfico 12 que se encuentran en el 100% significa que el número de ingresos es el mismo que el número de altas, por debajo de 100% significa que existen más ingresos que altas y arriba de 100% quiere decir que se dieron más altas que ingresos, situación que se da por ejemplo cuando ingresan un número alto de pacientes el año calendario anterior y se les da el alta el año siguiente.

**Gráfico 12: Relación porcentual altas totales/ingreso general 2012-2015, HHR**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012,2013,2014,2015

#### 6.2.10.2. Pacientes libres de Caries Ingresados a Odontología General según Índice de Caries (COP - CEO)

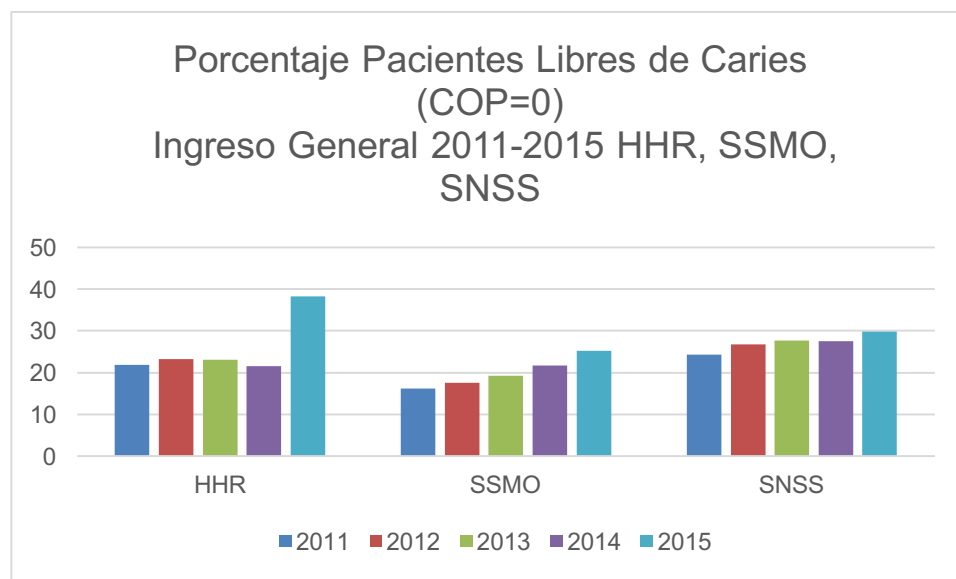
En epidemiología el COP o CEO es un Índice Odontológico de patología de caries que establece la sumatoria de dientes Cariados, Obturados y/o Perdidos por caries, ya sea en dientes definitivos (COP) o en dientes temporales (CEO).

Se considerará un paciente libre de caries, cuando este indicador corresponde a cero. El indicador se calcula realizando el examen bucal al paciente y no considera los exámenes complementarios (radiografía bitewing), por lo que pudieran existir piezas dentarias con caries interproximales no detectadas en el examen clínico y por lo tanto no registradas en el índice.

El índice se registra en el REM para los pacientes que ingresaron a atención en el sistema de salud, por lo tanto, es importante recalcar que no puede ser extrapolable a la población.

En los siguientes gráficos (13 al 16) se presenta la proporción de pacientes con índice COP o CEO igual a cero del Hospital Hanga Roa, el SSMO y el total del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) respecto a los ingresos a atención de ingreso general (todas las edades) donde se incluye el año 2011 en el análisis e ingreso a odontología general entre los años 2012 a 2015 para los grupos de 2 años, 6 años y 12 años.

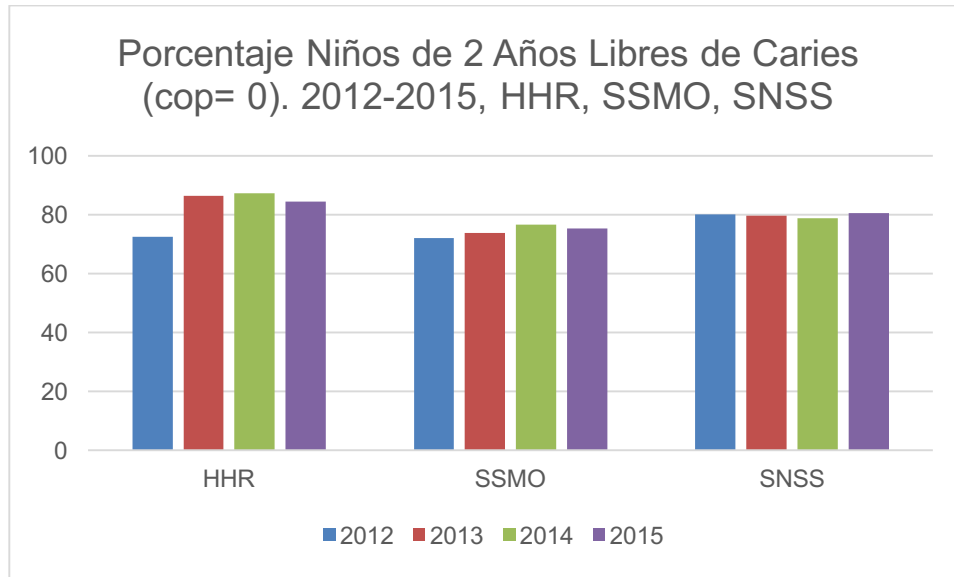
**Gráfico 13: Pacientes Libres de Caries, Ingreso General 2011-2015 HHR, SSMO, SNSS**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015

Se incluye en este gráfico la suma todos los grupos de edad o de riesgo que ingresaron a tratamiento de odontología general. Se observa una tendencia al aumento de proporción de pacientes libres de caries en los tres niveles analizados.

**Gráfico 14: Niños de 2 años libres de caries, 2012-2015, HHR, SSMO, SNSS**

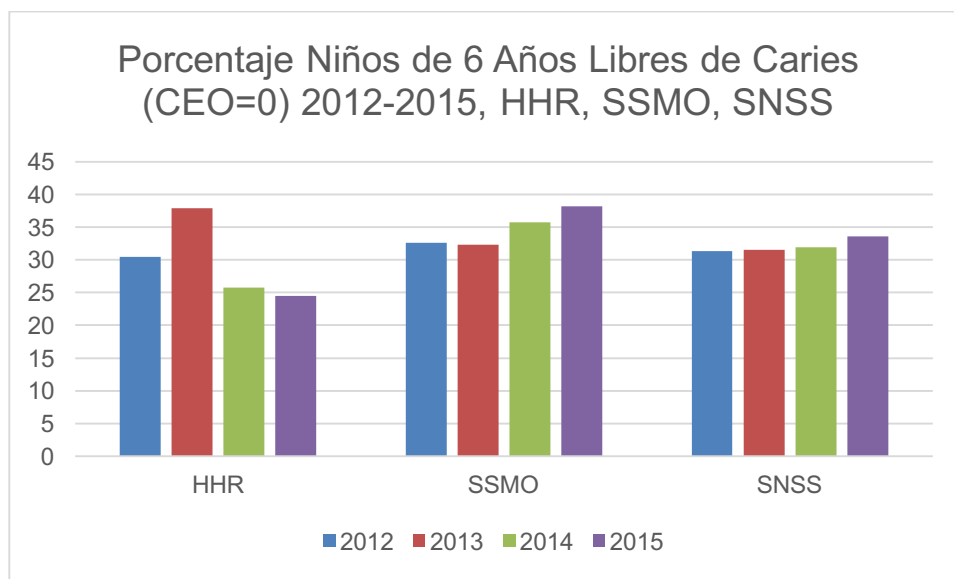


Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012, 2013, 2014, 2015

El porcentaje de niños de dos años con CEO =0 que ingresaron a odontología general en la red nacional bordea el 80% para todos los años analizados (78,78% a 80,43%). En el Servicio Metropolitano de Salud Oriente es menor, variando entre 71,93% el 2012 a 76,54% el 2014. En el Hospital Hanga Roa existe una mayor variación entre un 72,46% el 2012 y un 87,18% el 2014.



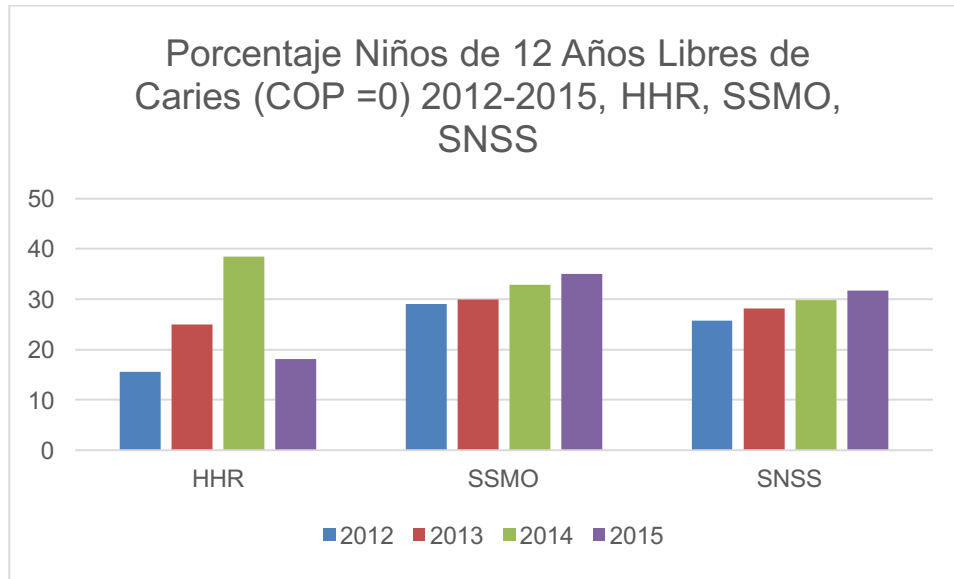
**Gráfico 15: Niños de 6 años libres de caries, 2012-2015, HHR, SSMO, SNSS**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012, 2013, 2014, 2015

Existen una tendencia al aumento de niños de 6 años libres de caries (ceo=0) en la red nacional (31,32 el 2012 a 33,53 el 2015) y en el SSMO (32,35 el 2013 a 38,21 el 2015). En cambio, el registro del Hospital Hanga Roa tiene una gran variación, siendo el número más alto 37,84% el 2013 y el más bajo 24,53% el 2015.

**Gráfico 16: Niños de 12 Años Libres de Caries, 2012-2015, HHR, SSMO, SNSS**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección C, REM 09, 2012, 2013, 2014, 2015

Se observa una clara tendencia al aumento de niños de 12 años libres de caries (COP=0) en la red nacional (25,72% el 2012 a 31,71% el 2015) y en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (29,08% el 2012 a 35,04 el 2015), siendo mayor en cada año el SSMO.

En el Hospital Hanga Roa se observa un comportamiento poco concluyente con una variación de 15,63% el 2012 a 38,46 el 2014.

#### *6.2.10.3 Actividades Odontológicas en Atención Primaria*

Se consideran todas las actividades de promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario realizadas en el Hospital Hanga Roa. También se incluyen en el registro la producción de acciones de nivel primario asociadas a un programa especial (80,81).

Existen algunas diferencias entre las definiciones operacionales y categorías a analizar entre los diferentes REM que rigen cada año, los cuales han sido considerados para lograr una comparabilidad.

### **6.2.10.3.1. Actividades de Promoción**

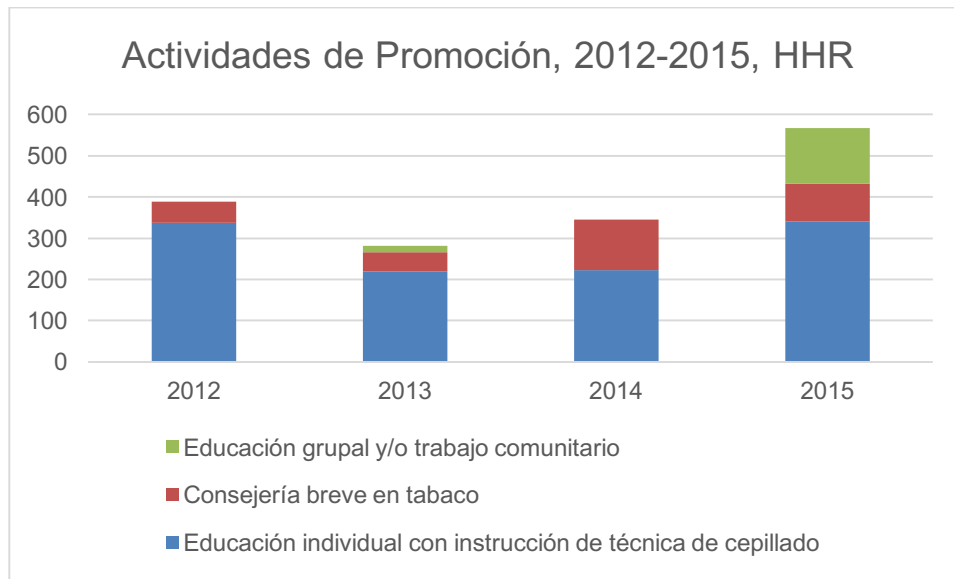
Se considera en el ítem de Promoción los siguientes campos a evaluación:

**Educación individual con instrucción de técnica de cepillado:** incluye el control de placa bacteriana y la instrucción de técnicas de higiene oral y debe realizarse en todo paciente que ingresa a tratamiento odontológico integral, pudiendo reforzarse en sesiones consecutivas, según necesidad.

**Consejería Breve en Tabaco:** Intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración, destinada a valorar estilos de vida saludables y aconsejar un cambio de conducta, en el caso de detectar el consumo de tabaco como factor de riesgo, en la población objetivo: 12 años y embarazadas, pudiendo ampliarse a otros menores de 15 años y a adultos.

**Educación grupal y/o trabajo comunitario:** Corresponde al número de sesiones educativas efectuadas a grupos específicos, en el establecimiento o fuera de él a un grupo de 5 o más personas.

**Gráfico 17: Actividades de promoción, 2012-2015, HHR**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección B, REM 09, 2012, 2013, 2014, 2015

El número de acciones de promoción varía entre 282 el año 2013 a 567 el año 2015 siendo la más representativa la Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado. Se observa un aumento de las actividades de promoción de la salud bucal el año 2015 debido principalmente a las acciones de Educación grupal y/o trabajo comunitario que habían estado ausentes o con baja participación.

#### **6.2.10.3.2. Actividades de Prevención**

Se consideran los siguientes factores como actividades de Prevención:

**Examen de Salud:** Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un Plan de tratamiento.

**Aplicación de Sellantes:** Es la protección específica según riesgo cariogénico, realizada especialmente a los molares y premolares recién erupcionados.

**Fluoración Tópica Barniz:** Es la aplicación de fluoruros realizada individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico.

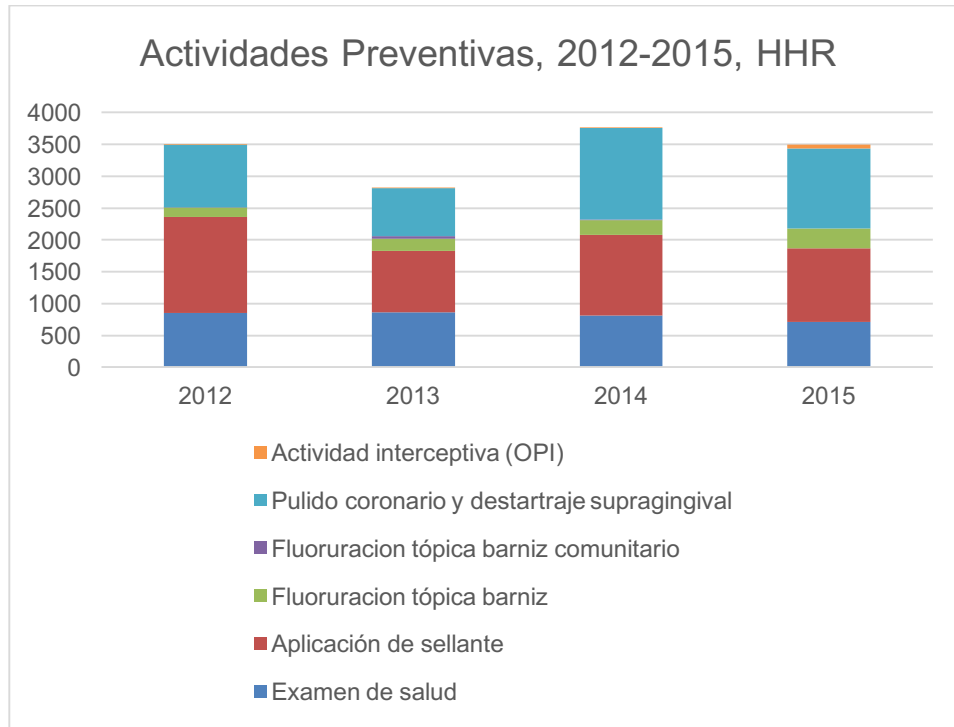
**Fluoración Tópica Barniz Comunitario:** Es la aplicación de fluoruros realizada en niños y niñas individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico realizada en establecimientos educaciones o contextos comunitarios sin considerar los programas especiales. El año 2015 no se contempla este ítem en el REM.

**Pulido Coronario y Destartraje Supragingival:** De acuerdo al REM 2012-2013, corresponde a la sesión de profilaxis destinada a la eliminación de la placa bacteriana, del tártaro y de manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente y la corrección de obturaciones defectuosas que afecten la integridad de los tejidos periodontales. En los REM 2014 y 2015 se registran por separado.

**Actividad Interceptiva de Anomalías Dento Maxilares (OPI):** De acuerdo al REM 2015, corresponde al registro de examen, diagnóstico, planificación de tratamiento interceptivo, controles, desgastes selectivos e instalación de aparato interceptivo para anomalías dentomaxilares. En los REM anteriores se consideran como ítem separados el examen, diagnóstico y planificación de tratamiento interceptivo para anomalías dentomaxilares y la actividad interceptiva propiamente tal.

No consideró como actividad preventiva las pulpitis, las cuales se registran en este ítem hasta el 2013.

**Gráfico 18: ctividades preventivas, 2012-2015, HHR**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección B, REM 09, 2012, 2013, 2014, 2015

El año 2013 se efectuaron 2.815 actividades de prevención siendo el número más bajo en los cuatro años y el año 2014 el más alto con 3.790. Dentro de los rubros registrados el mayor número de acciones corresponde a la aplicación de sellantes, variando de 967 el 2013 a 1.501 el 2012. Existe un aumento importante en el número de pulido coronario y destartraje supragingival entre el 2013 al 2014, esto podría deberse por el cambio en la forma de registro pues desde el 2014 se registra por separado.

### **6.2.10.3.3. Actividades Recuperativas y de Apoyo Diagnóstico**

Se consideran las siguientes actividades como recuperativas:

**Exodoncia:** Es la extracción de un diente temporal o definitivo, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención, en el año 2014 se registran de forma separada las exodoncias de dientes temporales y de dientes permanentes.

**Pulpotomía:** Procedimiento clínico que consiste en la extirpación de la pulpa cameral inflamada en dientes temporales o permanentes vitales, y su correspondiente relleno. En el REM 2012-2013 se registraba como actividad preventiva.

**Obturaciones Amalgama:** Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante amalgama.

**Obturación Estética, Composite o Vidrio Ionómero:** Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries.

Estas obturaciones se clasifican de diferente forma según los REM de cada año, para poder comparar, se agrupan en la misma categoría correspondiendo para el REM 2012-2013 y 2014 a la suma de las obturaciones de composite, las obturaciones de vidrio ionómero y las obturaciones ART y la Urgencia con obturación definitiva (amalgama, composite, vidrio ionómero o ART). El año 2015 se consideran las sumatorias de las restauraciones estéticas y las obturaciones de vidrio ionómero en diente temporal (se incluyen en estas categorías las restauraciones definitivas realizadas en urgencias). A su vez el año 2015 se considera como acción las obturaciones provisorias.

**Destartraje Subgingival y Pulido Radicular por Sextante:** Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a la remoción desde la superficie radicular (subgingival) de la placa bacteriana y tártaro a través de instrumental manual y/o ultrasonido.

**Desinfección Bucal Total:** Terapia alternativa de tratamiento periodontal consistente en raspado y pulido radicular, diseñada para atacar tanto las bolsas periodontales, como los nichos intraorales de bacterias patogénicas en 2 sesiones, en un lapso de 24 horas.

**Procedimientos Médico-Quirúrgicos:** De acuerdo al REM 2015 corresponden a actividades realizadas en el tratamiento de la Urgencia, tales como: GUNA,

complicación post exodoncia, pericoronaritis, pulpitis, tratamiento de traumatismo dentoalveolares, trepanación, ferulización, aseo quirúrgico o curetaje alveolar, sutura, drenaje de absceso submucoso, subperiostico u otro/ o flegmón orocervical de origen odontogénico y otras actividades propias del tratamiento de urgencias odontológicas.

En el REM 2012-2013 se registran como categorías diferentes la urgencia por absceso submucoso, subperióstico u otro/o flegmón orocervical de origen odontogénico, tratamiento GUNA, complicaciones post-exodoncia, tratamiento pericoronaritis, tratamiento pulpitis, tratamiento de traumatismo dentoalveolar (TDA), otras Urgencia Actividad.

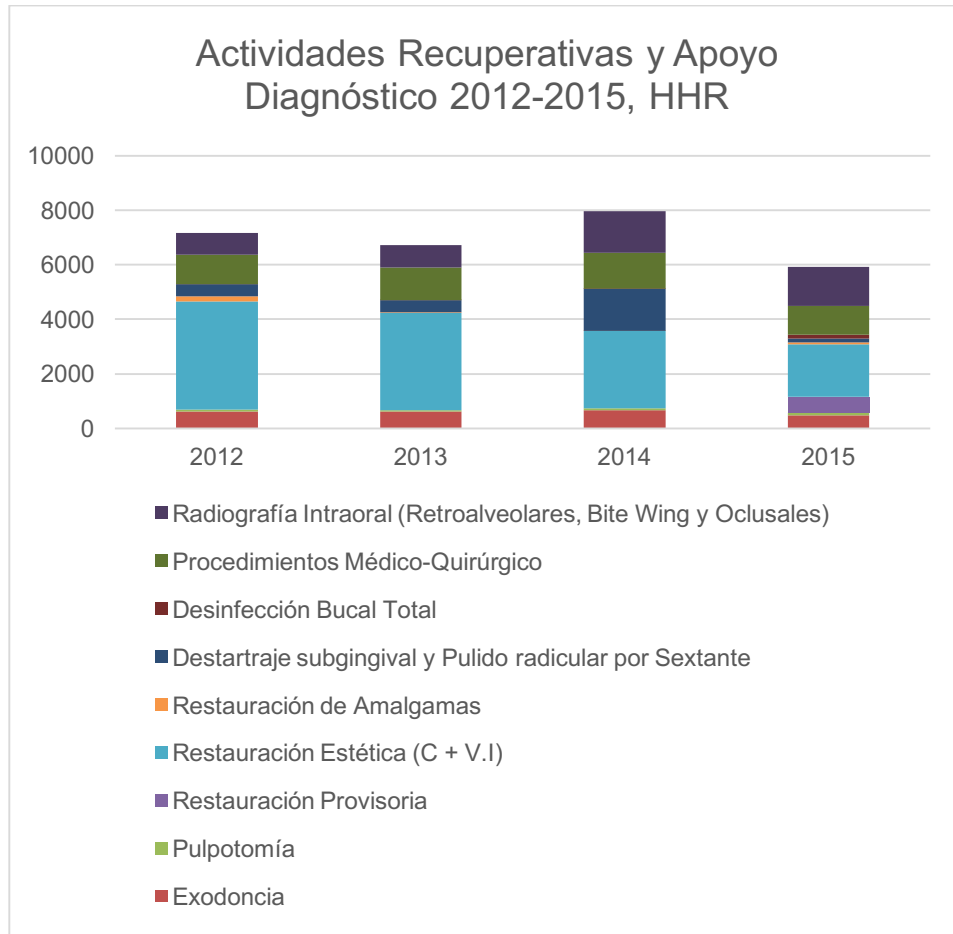
El año 2014 se incluyen a las anteriores con registro diferenciado la trepanación, ferulización, Aseo Quirúrgico o Curataje Alveolar y Sutura.

Actividades de Apoyo Diagnóstico:

**Radiografía intraoral:** Actividad que complementa el diagnóstico clínico sobre la base de imágenes radiológicas. Se agrupan las técnicas Retroalveolares, Bitewing y Oclusales que se tomen en este nivel de atención.



**Gráfico 19: Actividades recuperativas y apoyo diagnóstico 2012-2015, HHR**



Fuente: Elaboración propia en base a Sección B, REM 09, 2012, 2013, 2014, 2015

Se realizaron alrededor de 6000 a 8000 actividades recuperativas por año calendario siendo la mayor actividad el 2014 con 7950 y la menor actividad el 2015 con 5929 acciones, incluyendo obturaciones provisionarias (574) las cuales no se registraban los años anteriores.

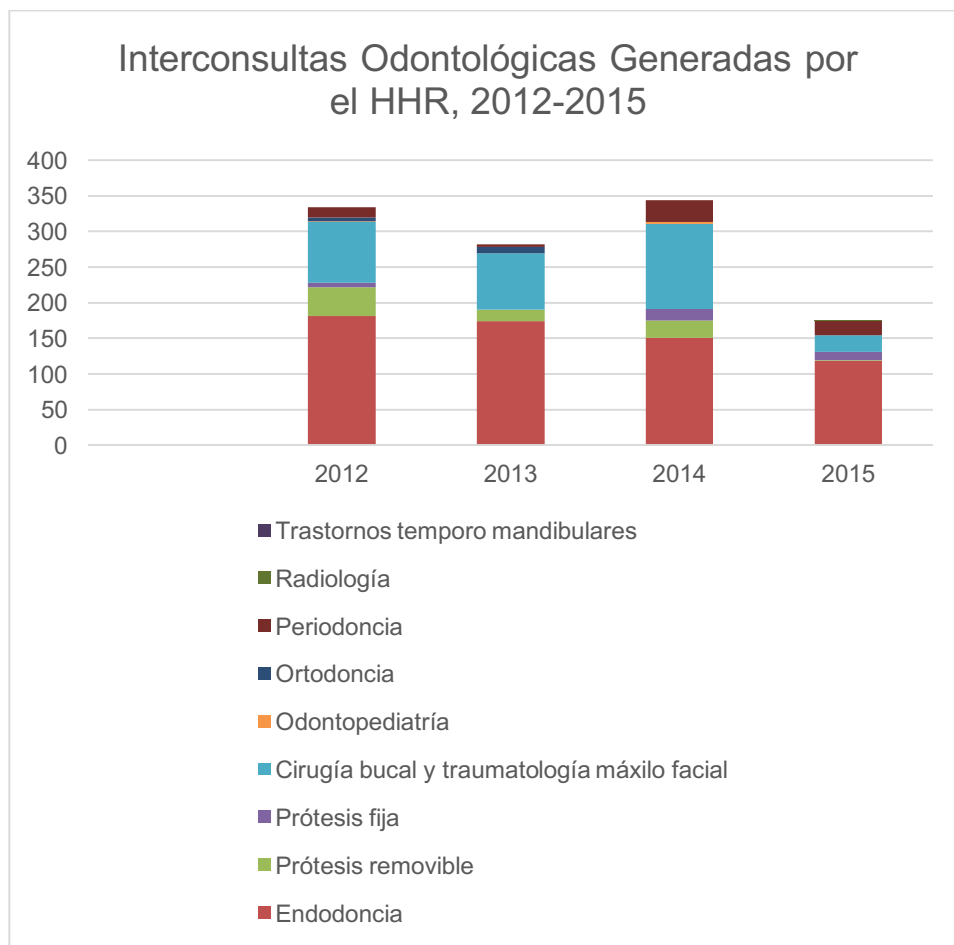
La representación mayor de las actividades recuperativas son las restauraciones estéticas, principalmente las obturaciones de composite. Las exodoncias se mantienen relativamente constantes en los años revisados, disminuyendo levemente el 2015.

Los Tratamientos de Traumatismos Dentoalveolares (TDA) que se registraron de forma separada el año 2012, 2013 y 2014 corresponden a 21, 20 ,21 anuales respectivamente.

#### 6.2.10.3.4. Interconsultas Generadas por el Hospital Hanga Roa

De acuerdo a los manuales REM son todas aquellas solicitudes de interconsulta (SIC) que se emiten desde el nivel primario hacia los niveles de mayor complejidad. Este registro sirve para dar cuenta de las necesidades de tratamiento de especialidad.

**Gráfico 20: Interconsultas odontológicas generadas por el HHR, 2012-2015**



La mayor demanda de interconsultas de especialidad son las endodoncias, entre 118 a 181 según el año observado. Siguen las interconsultas a cirugía bucal y

traumatología máxilo facial, las cuales bordean las 100 al año a excepción del 2015 que solo se registran 23. En relación a esta información es importante señalar que la interconsulta no solo representa la necesidad de atención del paciente, sino también la percepción de gravedad del dentista tratante y su expectativa en que el sistema pueda entregarle una respuesta al paciente.

#### 6.2.11. Otros Recursos en Salud

##### *6.2.11.1. Operativo Fuerza Aérea de Chile*

###### **6.2.11.1.1. Antecedentes Históricos**

La relación de la Fuerza Aérea de Chile con Isla de Pascua comienza con la llegada del avión anfibia “Manura” en el año 1951. Cuarenta y cuatro años después, en el año 1995 se realizó el primer operativo Médico y Dental de la FACH consolidando dicha relación. El operativo se ha realizado de forma sistémica y continua, por lo que el año 2015 se celebró la vigésima versión del operativo.

El creador de la iniciativa fue el Dr. Raúl Yazini, Director del Hospital Institucional, que en ese tiempo propone al Comandante en Jefe su idea de cambiar los simulacros de campaña de los médicos de la FACH por operativos en un lugar determinado y con procedimientos reales. En entrevista para la publicación especial de la FACH que se realizó en conmemoración de los 20 años del operativo el doctor comenta *“le sugerí al Director de Sanidad de la época que fuéramos a una zona de Chile donde existiera escasa atención médica y distante de los centros hospitalarios, porque son esos los escenarios en caso de conflictos y, de paso, hacíamos algo útil para la comunidad”* (84).

El actual Comandante en Jefe de la Fuerza Aérea de Chile, General del Aire Jorge Robles Mella, así como otras autoridades militares de la FACH entrevistadas en esta edición especial (84), enfatiza en que la misión que se emprendió en Isla de Pascua se enmarca en los valores institucionales de *“permanente rol de ayuda a la comunidad, aportando en soluciones y actividades que responden de manera efectiva con las necesidades de nuestra sociedad”*.

Para el General de Brigada Aérea (S) Guillermo RUIROZ ELISSALT, el operativo cívico-militar con foco en salud es un modelo a seguir, *“junto a los objetivos de*

*alistamiento*”, el modelo permite “*apoyar a la comunidad en necesidades de salud haciendo efectiva la responsabilidad social de la institución*”. En definitiva, se resalta como ícono del compromiso permanente con la comunidad, con énfasis en zonas aisladas, al mismo tiempo, su utilidad para la preparación en situaciones de emergencia de la institución.

#### **6.2.11.1.2. El Operativo**

El operativo actualmente se realiza en coordinación con el Hospital Hanga Roa y el Servicio Metropolitano Oriente. La organización comienza en marzo, varios meses de su ejecución, e implican reuniones con la gobernación, la municipalidad, la dirección del SSMO y video conferencias con el Hospital Hanga Roa. En estas coordinaciones se afinan las especialidades requeridas, la cantidad de personal necesario, los criterios de selección de pacientes, el uso de pabellones quirúrgicos entre otros temas.

El operativo de la FACH tiene una duración de una semana (de sábado a sábado) con la movilización anualmente de alrededor de 130 personas, donde 70 son profesionales del área médica propiamente tal, entre 15 a 25 del área odontológica más un área administrativa, logística y las jefaturas. La mayoría de los profesionales provienen del Hospital de la FACH, pero también participan especialistas civiles de otros hospitales públicos.

Durante la operación, se despliegan por vía aérea y terrestre más de 10 toneladas de equipos y carga de diferente índole, como lo son ecógrafos, mamógrafo, equipos para pabellón, desfibriladores, audiómetros, máquinas de anestesia, equipos oftalmológicos, radiológicos y de endoscopia entre otros, además de medicinas, fármacos e insumos.

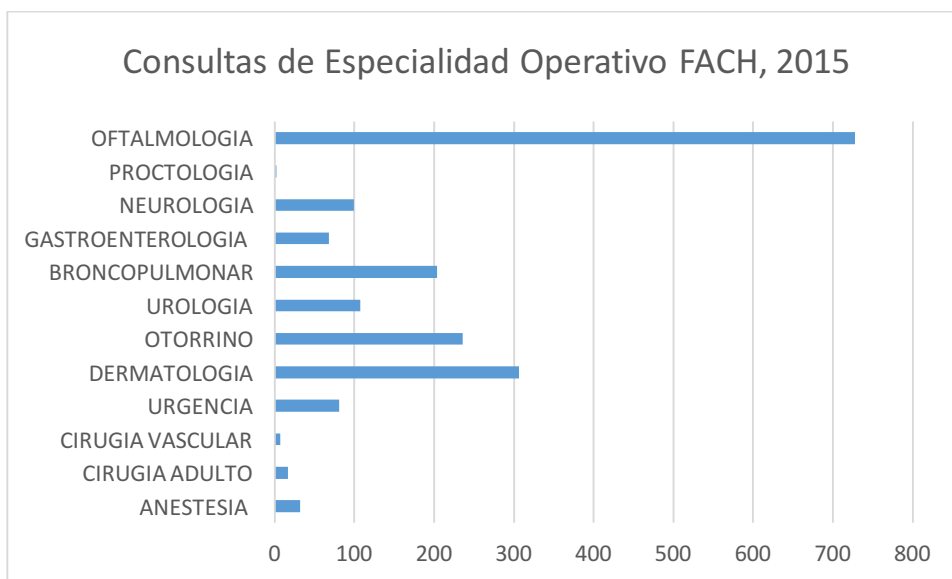
Si bien, en su inicio todos los insumos los proveía la FACH, actualmente estos son suministrados por el SSMO y sólo se llevan insumos específicos con los que no cuenta el Hospital Hanga Roa, lo que no es utilizado queda para el funcionamiento del Hospital el resto del año.

El operativo en una semana realiza alrededor del 90% de las consultas de especialidad que se realizan en el año. La priorización y selección de especialidades y las metas se acuerdan con el Servicio de Salud y el Hospital y consideran entre otras variables la resolución de las patologías GES evitando el traslado de pacientes al continente.

En la ejecución del operativo se considera la instalación de los puestos de trabajo el día sábado y el día domingo se otorga como día libre con un programa cultural y turístico que se organiza junto a la Municipalidad, de esta manera se ocupa de la “presión” de querer conocer y recorrer la isla para quienes nunca han ido anteriormente y ayuda al enfoque de trabajo en la semana el que se realizada de 8:00 a 17:00 de lunes a viernes.

Durante el operativo que se realizó el año 2015 en el área médica se realizaron 1887 consultas de especialidad, siendo oftalmología la con mayor número de consultas (n=728).

**Gráfico 21: Consultas de Especialidad Operativo FACH, 2015**



Al mismo tiempo se realizaron 2086 exámenes y procedimientos (1004 de la especialidad de oftalmología, 356 mamografías y 218 ecografías entre otros exámenes) y 75 intervenciones quirúrgicas.

#### **6.2.11.1.3. Área Odontológica**

En relación específicamente al área dental, al igual que en área médica se realizan coordinaciones previas con el equipo odontológico local a través de videoconferencias. Además de los especialistas el equipo se acompaña de equipamiento de laboratorio dental con dos técnicos laboratoristas.

De acuerdo al registro de la FACH en 2015 se atendieron 117 pacientes en endodoncia, 86 en la especialidad de ortodoncia y 67 en rehabilitación.

En cuanto a promoción se realizan visitas a los colegios para enseñar técnicas de higiene oral, esta actividad es la única que se enmarca en un componente promocional y preventivo.

Además de las prestaciones médicas y dentales el operativo se define como de carácter médico y cultural, en esta línea se han realizado corridas familiares, cicletadas, concursos de pintura entre otras actividades.

#### **6.2.11.1.4. Percepciones sobre la importancia del Operativo FACH**

La percepción de la comunidad y del equipo local de salud es positiva en cuanto a la ejecución del operativo. Se destaca principalmente su carácter resolutivo para tratar problemas de salud y que permita atender de forma multidisciplinaria muchos casos clínicos evitando que los pacientes deban ser trasladados al continente.

Existe en el equipo de salud local una preocupación respecto a las expectativas que pueda traer el operativo a la comunidad y como el hospital debe hacerse cargo de estas con los recursos disponibles. Se hace alusión a un “antes”: cuando el operativo era la única opción de acceso a salud de especialidad y un “después”: el nuevo hospital que cuenta con una mayor tecnología y atenciones. Se destaca la mejora continua en la coordinación, logrando así cada vez intervenciones más pertinentes.

*“Nosotros los molestamos diciendo que con el operativo vienen los doctores del cielo, y todo lo que ellos hablan es ley. Y en cierta forma eso hemos tratado de normar, porque generalmente generan muchas expectativas en los pacientes.”*  
(Odontólogo, HHR)

*“Antes era la diferencia entre la vida y la muerte, con la llegada de la FACH” “Sin embargo, cuando cambio el hospital y sus prestaciones, se volvió cada vez más resolutivo. Entonces el operativo ha tenido que cambiar sus prestaciones también. Y yo creo que ahora el operativo, que sin duda es un tremendo aporte, es un apoyo a lo que ejecuta el hospital en forma cotidiana”* (Funcionaria, SSMO)

Finalmente se hace alusión a que si bien es un gran aporte para tratar la enfermedad no contribuye a evitar que las personas se enfermen, relevando la importancia de la promoción y prevención continua de la salud y sus determinantes.

*“Los operativos aumentan la resolutivez del hospital, no digo que el operativo sea malo, sino que solo resuelve problemas, no ayuda a que la gente no se enferme”*  
(Funcionario HHR, rapanui)

#### *6.2.11.2. Rondas Servicio de Salud Metropolitano Oriente - Hospital Salvador*

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente realiza rondas de especialidad periódicas, por medio del personal del Hospital Salvador en el Hospital Hanga Roa.

La programación de las rondas y las especialidades que asisten tienen relación con las demandas históricas y actuales de la población e incluyen: Prótesis (removibles), endodoncia, cirugía máxilo facial y el año 2015 se incorporó la especialidad de periodoncia.

El personal que asiste va rotando cada año. Este sistema permite que el equipo del HHR se vincule directamente con todo el equipo del Hospital Salvador favoreciendo la integración y el aprendizaje de diferentes modalidades de atención que ocupan los especialistas.

Los pacientes que serán atendidos en las rondas se programan con anterioridad al operativo de acuerdo a las listas de espera y la urgencia de la necesidad de la prestación. Los nombres de los pacientes son publicados en listados en el Hospital y son contactados vía telefónica.

Las prestaciones se realizan en las dependencias del Hospital Hanga Roa utilizando los sillones dentales de uso regular, por lo cual en las semanas de operativo se debe ajustar la agenda de prestaciones normales.

#### *3.2.11.3. Otros Operativos Médicos y Dentales*

##### **3.2.11.3.1. Operativo Municipalidad de Las Condes**

La Municipalidad de Las Condes por medio de un convenio de colaboración realiza un operativo médico y dental cada año.

En 2015 el operativo se realizó entre el 25 y 29 de mayo y asistió un médico, un odontólogo y dos técnicos dentales.

En total se realizaron 188 acciones dentales, 32 atenciones dentales y 18 endodoncias de alta complejidad (85).



En este caso, todos los insumos utilizados en el operativo son proporcionados por la Municipalidad de Las Condes, las atenciones se realizan en la infraestructura del Hospital Hanga Roa.

No se encontraron referencias de la comunidad en relación al operativo en las entrevistas realizadas.

#### **6.2.11.3.2. Operativo Rotary Club**

Rotary Club es una organización internacional de servicio cuyo propósito es reunir líderes y profesionales con el fin de prestar servicios humanitarios en sus comunidades. La organización se establece en Rapa Nui en el año 1993 con el nombre, "*Rapa Nui tepito te henua*" y cuenta con una sede ubicada en la localidad de Hanga Roa en la cual existe un sillón dental.

La organización realiza diferentes encuentros en la isla con fines sociales y turísticos, en su marco se organizan operativos y atenciones odontológicas de forma esporádica.

Tampoco se hizo alusión a estos operativos en las entrevistas efectuadas.

#### **6.2.11.3.3. Operativo Facultad de Odontología, Universidad de Chile**

La relación entre la Facultad de Odontología y la Isla de Pascua comienza el año 2013 en el contexto de la celebración aniversario de los 170 años de la Universidad de Chile en donde a través de la Cátedra Indígena y la Vicerrectoría de Extensión se realizan actividades en Rapa Nui en las cuáles se invita a la Dirección de Extensión de la Facultad de Odontología y el Museo Nacional de Odontología a ser parte por medio de la "Fiesta del Cepillo de Dientes", dicha actividad se había realizado anteriormente el año 2011 en Santiago convocando a un centenar de niños de la Región Metropolitana.

La actividad se realizó en coordinación con la Dirección de Educación Municipal (DAEM) y consistió en el trabajo de una semana en que se realizaron talleres educativos con niños de primero a cuarto básico en los tres colegios de la isla, equivalente a aproximadamente 350 niños, culminando el día viernes con la actividad "Fiesta del Cepillo de Dientes", actividad lúdica en que cada colegio preparó un modelo de gran escala de un cepillo de dientes que posteriormente fue

utilizado para limpiar una “muela gigante” con el objetivo de a través del juego educar a los niños sobre los cuidados bucales.

Dado la buena evaluación de la experiencia, al año siguiente se decide volver a la isla con el objetivo de implementar un operativo de salud bucal dirigido a niños, esta vez además de la DAEM, el operativo fue coordinado con el Hospital Hanga Roa y se efectuó por medio de los Fondos de Interés Nacional que ganó la Facultad en su línea de Odontología Social dirigido al trabajo en escuelas vulnerables y/o de difícil acceso.

Al operativo que se realizó durante dos semanas asistieron 19 personas entre odontólogos generales, especialistas y estudiantes de odontología. Se instalaron entre 4 a 5 equipos portátiles en el auditorio del Hospital Hanga Roa, los cuales eran atendido por profesionales y asistidos por los estudiantes que también se desempeñaron como arsenaleros y asistentes. Además, durante la jornada existían dos personas que se dedicaban a labores de promoción y prevención caso a caso y a la realización de talleres en dos de las tres escuelas de Rapa Nui.

Los pacientes que se atendieron fueron en su totalidad niños y niñas, los cuales fueron seleccionados por criterios del Hospital Hanga Roa para la atención y avisamos previamente a operativo. Se utilizó una ficha clínica de la Facultad de Odontología dejando copia y registro de todas las atenciones en el Hospital una vez el operativo concluyó.

La segunda versión del operativo se realizó en enero de 2016, en el cual se atendieron 200 pre-escolares, 46 adultos con tratamientos de endodoncia terminados, 9 atenciones en pabellón, además de una capacitación para educadoras de párvulo y una charla educativa en el Hogar de Ancianos (86).

En esta oportunidad, se firmó un convenio de colaboración entre el Hospital Hanga Roa y la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile con el fin de darle sostenibilidad a la iniciativa.

#### **6.2.11.3.4. Caso Operativo Particular de Implantología**

Anterior al año 2010 se realizó un operativo particular de especialistas implantólogos consistente en la instalación de implantes dentales a residentes de la Isla de Pascua.

En el operativo se realizó el primer paso de la instalación de un implante dental, es decir, el procedimiento quirúrgico en que se inserta el implante de titanio para luego esperar su óseo integración al cabo de algunos meses, momento en que el implante debe ser rehabilitado.

Esta segunda etapa no se realizó, lo que llevó en la mayoría de los casos a la pérdida de los implantes y una problemática compleja para el Hospital Hanga Roa, ya que al ser el único prestador de salud de la isla se debió hacer cargo de acoger a los pacientes y la cirugía de retiro del implante fracasado.

Este hecho sumado a otros casos similares, llevó al Servicio de Salud Metropolitano Oriente y al Hospital Hanga Roa a poner mayor regulación a los operativos médicos y dentales en el sentido de mayores estándares de calidad, seguimiento en el tiempo y su alineamiento con las metas y desafíos del hospital.

#### *3.2.11.4. Salud Privada*

De acuerdo al diagnóstico de salud realizado el año 2011 (44), existen algunos profesionales en la isla que trabajan de forma privada, derivando al Hospital en caso de requerir apoyo diagnóstico o intervenciones de mayor complejidad. Entre estos, se encuentra una consulta de medicina general, un servicio de atención médica a domicilio, una consulta psicológica y una consulta de ortodoncia que funciona de forma esporádica. Además, existen personas con conocimientos de medicina “ancestral” que brindan atención de forma privada, en muchos casos de manera gratuita, algunas de estas personas pertenecen también al grupo de salud intercultural del Hospital.

Al momento del trabajo de campo, estaba en tema un proyecto que pretendía la instalación de un mega prestador privado en la isla (Mega Salud). Las empresas que pertenecen a la Cámara Chilena de la Construcción están agrupadas por la Caja de Compensación Los Andes que también es una filial de la cámara y que

tiene más de 3.000 trabajadores afiliados en la isla. Por lo tanto, el proyecto pretende mejorar el servicio para sus afiliados.

### **Consulta de Ortodoncia**

La consulta de ortodoncia funciona hace alrededor de 6 años y se desarrolló por autogestión de la dentista a cargo.

El año 2006 por medio de un estudio de la morbilidad de trastornos dentomaxilares en niños de la Isla de Pascua, desarrollada por la Corporación de Ortodoncia y Ortopedia de Chile donde realizó su especialidad y es miembro, la odontóloga encontró una alta prevalencia de mordidas clase II, cerradas y cubiertas, además de muchos niños con tratamientos ortodóncicos a medias debido a las dificultades para la continuidad del tratamiento en el continente por parte de las familias residentes, esto la motivó a la idea de establecer una consulta de ortodoncia en la isla.

La consulta fue construida por autogestión gracias al arrendamiento de 50 metros del terreno de una familia rapanui, funciona una semana cada mes, es decir la doctora con su secretaria/asistente viajan una vez al mes durante una semana en la cual realizan los tratamientos, la agenda de horas se puede realizar durante el mes mediante un teléfono celular y correo electrónico.

Además de los tratamientos de ortodoncia, realiza odontología general, planos de relajación y especialidades a excepción de endodoncias e implantes. Describe que la experiencia con los pacientes y la comunidad ha sido satisfactoria y percibe una importante demanda de la especialidad pues la estética y la sonrisa son culturalmente relevantes.

Reclama problemas burocráticos con el Hospital Hanga Roa y el Servicio de Salud, sin embargo, describe una muy buena relación con el equipo odontológico del hospital.

En general y no solo en el ámbito odontológico, existe una buena recepción a que existan más actores de la salud que puedan ser un aporte a la salud de la población.

### **6.3. Percepciones y Conocimientos de la Salud Bucal y los Programas Odontológicos. Problemas y expectativas**

En el siguiente apartado, se recogen las percepciones y los conocimientos en cuanto a la salud bucal y el funcionamiento de los programas odontológicos que relataron los entrevistados de los diferentes grupos de estudio que conforman la muestra.

En primer lugar, se presentan los aspectos que relevó cada grupo de estudio exponiendo la variabilidad discursiva en cada uno de ellos, para luego realizar una comparación entre los grupos que permita identificar los patrones comunes y las diferencias en la percepción de la salud bucal, los programas odontológicos en la Isla de Pascua y las expectativas en torno a estos.

#### 6.3.1. Percepción de Líderes Sociales

Las líderes sociales entrevistadas perciben que existen problemas de salud bucal (pérdida de dientes y caries) y una demanda no cubierta en gran parte de la población isleña. Adicionalmente se percibe que este daño es diferenciado por generación donde los "abuelos" tienen una buena salud bucal debido a que ellos "comían más sano" que la alimentación actual, así mismo la generación con más problemas sería la de los "hijos de estos abuelos", es decir las personas que tienen alrededor de 50 años, pues se empezó a introducir comida considerada no saludable y no existía suficiente acceso ni tampoco "la costumbre" de ir al dentista.

*"Llega eso del desarrollo, cambian los hábitos y por eso también los problemas bucales. Nuestros abuelos nunca tuvieron problemas dentales, por la alimentación que tenían"* (Líder Social rapanui).

En cuanto a los conocimientos de la etiología de las enfermedades bucales, principalmente se le atribuye a la mala alimentación que existe en la actualidad y la drástica transición alimentaria que ha sufrido la isla los últimos 40 años. La comida viene principalmente del continente, es procesada y ya no se consume la dieta "ancestral" y tampoco se practican antiguas costumbres como la de comer caña de

azúcar que se usaba para fortalecer y limpiar los dientes, según refiere la comunidad.

Por otro lado, además de la alimentación, también se le atribuyen como factores que afectan la salud oral el consumo de alcohol y cigarrillo y la contaminación del agua como desencadenante de problemas de salud bucal y también de la salud general de la población.

Un caso particular que se menciona como problema de salud, que afecta también lo bucal, son los accidentes traumáticos, pues se percibe que en la isla son mucho más frecuentes debido a que todo es más *“light”* y no hay *“conciencia de la vida”* (Autoridad política rapanui).

Respecto a la atención en salud bucal, existe una percepción de que las personas rapanui van al dentista solamente cuando sienten dolor o tienen un problema específico, por ejemplo, cuando le pasa algo a su prótesis, *“no hay una cultura de que el hospital es un lugar que tienes que visitar normalmente”* (Líder comunitaria rapanui). De acuerdo a la entrevistada, son muy pocas las personas rapanui que asisten regular y preventivamente al dentista. Adicionalmente se percibe que el servicio odontológico del Hospital Hanga Roa lo utilizan más las personas que no son rapanui, probablemente porque estén más preocupados de *“ir a verse”* y no necesariamente porque tengan una peor salud bucal, ya que *“la mala alimentación y los mismos vicios”* están presentes transversalmente en toda la población isleña.

En cuanto a este último punto las líderes entrevistadas creen que debería existir atención priorizada para las personas de la etnia rapanui. Este punto toma importancia dado el crecimiento demográfico a causa de la inmigración de personas del continente hacia la isla. En opinión de una de las líderes sociales entrevistadas, si bien los rapanui han sido *“bien tolerantes”* y es importante que existan servicios básicos para todos, resulta que en la actualidad son los propios rapanui los que se sienten discriminados en su propio territorio, pues no se reconoce la inequidad histórica que ha sufrido el pueblo rapanui que hace muchas veces una situación de desventaja respecto a las personas continentales que viven en la isla.

En cuanto a los programas odontológicos, en general existe conocimiento sobre su existencia y los grupos priorizados, se nombra que existe programa para niños, embarazadas y algunos para adultos mayores, sin embargo, no se conocen las Garantías Explícitas en Salud (GES) ni los grupos etarios que tienen prioridad en los programas.

Existe la percepción de que la atención a la salud bucal ha mejorado bastante lo que se marca con la llegada del nuevo hospital y el aumento de dentistas, sin embargo, se cree que, aunque se haya pasado de uno a cuatro dentistas, no se traduce siempre en el aumento de acceso puesto que también la población de la isla ha crecido radicalmente, viendo en desmedro la atención abierta, pues también existen nuevos programas que deben cubrir los dentistas.

Se manifiesta que tampoco ha cambiado la forma de gestión. *“Está el gran hospital que tú conoces, pero todavía tenemos que levantarnos a las 4 de la mañana para hacer la cola y tener un número con el dentista”* (Líder social rapanui).

Se cree que falta atención de especialistas en la isla, en particular se nombra las especialidades de ortodoncia e implantología. Si bien, se valora el trabajo que hacen los operativos, se cree que la demanda es tal que se hacen insuficientes para cubrirlos y es necesario contar con atención constante y seguimiento de los pacientes. Respecto a esta atención no solo se manifiesta como responsabilidad única del hospital, sino también, se nombran iniciativas colectivas para organizar operativos odontológicos por medio de la comunidad con coordinación de la Municipalidad y el Hospital Hanga Roa.

Por último, respecto a los programas de promoción, existe conocimiento de que funcionan algunas actividades en los colegios y también el hospital ha organizado otras, se percibe como relevantes pero insuficientes, así mismo se resalta la importancia de que no solo se debe trabajar con los niños, sino también se debe involucrar a los padres.

### 6.3.2. Percepción Agentes Médicos Tradicionales

Respecto a la etiología de las enfermedades, se nombra con mayor importancia el bajo acceso a la atención odontológica y la falta de higiene dental debido en parte, a que hace algún tiempo atrás no existía el hábito y era muy difícil conseguir implementos de higiene bucal, como cepillo de dientes y pasta dental.

Persiste la idea de que no hay el suficiente cuidado ni preocupación de los rapanui por su salud bucal, sin embargo, existe la percepción de que esto ha cambiado en las generaciones más jóvenes en la última década, las cuales han sido educadas por el sistema sanitario y escolar en este ámbito y tienen más acceso, por lo tanto, también una mejor salud bucal.

*“Y lo veo con mis hermanos que viven acá, uno nota que no se lavan los dientes. Aquí no hay una mentalidad de salud bucal. Pero pasa porque cuando pequeños nosotros no teníamos acceso. Pero los niños de aquí, actualmente tiene el hábito”*  
(Agente médico tradicional).

La alimentación se menciona como causa de riesgo citando algunos casos concretos en niños, pero de una trascendencia menor ya que *“los rapanui no son buenos para los dulces”* y existen pocas confiterías en la isla.

Persiste además un supuesto que apoya la idea de que antiguamente se “era más sano”. Se comenta que al revisar los cráneos que existen en el museo, muchos de estos tienen los dientes bellos y sanos, a excepción de algunas fracturas, se hace alusión a un estudio que encontró que los cráneos que datan de antes de la llegada de los europeos a la isla no tenían caries, y después de este hecho ya empiezan a aparecer con algunos “hoyitos” o problemas bucales.

En relación a los conocimientos en salud bucal, el equipo intercultural entrevistado da cuenta de una serie de prácticas “ancestrales” utilizadas, por ejemplo, el uso de la caña de azúcar como elemento de higiene bucal cuando no existía acceso a otros implementos. También el uso del “*pua*” (*Curcuma longa*), planta medicinal de la farmacopea tradicional para calmar aftas (conocidas con el nombre local de *hahara*



a rá<sup>7</sup>), para las caries y “brotes de dientes”. Para infecciones, originadas por temas dentales, el uso de plantas como antiinflamatorios o antisépticos, por ejemplo, el ajo -elemento de la farmacopea botánica foránea- para dolores dentales fuertes y el agua de mar calentada como enjuague. También existen otros elementos que son utilizados hasta el día de hoy, como el uso de un tipo de tubérculo como anestésico bucal en los bebés y la utilización mencionado “*pua*” para los dolores en las muelas.

Se percibe que en general, sobre todo en los adultos y adultos jóvenes la salud bucal es muy deficitaria, traduciéndose en que muchas personas han perdido sus piezas dentarias. Se cuenta como común que en las zonas más rurales las personas utilizan “*pua*” o antiinflamatorios que compran a la farmacia, si no encuentran atención en el hospital o no quieren acudir, incluso algunas personas se sacan sus propios dientes, lo cual de cuanta de la existencia de estrategias de autoatención en salud bucal en la población.

Se puede utilizar el ajo para “ablandar la encía” para luego proceder a la extracción. *“Con alicate. Se lo agarran y lo empiezan a mover. Lo sueltan, luego entra el ajo, el púa y listo. O se comprar paracetamol en la farmacia y listo. Esa es la realidad. Hay gente joven que no puede comer carne, porque no tienen dientes”* (Agente Médico Tradicional).

De todas formas, es importante señalar que en el discurso comunitario que se recogió en el trabajo de campo no hubo casi alusiones a la existencia de recursos botánicos propios o prácticas médicas propias en torno a salud bucal; lo que manifiesta que no parece ser un tema relevante para el discurso comunitario y las prácticas hoy en día.

En relación a los programas odontológicos, se menciona que el equipo de salud intercultural nunca ha trabajado con el equipo odontológico, no ven interés en los dentistas en proyectar un trabajo en conjunto, sin embargo, creen que un trabajo colaborativo sería beneficioso, por ejemplo para el tratamiento del bruxismo y para

---

<sup>7</sup> Información personal de Valentina Fajreldin

apoyar a los dentistas en el trabajo de promoción y prevención desde una perspectiva de pertenencia cultural, ya que al explicar a los pacientes en la misma lengua es mucho más fácil que los pacientes puedan entender las indicaciones y seguir los tratamientos con mayor éxito.

En cuanto a la percepción del funcionamiento de los programas odontológicos, se cree que han mejorado, pero también se hace una crítica que la población en la isla ha crecido bastante. Se ve como positivo los programas existentes como niños y embarazadas, pero al mismo tiempo se explicita que la mayoría de las horas dentales se usan en cubrirlos dejando a la población que no pertenece a estos grupos con bajas posibilidades de atención.

Respecto a los programas odontológicos en escolares, se hace alusión que el hospital envía a través de la escuela, los permisos a los padres para que los niños sean atendidos, pero solo una proporción menor de los padres los firman o acuden solo una vez y no continúan con los tratamientos de los niños.

Se espera que se pueda lograr una mayor transversalización en la atención, existiendo un equipo intersectorial que pueda realizar difusión y promoción. De acuerdo a las entrevistadas, no es posible que los dentistas por si solos se dediquen a este tema pues es necesario también cubrir la demanda de morbilidad. Al mismo tiempo se manifiesta que debería existir mayor integración con el equipo de salud intercultural, por ejemplo, que exista la posibilidad de derivar pacientes que necesiten atención dental y la colaboración de este equipo como facilitadores interculturales para las personas rapanui que lo necesiten.

### 6.3.3. Autoridades Políticas Isla de Pascua

Existe la percepción que la atención de salud está bien administrada, ya que existen programas odontológicos para las familias y los colegios, además de los operativos de la FACH y otros. A su vez, ha aumentado la preocupación por la salud bucal de las personas.

*“he visto que (la preocupación por la salud bucal) ha aumentado en los colegios y en las familias, hay mucha gente preocupada por su salud bucal. Hay talleres u*

*operativos de la FACH, por ejemplo, donde las familias o mamás están preocupados de llevar a los niños y a la familia a controles. En los colegios lo potencian también, están preocupados de eso. No sé si será suficiente, pero yo siento que sí. Tal vez habría que seguir reforzando eso, porque la idea es que no llegemos cuando estemos enfermos, sino prevenir (Autoridad política, rapanui).*

La importancia de la promoción y prevención en salud resalta en el discurso, siendo los temas centrales el ejercicio físico, la alimentación y la prevención de traumatismos.

Se cree que el sistema de prevención histórico que existía, centrado en la familia se ha perdido en los últimos 50 años, siendo principalmente el “Estado garante, a través de sus agentes” los que inculcaron el ir a un sistema de salud formal, calificando de “pagano” las prácticas de salud “ancestrales”, *“Nos decían, olvídense de esas cosas brujas de las semillas y la planta y las hojas... tiene que ir a un hospital, tiene que tener un diagnóstico” (Autoridad política rapanui).*

Al mismo tiempo, la abrupta introducción de alimentación diferente a la tradicional desde hace alrededor de 20 años, sin ser acompañada de educación al respecto, se ve como un elemento que afectó y sigue perjudicando la salud de las personas.

*“es un problema (la salud bucal) en el sentido de que no nos sabemos alimentar. Entonces desde la guagua que lloró y fue más fácil pasarle un dulce... hacemos que el niño se haga un daño en su dentadura. Nos falta más educación, tanto como mejorar nuestra alimentación” “lamentablemente desde hace 20 años más o menos, se lleva un tipo de alimentación que no estaba en nuestro menú diario” (Autoridad política rapanui).*

En relación a la atención, se espera poder contar con más especialistas y mejorar el sistema de entrega de horas médicas y dentales. Se hace hincapié en que debe existir de plan de prevención liderado por el hospital con presencia intersectorial de la comunidad, instituciones públicas y también privadas que están presentes en la isla.

#### 6.3.4. Percepción de los funcionarios del Hospital Hanga Roa

En primer lugar, existe la percepción de que el servicio odontológico del Hospital Hanga Roa ha tenido un enorme progreso, punto destacado principalmente entre los funcionarios que llevan más tiempo y por lo tanto conocieron y trabajaron en el antiguo hospital. También existe una evaluación positiva del actual hospital y su sistema de atención en comparación a cómo operan la mayoría de los hospitales de la red pública de salud chilena que se encuentran en territorios insulares.

Con relación a este último punto, se explica que existe una diferencia de percepción del funcionamiento del Hospital Hanga Roa entre los pacientes (y también funcionarios) que han conocido y experimentado una atención de salud en el continente a aquellos que solo han sido atendidos solamente en la isla, este último grupo tendría una peor percepción del servicio y podría explicar la idea de que las personas que vienen del continente muchas veces tienen a utilizar más el servicio que los propios rapanui.

*“La gente no se da cuenta que lo que tienen aquí, es mejor que cualquier posta rural en el continente. Y eso no lo van a ver nunca”* (Funcionaria rapanui, HHR).

En cuanto a la percepción de las características principales de pacientes que se atienden en el servicio odontológico, las ideas expresadas por los funcionarios son bastante similares y no se perciben diferencias entre funcionarios rapanui y no rapanui ni categoría funcionaria.

En general, se describe como una población muy demandante del servicio y que requieren inmediatez de la atención, pero a la vez poseen una baja adherencia al tratamiento.

Otro punto que se destaca es que existe una cierta población que es poli consultante y que frecuenta el hospital dentro de sus diferentes ramas de atención y otro grupo que es muy difícil que concurra al hospital y que solo lo hacen en casos de urgencia.

Algunos funcionarios rapanui hacen hincapié en la idea de las personas de la etnia “no creen en la enfermedad”, pues la asocian como algo importado desde el

continente y que podría explicar en parte, la baja concurrencia al hospital y la baja adherencia a los tratamientos en este grupo.

*“La gente no cree mucho ni en la enfermedad, porque creen que la enfermedad tú se la trajiste, la gente del continente. Como la parte occidental trajo a los médicos tradicionales, con la medicina biomédica, ellos empezaron a registrar quienes eran los enfermos.”* (Funcionario rapanui Hospital Hanga Roa).

Como se mencionó anteriormente, si bien, se percibe que los pacientes continentales utilizan más el servicio, existen algunos matices de opinión sobre su conducta. Desde funcionarios rapanui se observa que los pacientes continentales son más impacientes y alterados, pero “hacen más caso” y siguen las indicaciones médicas, desde funcionarios no rapanui se nombra que los pacientes rapanui son de una visión muy inmediata y que en general requieren una rápida atención y pronta solución a su problema sin muchas veces seguir los tratamientos ni acudir a los controles.

*“Cuando tú hablas de caries, para ellos no es una patología. Cuándo es un problema, cuando les empieza a doler el diente, porque le tienen más miedo al dolor que a la muerte.”* (Funcionario rapanui Hospital Hanga Roa)

También se opina que hay cambios del comportamiento entre grupos generacionales, donde los adultos mayores serían los "mejores pacientes" y los “más complicados” los hombres y mujeres entre 30 a 50 años.

Respecto a los niños se percibe que ha ido mejorando la adherencia a los tratamientos a medida que han pasado los años, lo que responde principalmente a la educación en el sistema sanitario y escolar, que se realiza con los padres, los cuales al entender la importancia de los dientes de sus niños mejoran la adherencia y continuidad de los tratamientos. Se destaca como positivo la entrega de cepillos de dientes acompañado de la instrucción de su correcto uso.

Además, se cree que en general se ha elevado las expectativas de los residentes en cuando a su salud bucal, lo que podría tener relación con que muchas personas trabajan en turismo y la importancia de le dan a la estética del cuerpo los rapanui.

Con respecto al sistema de horas para la atención dental, se percibe que se ha logrado mejorar bastante. En relación a la opinión de la coordinadora del SOME el discurso de las personas cuando dicen que deben llegar a las cuatro de la mañana para conseguir una hora al dentista es una especie de "mito" que quedó instalado desde hace un tiempo atrás, cuando existía una muy baja oferta de atención con la disponibilidad de un solo dentista para toda la isla.

Asimismo, de acuerdo a la misma entrevista, las personas que en un día no logran conseguir una hora al dentista serían alrededor de 4 a 5 pacientes. Sumado a esto, la percepción de los dentistas es que solo entre un 10 a un 15% son "urgencias reales", y que la mayoría de las personas toman las horas de urgencia como acceso a la atención de morbilidad entre los grupos que no están en los programas.

En cuanto a temas administrativos se manifiestan dificultades en el momento en que no se reconocen las peculiaridades que tiene el Hospital Hanga Roa con el resto del sistema de atención de salud del país.

Un ejemplo de esto es la externalización de servicios para la realización de los programas odontológicos que instruye el MINSAL; al no existir más dentistas en la isla de los que trabajan en el Hospital, no es posible que los programas se realicen de la misma forma que en el resto del país, y la Contraloría General de la Republica no permite que los mismos funcionarios participen en la licitación de los programas.

Lo mismo ocurre con la necesidad de laboratorio dental, en el resto del país existe la tendencia de externalizar el servicio. Para el Hospital Hanga Roa es una dificultad constante enviar las etapas de las prótesis dentales a Santiago y existe una necesidad y demanda de contar con un laboratorio dental en la isla, pero no se conocen la forma administrativa de hacerlo, además del problema de conseguir un terreno para instalarlo.

Otro punto que se releva es que frecuentemente la entrega de recursos y definición del número de personal de salud necesario se asocia a la estimación de población, por lo tanto, con esta lógica es difícil justificar la necesidad de más profesionales o más ingresos para programas desde los servicios centrales del Estado. Sumado a

esto se estima que la población de la isla ha crecido enormemente y se percibe que los números que se manejan están muy por debajo de la población real que existe hoy en día.

Adicionalmente, y si bien, existe en general, una buena percepción de la administración del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), se percibe una complicación tener una doble dependencia en la gestión de salud (Seremi de Salud depende de Valparaíso y El Hospital Hanga Roa del SSMO), esto afecta a la organización de los programas de promoción y otros del ámbito de acción comunitaria. Al mismo tiempo, se señala como una desventaja por algunos funcionarios, que el Municipio y la Gobernación de Isla de Pascua no cuente con un referente de salud que sea un interlocutor con el Hospital.

En cuanto al trabajo del servicio odontológico con el equipo de Salud Intercultural del Hospital se cree *“que se está al debe”* pues no se ha producido una relación directa para trabajo en conjunto. Se opina que los representantes de la comunidad no han tenido una continuidad en la presencia de reuniones, pero al mismo tiempo se cree que un trabajo en conjunto pudiera ser constructivo para la educación y promoción de la salud.

Existe consenso de todas las partes en que es muy complicado para los odontólogos poder destinar horas para realizar educación y promoción de la salud. Por lo tanto, se avoca a grupos específicos, pero muchas veces no se cuenta con la capacidad horaria para hacer un programa más extensivo de educación al resto de los grupos. En este sentido, se espera poder contar con apoyo para desarrollar este ámbito y se cree fundamental el trabajo intersectorial para lograrlo.

Por último, en cuanto a los operativos, se enfatiza la importancia que estos tengan un objetivo claro y sean coordinados correctamente con las instancias correspondientes. *“Yo soy súper abierto a que haya rondas, incluso de particulares, pero lo que nosotros hemos tratado de exigir es que haya un cierto norte respecto a qué va enfocado el operativo”* (Odontólogo, HHR).

### 6.3.5. Actores en el Ámbito Municipal y de la Educación

Como se ha mencionado ya, la única institución de salud en la isla no tiene vínculo formal de pertenencia con la municipalidad ni con las instituciones educativas, sino que está bajo la administración del SSMO.

En general no existe un mayor conocimiento de los programas odontológicos que se desarrollan en el Hospital, se menciona que al parecer la atención es más expedita para los niños, pero no se identifica ningún programa o acceso preferencial a ciertos grupos priorizados por la política pública.

En este sentido se hace una crítica a que dicha política viene importada desde el continente y no se baja a la realidad local, y aunque esto se hiciera persiste el problema de la forma que se mide a través de indicadores cuantitativos que también desconocen las particularidades de la isla.

Al mismo tiempo se percibe que la atención odontológica ha mejorado, puesto que *antes “el dentista te sacaba los dientes no más”* (Directora Jardín Infantil JUNJI) pero se identifican algunos factores determinantes en la atención dental que influyen negativamente en la salud bucal de la población, como por ejemplo el limitado acceso que se refleja en la idea de que para conseguir una atención hay que llegar a las 5 de la mañana al hospital y muchas veces no es posible conseguirla y la idea de que *“la gente no se sacrifica mucho”* pues está la costumbre en general las cosas (trámites) se dan muy fácil en la isla.

Respecto a los niños, se identifica la dificultad de algunas familias para seguir los tratamientos, ya que se requiere llegar muy temprano y esperar en algunos casos varias horas para recibir la atención en horarios que los padres o cuidadores están trabajando y los niños deberían estar en los colegios. Por lo tanto, aunque existe el compromiso de algunos padres en el cuidado bucal y los controles odontológicos de sus hijos, se ven limitados por causas externas, en relación a los cambios de los patrones laborales con horarios fijos y la responsabilidad de la crianza de los niños.

Desde el ámbito municipal, ya sea desde la Dirección de Desarrollo Comunitario como el Departamento de Educación, manifiestan que no existe un trabajo



sistemático con el hospital, este se realiza solamente de forma esporádica sin existir una relación de trabajo constante con los niños y jóvenes que asisten a la educación municipal ni con la comunidad en general lo cual se explicaría en parte, porque el Hospital Hanga Roa no tiene recurso humano suficiente que se haga cargo de este tema.

Al mismo tiempo existe un cuestionamiento hacia los operativos de salud en la medida que estos tampoco son sistemáticos y no incorporan un componente de devolución hacia la comunidad.

*“Ellos (los rapanui) sienten que los utilizan, porque no hay devolución. Por decirte viene un tema dental, van a hacer una campaña durante 6 meses sobre la higiene bucal, y lo hacen y fantástico, y después se van y adiós, se llevaron todo”* (Directora DIDECO).

Al igual se critica que existan personas no especializadas en el ámbito de la educación que se desenvuelvan en promoción sin tener los conocimientos pedagógicos ni tampoco culturales.

*“Porque acá debemos frenar a todo el mundo, que vienen con programas educativos, todos vienen con programas de educación, y ninguno trabaja en esta área, entonces siempre me planteo como si yo quisiera ser dentista y me ponga a hablar de tu área y a trabajar en eso cuando yo no tengo idea en qué consiste”* (Directora Liceo Municipal Lorenzo Baeza).

Adicionalmente, se considera como algo negativo la presencia de profesionales de la salud muy jóvenes y la constante rotación de estos, tanto en funcionarios regulares del hospital como en el desarrollo de los operativos ya que se asocia a la falta de experiencia profesional y la utilización de la población de forma experimental sin permitir la continuidad de los tratamientos y la generación de vínculos estables en la relación médico/dentista-paciente.

Respecto a la percepción del estado de salud de la población -al igual que otros grupos de estudio- persisten las diferencias temporales y generacionales, existiendo un pasado mejor, en que la alimentación y las prácticas era más saludables pese a

que la atención del hospital era muy reducida, una siguiente generación con un alto grado de daño bucal, donde muchas personas jóvenes han perdido gran parte de sus dientes y un futuro más prometedor en cuanto a los niños, los cuales han estado sometidos a programas educativos e intervenciones de salud.

En el Jardín Infantil JUNJI se denota un mayor grado de sinergia y empoderamiento con el hospital y los problemas de salud bucal, destacándose la cercanía geográfica y una buena coordinación. Se describen intervenciones tales como la aplicación de flúor, la atención a niños que presentan daño bucal, capacitación a las educadoras de párvulo y la entrega de material educativo.

Se percibe que existe una problemática de salud bucal importante en los niños, representada en que *“tienen muchas caries”*, esto se explicaría principalmente por el rápido cambio de las prácticas alimentarias incorporando la “comida chatarra” y los dulces a temprana edad, adicionalmente se observa como factor de riesgo la gran cantidad de padres jóvenes que no se responsabilizan de la salud bucal de sus hijos.

En el jardín JUNJI se practica el cepillado dental, pero existe el problema que varios niños, pese a la insistencia hacia los padres no traen cepillo de dientes al jardín.

En el liceo municipal se manifiesta que existe una baja coordinación con el hospital y que no existen programas constantes de salud bucal, salvo lo que está en el currículum escolar y las actividades esporádicas.

Tampoco existe una coordinación entre los actores de la educación, ya sea entre los colegios, entre los jardines infantiles o entre jardines infantiles y colegios para ver el progreso educativo de los niños y niñas y la continuidad en este sentido de los programas de salud.

Por último, desde funcionarios municipales no rapanui se defiende la idea de que la implementación de políticas públicas o programas específicos deben ser para toda la población, sin discriminar entre las personas de familias rapanui con las que no, incluso se percibe que en la actualidad los rapanui tienen más facilidades que los continentales.

6.3.6. Tabla Resumen Comparativa Percepción y Conocimientos en Salud Bucal y los Programas Odontológicos

A continuación, se destacan las ideas más importantes presentadas en los grupos de estudio frente a seis tópicos de relevancia para el objetivo de este estudio y que salieron a colación entre los entrevistados.

**Tabla 13: Resumen percepción en salud bucal y programas odontológicos**

Etiología de las Enfermedades Bucales	<p>La percepción sobre las causas de las enfermedades bucales es bastante similar entre los grupos de estudio. El factor que se destaca como más importante es la alimentación. Respecto a este punto, principalmente entre los rapanui existe la idea de que las enfermedades bucales empezaron con la llegada de los extranjeros e introdujeron nuevos patrones de alimentación, situación que se ha acentuado en los últimos 30 años con la introducción de comida chatarra y dulces y al mismo tiempo la disminución de la alimentación ancestral.</p> <p>Las explicaciones encontradas son muy similares al discurso de la disciplina odontológica actual, basada en la multicausalidad de la enfermedad y los estilos de vida, pero acentuando que la causa primaria radica en la introducción de alimentos desde otras latitudes, y por lo tanto la introducción de la enfermedad a través de la vía de la alimentación y otros “vicios” como el tabaco.</p>
Condición de Salud Bucal de la Población	<p>Una idea que es relevante en todos los grupos de estudio es un cambio generacional y temporal de la condición de salud bucal de la población isleña.</p> <p>En primer lugar, existiría un pasado “ideal”, donde la alimentación era sana y en base a la producción local (pescado, tubérculos, frutas, etc.) y las personas no tenían problemas</p>

	<p>bucales relevantes y por lo tanto tampoco existía la necesidad de contar con atención odontológica.</p> <p>Existiría una segunda generación donde se observaría una acumulación de daño importante, que son los adultos del tiempo actual, coincidente con la introducción de comida, alcohol y tabaco desde el continente y la falta de conocimiento de las enfermedades bucales y su prevención; como también la falta de acceso hacia la atención odontológica.</p> <p>La tercera generación serían los niños, donde pese a que la alimentación desde el continente continúa y se perpetúa, son sujetos de los programas de promoción y prevención de salud bucal y han tenido más oportunidades de acceso a la atención odontológica.</p> <p>Respecto a la percepción de diferencias en las condiciones de salud bucal entre personas rapanui y no rapanui no se encontró alguna reflexión en torno a la temática y más bien se cree que debe ser similar pues hoy en día tampoco existen diferencias marcadas en los estilos de vida. Entre los profesionales odontólogos se cuestiona algunos hallazgos de la investigación que indican que las personas rapanui tendrían menos enfermedades bucales, indicando la necesidad de contar con otro tipo de investigación para sostener esta hipótesis.</p>
<p>Funcionamiento de los Programas Odontológicos en el Hospital Hanga Roa</p>	<p>En todos los grupos de estudio se cree que existe una mejora significativa en la atención odontológica y en el servicio dental en general, sin embargo, la percepción del nuevo hospital es más heterogénea, asociada a las expectativas que generó en la comunidad y una visión más crítica de su funcionamiento.</p> <p>Respecto a los programas odontológicos el grado de conocimiento es también heterogéneo, siendo las personas vinculadas al trabajo en el hospital las personas con mayor conocimiento, seguido por las líderes comunitarias</p>

	<p>entrevistadas, y finalmente los entrevistados dentro de la gestión municipal con un bajo grado de información.</p> <p>En mayor medida se reconoce que existe priorización en la atención de los niños, las embarazadas y los adultos mayores, sin identificarse los grupos priorizados más específicos ni tampoco las Garantías Explícitas de Salud (GES). La opinión mayoritaria se inclina a una percepción positiva de estos, pero también se critica que su implementación conlleva a la reducción de la atención a libre demanda, reduciéndose las posibilidades de atención del grupo no priorizado lo cual adquiere relevancia al no contar con otras opciones de atención fuera de las entregadas por el hospital.</p> <p>Desde la perspectiva de los usuarios existe una apreciación negativa generalizada al limitado acceso y la forma de entrega de las horas dentales, referente a que los usuarios tendrían que acudir a tempranas horas de la madrugada para conseguir atención. Esta visión no es compartida por algunos funcionarios del hospital, los cuales opinan que esta idea responde más bien a un “mito” instalado desde mucho tiempo atrás y no es lo que ocurre en la actualidad, que, si bien no se lograría cubrir toda la demanda, las personas que no pueden acceder sería un número reducido y no existirían personas en la sala de espera a las horas señaladas por los usuarios.</p> <p>Respecto a la pregunta, si debiese existir programas específicos o priorización de la atención para las personas de la etnia rapanui existe una variabilidad amplia de respuestas desde que la atención debe ser solo para rapanui a que los rapanui tienen más ventajas que las personas continentales.</p> <p>Los entrevistados rapanui opinan mayoritariamente que debiese existir priorización en la atención para las personas de la etnia, pues debiese ser el foco central y el objetivo de la</p>
--	--

	<p>instalación de los servicios del Estado, en cambio en los entrevistados que no son pertenecientes a la etnia rapanui la respuesta mayoritaria se refirió a que no debe existir diferencias ni priorización por este factor.</p>
<p>Funcionamiento de los programas de Promoción y Prevención de la Salud Bucal</p>	<p>El conocimiento y percepción de funcionamiento de los programas de promoción y prevención relacionados con la salud bucal varía entre los diferentes grupos de estudio y también entre los entrevistados, En general no se identifican programas que funcionen regularmente y se mencionan ciertas actividades de promoción que la mayoría de las veces están relacionada con operativos médico-dentales o actividades específicas sin continuidad.</p> <p>Una excepción a esta percepción generalizada se da en el Jardín Infantil <i>Hare Nga Poki</i> perteneciente a la JUNJI, donde se puede vislumbrar en las entrevistas la existencia de un trabajo de promoción y prevención constante en una estrecha relación de trabajo entre el Hospital Hanga Roa y el Jardín Infantil consistente entre otras cosas, en capacitación a las educadoras, visitas al jardín, aplicación de flúor a los niños y entrega de contenidos en las reuniones de apoderados. En cambio, en el Liceo Lorenzo Baeza se menciona que actualmente no existe un programa de promoción y prevención contante y la formación se limita a los contenidos ministeriales en esta materia y las actividades esporádicas.</p> <p>Respecto a la percepción de su importancia, en todos los grupos de estudio se menciona que son muy relevantes en especial se destaca como fundamental que se trabaje con los niños y jóvenes. Así mismo, se identifican ciertas dificultades en su desarrollo, siendo una de las más transversales y mencionada, la limitación de tiempo por parte de los odontólogos, los cuales tienen mucha carga asistencial que</p>

	<p>atender, entonces que estos se dediquen a realizar estos programas se traduciría en la disminución de la atención clínica. También se menciona la falta de referentes y coordinación para abordar esta temática y la necesidad de lograr una transverzalización que permita incorporar otros actores - además de los dentistas- para el desarrollo de programas.</p>
<p>Salud Intercultural</p>	<p>Respecto a las prácticas en el cuidado de la salud bucal entre las personas rapanui entrevistadas de los diferentes grupos de estudio se describe transversalmente la utilización de la caña de azúcar, en el pasado.</p> <p>Esta se utilizaba para “limpiar y fortalecer la dentadura” y como remplazo del cepillo de dientes cuando este no existía o era escasamente asequible en la isla. Otro tipo de prácticas, como el uso de plantas medicinales, es solo referido por el grupo de personas del equipo de salud intercultural no siendo un tema transversal ni relevado.</p> <p>En relación a los programas odontológicos, el equipo de salud intercultural manifiesta que nunca ha trabajado con el equipo odontológico y que no ven interés en los dentistas en proyectar un trabajo colaborativo, a su vez, el equipo odontológico plantea que han estado “al debe” en generar una relación directa con el equipo de salud intercultural.</p> <p>Aunque ambos grupos reconocen que no han generado un trabajo en conjunto y manifiestan cada uno las dificultades propias y externas para realizarlo, existe en ambos la convicción de que realizarlo podría ser constructivo y beneficioso, en especial en el área de promoción y prevención de la salud bucal.</p> <p>Las personas del equipo intercultural entrevistadas manifiestan su interés en aportar como “facilitadoras” interculturales</p>

	<p>propiciando el entendimiento en la misma lengua de las indicaciones y tratamientos.</p>
<p>Operativos de Salud Bucal</p>	<p>Existe una valoración positiva de los operativos, en cuanto son capaces de resolver problemas de salud complejos que el HHR no puede solucionar por sí solo, permitiendo su resolución en la isla y de esta forma evitar el traslado de los pacientes al continente.</p> <p>En el grupo de estudio de los funcionarios de salud, se menciona que ha ido cambiando la relación con los operativos, toda vez que el hospital cada vez tiene más capacidad de resolver una mayor cantidad de patologías que anteriormente solo eran posibles a través de estos. Los funcionarios valoran los operativos, pero existe la preocupación por las posibles expectativas y demandas de atención que pueden generar, para lo cual la correcta coordinación es fundamental, la cual se percibe que ha mejorado con el tiempo y actualmente es satisfactoria.</p> <p>Se hace hincapié en la importancia de la regulación de los operativos, pues si bien pueden ser muy beneficiosos para la comunidad y para el hospital, también puede generar perjuicios, como fue por ejemplo el caso de la colocación de implantes.</p> <p>Esta precaución también la manifiestan las líderes comunitarias, quienes relevan la importancia de que los operativos tengan continuidad, se realicen por personas calificadas y sean coordinados con la comunidad. En particular en el ámbito de promoción y prevención se critica que sea realizada por personal de salud que no tenga conocimientos en educación y que no sea coordinado con los profesores.</p> <p>Existe un rechazo amplio hacia la investigación en la población rapanui, lo que puede ser explicado por experiencias de investigación biomédica que en el pasado no siempre</p>



	respetaron los principios de la bioética y “engañaron” a la población.
--	--

## VII. DISCUSIÓN

Isla de Pascua es una de las pocas comunas en Chile que está habitada por una mayoría porcentual de personas que pertenecen a uno de los nueve pueblos reconocidos por la Ley Indígena; se suman a sus características como territorio especial su insularidad y aislamiento geográfico.

La historia reciente que subyace en la memoria colectiva del pueblo rapanui refiere a una relación de abandono y dominio por parte del Estado chileno el que se encuentra presente a través de diversas instituciones allí instaladas. La institución de salud –en este caso el Hospital Hanga Roa- tiene en tal relación un rol significativo, por lo que como ya se ha señalado, considerar la dimensión política e histórica en el surgimiento del sistema sanitario en la isla toma una peculiar importancia para la construcción de programas y políticas públicas en salud (38).

En este trabajo de investigación se ha podido constatar el fuerte cambio cultural y social de la isla en las últimas décadas, producto entre otros factores de la apertura del tránsito aéreo comercial, la migración, el intercambio económico, el crecimiento del turismo y el acceso a nuevas tecnologías, lo cual ha repercutido en los modos sociales de relacionarse, en las formas de composición de las familias y en los perfiles de salud-enfermedad.

La introducción de alimentos desde el continente, principalmente los ultra procesados, la expansión de centrales de abasto, restaurantes y locales de comida rápida y al mismo tiempo, la disminución del acceso a la alimentación tradicional, ha producido también importantes cambios en el entorno alimentario de la población rapanui, lo que se expresa en la conducta alimentarias “no saludables” y su eventual impacto negativo en la prevalencia de enfermedades no trasmisibles y de salud bucal las que presentan una estrecha relación bidireccional (14).

Sin embargo, se conservan también hoy en día elementos culturales protectores que se enmarcan en la defensa y posicionamiento político de la cultura y patrimonio rapanui. Ejemplos de estos son la familia extendida, los modelos de crianza, las

tradiciones culinarias, la trasmisión familiar de conocimientos y oficios como la pesca y la agricultura. De acuerdo al enfoque propuesto por este trabajo de tesis, la protección de los sistemas culturales de los pueblos indígenas es un tema que también debe ser integrado y relevado para salubristas y profesionales de la salud.

En este sentido, es importante hacer notar la escasa información estadística y epidemiológica en torno a la Isla de Pascua. Por un lado, como territorio geográfico excluido de la gran mayoría de los estudios nacionales (la encuesta de caracterización socioeconómica nacional y la encuesta nacional de salud son algunos ejemplos) y en particular de la etnia rapanui.

En efecto, existen limitados estudios epidemiológicos sobre la salud-enfermedad de la población y si bien es posible registrar la pertenencia étnica de las personas que se atienden en el Hospital Hanga Roa por medio de un software de creación local (producto de interés de alguna persona en particular y no necesariamente de la institución), este dato no es utilizado mayormente por los profesionales en las atenciones diarias, tampoco es posible realizar cruces o reportes sistémicos que permitan visibilizar posibles brechas en la situación de salud de las personas pertenecientes a la etnia rapanui.

En las estadísticas de salud utilizadas en la atención odontológica en la isla y en todo el país (REM 09) no existe ningún indicador o categoría que diferencie la población indígena. Este punto debe considerarse un desafío importante si entendemos que la información sociodemográfica es una herramienta clave para el reconocimiento de las particularidades de los pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos, así como en la formulación de políticas públicas adecuadas y pertinentes que apunten a reducir las inequidades en salud bucal.

En cuanto a las estadísticas de atención existentes analizadas, se observó que el número total de ingresos y altas entre el 2012 y 2015 no varió considerablemente con la implementación de los nuevos programas odontológicos creados el año 2014. Sin embargo, se observó una focalización de las prestaciones, lo que se traduce en el aumento de actividades de promoción de la salud y una disminución gradual del

número de altas de la población entre 20 a 64 años versus con la mantención o aumento de la población menor de 20 años.

La información descriptiva se condice con el discurso comunitario que alude al bajo acceso a la atención de este grupo etario, pero además se hace necesario considerar el número de acciones de atención que son realizadas, pero no se registran al estar fuera de los programas nacionales. Por lo que si bien, la información construida por este estudio permite un acercamiento al fenómeno y una visibilización de la temática, es importante señalar que se necesita estudios de carácter epidemiológicos y con muestras representativas para confirmar y profundizar las tendencias observadas.

En relación con las percepciones del actual sistema de atención de salud se debe considerar que el trabajo de campo se realizó en el momento donde el nuevo Hospital Hanga Roa llevaba alrededor de 3 años de funcionamiento, las valoraciones en torno a este son diversas siendo el punto central de divergencia el conocimiento del sistema de salud pública del continente, es decir, las personas que han estado expuestas al sistema de salud público chileno continental (ya sea como usuarios o funcionarios) tienen una mejor valoración del Hospital Hanga Roa que aquellos que solo conocen el sistema de la isla, sean o no rapanui.

En las opiniones de los usuarios sobre el funcionamiento del hospital, se ponen en manifiesto las expectativas generadas en la comunidad en torno a su construcción y como la nueva infraestructura se hace cargo o no, de las necesidades de salud percibidas por la población.

En este sentido y en términos generales, existe una valoración transversal de la calidad de la nueva infraestructura y el aumento de la resolutivez del hospital, sin embargo, en algunos sectores de la comunidad existen cuestionamientos sobre si el nuevo hospital ha logrado un mayor acceso a la población. En definitiva, existen críticas a la gestión del hospital que se conservan desde el antiguo sistema e infraestructura y una discrepancia en torno a si la institución sanitaria debiese privilegiar la atención de las personas rapanui.

En cuando a la atención odontológica está instalada fuertemente en la comunidad la idea de la dificultad para conseguir una hora de atención, existiendo divergencias de opinión en cuando a la realidad actual del problema planteado; por lo que para dilucidar el punto sería necesario profundizar este aspecto a través de información cuantitativa sobre la oferta y demanda del servicio.

Con respecto al conocimiento de los programas odontológicos se aprecia una noción general de su existencia (principalmente se mencionan programas de atención para niños y embarazadas) aunque no se aprecia un conocimiento más acabado sobre las edades priorizadas, las garantías explícitas de salud ni los mecanismos de acceso. Si bien esta situación no dista de la realidad nacional en que el nivel de conocimiento y utilización de los programas está lejos aún de una cobertura universal en los grupos priorizados (87,88) debe ser un foco de atención para programas o iniciativas de comunicación en salud.

Pero a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del país, en la Isla de Pascua el único prestador de salud (salvo la consulta de ortodoncia una vez al mes) es el Hospital Hanga Roa, realidad que tropieza con un sistema que se funda -incluso constitucionalmente- sobre los pilares de un Estado subsidiario y la libre elección de sistema de salud.

Si bien la política pública se ha manifestado en el reconocimiento de la salud como un derecho al menos en ciertas prestaciones (como es el caso del AUGES/GES) y siendo además costo efectiva la priorización de la atención en edades tempranas, desde un punto de vista sanitario es difícil entender que –por ejemplo- la salud bucal sea un derecho para los niños y niñas de 6 años que se pierde por el hecho de cumplir 7 años, situación que se expresa con mayor fuerza en Isla de Pascua al no existir otros prestadores y obliga a pensar en la articulación de estrategias que se hagan cargo de la realidad local; lo mismo ocurre con temas de índole administrativo como la tendencia a la subcontratación y compra de servicios en los recintos hospitalarios, lo cual se complejiza en la isla al no contar con una oferta de prestadores externos.

Con respecto a las concepciones etiológicas de las enfermedades bucales, al igual que en el caso de otras patologías existe la concepción que estas enfermedades “vienen de afuera” y se relacionan con los cambios de las formas de vida que son atribuidas en parte al ingreso de la cultura chilena en la década de los sesenta, por lo que se pueden leer más fácilmente como enfermedades desde las concepciones de medicina occidental ya que “estos males son atribuidos a los extranjeros y no a los espíritus” (89).

En este sentido y si bien, no existen diferencias en el entendimiento de las enfermedades bucales con lo que se observa en el continente, toda vez que las personas en general, reconocen la consecuencia de la enfermedad -pérdida de dientes- y no el proceso patológico que conllevó a este problema. Rapa Nui se diferencia por una concepción más profunda sobre la determinación del ambiente en la manifestación de los problemas de salud.

En el trabajo de campo fue frecuente encontrar la noción de que los antepasados rapanui no tenían caries, idea que se refuerza en referencia a restos arqueológicos de cráneos con dientes blancos, fuertes y sin caries y también a varios *koros* y *nuas* (abuelos y abuelas) que tienen su dentadura sana (sin pérdidas de dientes). El elemento principal que explicaría el aumento de las enfermedades es la incorporación de alimentos foráneos a la isla, por lo que el modelo causal de la enfermedad que durante décadas ha utilizado la disciplina odontológica / odontología sanitaria para la explicación de la enfermedad se acepta y se integra de cierta forma a un pensamiento holístico de la producción social de la salud en la isla.

Este punto es de relevancia al momento de pensar un modelo de educación y promoción efectivo y con pertinencia cultural. La disciplina odontológica en el contexto de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que dio origen a la Carta de Ottawa en 1986 y las corrientes conceptuales en torno al tema integró el enfoque de estilos de vida saludables como responsabilidad individual en coherencia con el corte independiente y liberal en que se constituyó la profesión en la mayoría de los países incluido Chile (90).

Este enfoque y la tendencia de la biomedicina a reducirlo a factores de riesgo que pone como centro el deber individual y la obligación moral de ser saludable ha sido aplicado, en gran medida, para explicar la conducta de sectores sociales que pueden comparativamente elegir y que tienen determinada cultura de riesgo sin considerar que la elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales y culturales que la posibilitan (91) lo que se pone fuertemente en manifiesto en el territorio estudiado.

En el caso de Rapa Nui se percibe que no existe una “cultura de riesgo” en las personas pertenecientes a la etnia. En este sentido, la muerte es considerada más bien como un paso, por lo cual el factor de riesgo como tal no existe en gran parte de la población, lo que se complementa con la idea de que la enfermedad vino de afuera y que los médicos (y dentistas) fueron los que comenzaron a registrar quienes eran y no los enfermos.

No obstante, existen otros recursos culturales que podrían ser interesantes al pensar un modelo de comunicación, promoción y prevención de la salud bucal, como por ejemplo la importancia que se le da al cuerpo y la estética en la polinesia, en que la presencia de dientes blancos y sanos sería un tópico deseable dentro de la construcción cultural rapanui.

A continuación, se presenta una propuesta de recomendaciones en torno a una estrategia de educación y promoción en salud bucal con pertinencia cultural y que considere los elementos relevados por la comunidad presentados en este trabajo de investigación.

## VIII. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Como se revisó en el marco teórico, varios han sido los enfoques y énfasis de la promoción en salud desarrollados teóricamente a lo largo de los últimos 40 años, presentándose con fuerza los DSS, pero manteniéndose aún como hegemónico el discurso de los estilos de vida saludables.

Según una autoridad política rapanui “*el mismo Estado garante, a través de sus agentes, inculcaron que se debe ir a un sistema*”, refiriéndose justamente al proceso de medicalización que fue sometida forzosamente la comunidad y que provocó en parte el debilitamiento del sistema familiar y social de protección de la salud a través de los años; su recuperación se traduce en un elemento central cuando hablamos de una educación y promoción de la salud situada y pertinente.

En el siguiente apartado, se presentan los principales elementos que fueron recogidos desde la comunidad para este trabajo de tesis sobre el contenido y estrategia para un programa de promoción y prevención de la salud bucal -entendiendo este último concepto de forma amplia y no fragmentaria- los cuales se integran a las recomendaciones propuestas por esta tesis en base a desarrollos teóricos y experiencias exitosas en contextos similares.

Se propone una clasificación de acuerdo a herramientas metodológicas principales de la estrategia de promoción de la salud, comenzando por los aspectos claves para un programa de **Comunicación y Educación en Salud**, siguiendo por estrategias de **Participación Comunitaria**, continuando con algunas recomendaciones para lograr **Entornos Saludables** finalizando con la discusión de algunos elementos relevantes para la construcción de **Políticas Públicas Saludables** en la Isla de Pascua.



## **8.1. Comunicación y Educación**

En relación a que conjunto de la población isleña debe dirigirse las estrategias de promoción de salud, todos los grupos entrevistados apuntaron a que la prioridad deben ser las niñas y niños de la isla y a su vez a través de ellos poner llegar a las familias, entendiéndola de forma “extendida”, como se explicó anteriormente.

Se hace énfasis en la importancia de que las estrategias de educación sean realizadas en colaboración con personas con formación pedagógica y no sólo por profesionales de la salud. Además, se releva la importancia de que las estrategias sean continuas en el tiempo. Asimismo, se hace hincapié en que siempre debe existir por lo menos una persona rapanui en los equipos que pueda dar cuenta de aspectos culturales y ser un vínculo con la comunidad.

La mayoría de las opiniones apuntan a que el Hospital Hanga Roa debiese ser la institución que lidere esta estrategia, pero también se realza el rol de la Municipalidad, en este punto se alude a que debiese existir una Dirección de Salud Municipal que pudiera coordinar y vincular las estrategias de promoción de la salud; además se menciona que debieran participar las demás instituciones en la isla como la Gobernación y la Seremi de Salud, también se debiera invitar a la discusión el sector privado como lo es la Cámara de Comercio y de la Construcción y las organizaciones sociales.

Por otro lado, se recomienda la utilización de los establecimientos educativos (colegios y jardines infantiles) para el trabajo en la estrategia de promoción, integrando estas áreas al plan educativo del establecimiento y al currículum escolar, asimismo se cree que los lugares de trabajo, principalmente el municipal donde se concentra una gran proporción de trabajadores pudiesen ser entornos promotores de la salud.

En relación con el contenido, se señala por una parte la trasmisión de conocimientos para la formación de habilidades que permitan la mantención de la salud bucal, por otro lado se recomienda que se entregue información sobre la labor de los profesionales odontólogos, puesto que se cree que en gran parte de la población los asocia solamente a la extracción de piezas dentarias y no se conoce lo que

realizan; asimismo, se propone entregar información sobre los programas de atención y sus formas de utilización existentes en el sistema.

Respecto a los medios se cree que la televisión y radio local pudiesen ser canales propicios para entregar mensajes de promoción, para la televisión se sugiere animaciones con personajes con rasgos rapanui que se refieran a los contenidos señalados. Al mismo tiempo, se propone que el material educativo esté en idioma rapanui y que las imágenes ya sean folletos o audiovisuales contengan elementos culturales característicos.

A continuación, se presenta la siguiente síntesis a modo de integrar los conceptos entregamos por la comunidad dentro de los principales elementos que contiene la planificación de un programa de comunicación.

#### 8.1.1. Estrategias de Comunicación

De acuerdo con la revisión del marco teórico y los elementos propuestos por los actores sociales entrevistados, se propone que la estrategia que mejor se adapta es la “Comunicación para el Cambio Social”. Se exponen en la tabla 12 elementos relevantes en el contexto estudiado en base a la clasificación de Gumucio-Dagron (57).

**Tabla 14: Elementos para la comunicación para el cambio social en Isla de Pascua**

Participación Comunitaria y Apropiación	Para la construcción de un programa comunicativo en salud se debe trabajar mancomunadamente con las organizaciones sociales presentes. Si bien, en Rapa Nui existe un número menor de organizaciones que se definen en este ámbito en específico, se debe entender la salud como proceso holístico por lo que es necesario convocar a las organizaciones sociales entendidas de con una mirada amplia e integradora.
Lengua y Pertinencia Cultural	El proceso comunicativo no puede ignorar las particularidades de cada cultura y lengua, así como los procesos históricos con relación a la salud lo que toma aún

	<p>mayor importancia en una comunidad donde la mayoría de su población pertenece a una. En tal sentido es importante realizar cualquier trabajo de traducción de mensajes a la lengua rapanui, con un hablante validado en sus conocimientos de la lengua, que pueda traducir de modo no literal sino incluyendo los conceptos profundos implicados en la comunicación.</p>
<p>Generación de Contenidos Locales</p>	<p>Se propone que la construcción de contenidos para un programa de comunicación se realice de forma local con el objeto de fortalecer el saber comunitario y promover el intercambio de conocimientos. El conocimiento local debe traducirse a lengua, no solo ser una simple traducción literal de los conocimientos continentales biomédicos.</p>
<p>Uso de Tecnología Apropiaada</p>	<p>El uso de tecnologías debe dimensionarse de acuerdo a las necesidades de cada proceso social. En el caso de Rapa Nui el acceso a nuevas tecnologías y la conexión a internet es limitada, por lo que se debe potenciar los medios y canales de comunicación que sean más accesibles para las personas.</p>
<p>Convergencia y Redes</p>	<p>Se debe establecer un diálogo más amplio con otras experiencias similares a escala local, regional o global. En este sentido resulta interesante revisar otras experiencias de promoción exitosas desarrolladas con población indígena como también en lugares geográficos aislados. Particular relevancia tiene para la comunidad, el contacto y referencia con la polinesia.</p>

### 8.1.2. Objetivo del Plan de Comunicación

Es importante recalcar que la definición de un problema de comunicación es diferente a la definición de un problema de salud. Este último generalmente se establece como una meta para alcanzar un “impacto sanitario” en una población específica y un tiempo definido. Las metas nacionales en salud bucal se pueden ver en la matriz de cuidados para la vida (Anexo 1) donde se puede observar que estas están definidas desde la atención y la prevención individual; por lo que si se quiere utilizar la metodología propuesta no serían apropiadas para establecer los objetivos de un plan de comunicación, lo que no quiere decir que no sean integradas a este desde una mirada construida con los sujetos sociales, lo que debería ser un propósito deseable.

El objetivo educativo-comunicacional va a ser uno de los componente para lograr la meta en salud y suele desglosarse en objetivos de conocimientos, actitudes y prácticas (92). En el siguiente cuadro se mencionan algunos lineamientos en cada componente de acuerdo a lo referido por los sujetos entrevistados.

**Tabla 15: Lineamientos para un plan de comunicación en Isla de Pascua**

<p>Conocimientos</p>	<p>Los hallazgos muestran la existencia de una asociación entre la alimentación moderna y el aumento de enfermedades bucales, este concepto podría ser utilizado para profundizar sobre la etiología de las enfermedades y cómo prevenirlas.</p> <p>En general se conocen solo aspectos generales de los programas odontológicos y podría ser foco de un programa de comunicación la población beneficiaria y las formas de acceso. También se hace necesario la entrega de información efectiva sobre el funcionamiento del sistema de salud en general.</p> <p>Por último, se hace necesario entregar información sobre qué hace el dentista ya que se cree que gran parte de la población lo relaciona solamente a “sacar dientes”.</p>
<p>Actitudes o Creencias</p>	<p>Algunos puntos relevantes a considerar en este aspecto son que no está presente en la isla una “cultura de riesgo” y se lee la enfermedad “venida de afuera” ambos deben ser abordados en un plan de comunicación.</p>
<p>Prácticas</p>	<p>En el trabajo de campo no se observó prácticas ancestrales de cuidado bucal que sean utilizadas hoy en día. Por otro lado, el acceso a herramientas de higiene como el cepillo y la pasta dental son bastante recientes por lo tanto su utilización puede ser limitada principalmente para las personas que viven más alejadas del pueblo.</p>

### 8.1.3. Público

El público objetivo de un programa se puede clasificar por nivel de intervención (masivo, comunitario e individual) y según su importancia para el logro de los objetivos (primario, secundario y refractario o problema) (92).

Para el caso de Rapa Nui debiera considerarse intervenciones a nivel comunitario e individual y la audiencia primaria debiera estar sujeta al objetivo comunicacional. De todas formas, en las entrevistas se observó un consenso importante en que este debieran ser las niñas y niños de la isla y a través de ellos llegar a las familias.

El público secundario es aquel que puede influir en la audiencia primaria, por lo que en el caso que este fuera los menores de edad sería importante considerar a los educadores, las organizaciones sociales y a las familias de forma extendida en esta audiencia.

Siguiendo el mismo ejemplo, el público refractario se compone por personas y grupos que se oponen u obstaculizan al plan de comunicación como por ejemplo los comerciantes de alimentos, ya sea restaurantes de comida rápida como también comercios locales.

### 8.1.4. Mensajes, Materiales y Medios

Con respecto a la elaboración de mensajes comunicacionales, al igual que los materiales estos deben construirse acordes al público objetivo y se sugiere los siguientes criterios generales (92):

- La **comunidad** debe **participar en el diseño y la elaboración de materiales** (de acuerdo con sus habilidades y recursos).
- Los materiales deben **respetar las tradiciones culturales** correctas.
- Deben ser relevantes, es decir, estar **relacionados con situaciones de la vida diaria** y con las necesidades y problemas de la comunidad.
- Los materiales deben ser coherentes con la **disponibilidad de servicios**. En este caso de atención odontológica.
- Los materiales deben reforzarse mutuamente y complementar las actividades del proceso de comunicación.

- Los **materiales deben ser sometidos a prueba (pre-test)** antes de su difusión. Esto puede realizarse por medio de grupos focales, cuestionarios o revisión por facilitadores

Algunas técnicas educativas útiles para la estrategia de comunicación en salud se presentan en el **Anexo 5** cada cual con sus ventajas, desventajas y sugerencias para su uso. Las técnicas presentadas pueden ser complementadas con otros materiales educativos como afiches, láminas, pancartas, diarios murales y folletos.

En las entrevistas realizadas, se recomendó como un buen instrumento de comunicación la utilización de la televisión y radio local. Con relación a estos medios se sugirió la construcción de animaciones con rasgos rapanui para promover hábitos saludables, la participación de líderes comunitarios (por ejemplo, deportistas destacados) con mensajes de promoción, spots radiales y la utilización de los espacios radiales del hospital y la municipalidad.

Una interesante experiencia encontrada en este trabajo de investigación es el Plan de Etno-educación en Salud Oral implementado en la Comuna de Vaupés, Colombia en el año 1996 la cual se describe en el **Anexo 6**. La literatura y experiencias sobre educación y promoción de la salud específicas para comunidades indígenas son escasas (93), por lo que esta experiencia exitosa puede ser provechosa como referente en el tema abordado.

Por último, siempre debe considerarse un proceso de evaluación de la estrategia implementada, lo cual debe considerar la evaluación de los materiales producidos, el proceso en sí, los resultados logrados y el impacto en relación al objetivo de salud del cual se articula el programa (94).

## **8.2. Participación Comunitaria**

El discurso sobre la relevancia de la participación comunitaria en salud nace intrínsecamente con el de la promoción de la salud, sin embargo, lo que se entiende por tal tiene diferentes aproximaciones las que son posibles reducir en dos ideas generales coexistentes: La que enfatiza la participación para lograr la prevención de enfermedades a través de la gestión de estilos de vida y la que hace hincapié en la

justicia social a través del fortalecimiento de la comunidad y la participación (95,96) siendo esta última la que se enmarca este trabajo de tesis.

Por otra parte se debe considerar que la participación es uno de los componentes en un enfoque de derechos para los pueblos indígenas el cual se pone en manifiesto en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (49) y específicamente en materia de salud en taller realizado en la CEPAL el 2007 (50) se establece como el “Derecho de participación política, en el diseño, gestión y control social de las políticas y programas de salud”.

En relación con la literatura revisada y en particular a través del trabajo de campo, se observó una fuerte organización social presente en la isla lo que se puede ilustrar en parte, por la movilización transversal por el control migratorio que conllevó al bloqueo de los sitios arqueológicos por el Parlamento Rapa Nui y complementariamente un fuerte proceso de discusión en la Comisión de Desarrollo de Isla de Pascua (CODEIPA), la que agrupa representantes de la comunidad y del gobierno en torno al tema. Otras actividades observadas de interés, fueron la iniciativa comunitaria referente a generar un censo local y la dinámica actividad de la mesa pueblo (salud intercultural).

En el **anexo 4** se sintetizan los aspectos más relevantes que se discutieron en dos instancias comunitarias de discusión los años 2010 y 2013. Como se vio en los resultados el tema “salud bucal” como tal, aparece escasamente en los resultados de estos encuentros, sin embargo, son relevados con problemas factores relacionados por el aumento de problemas bucales (como tabaco, alcohol y traumatismos, entre otros) por lo que profundizar la relación de los problemas relevados por la comunidad con las enfermedades bucales en una estrategia de promoción de la salud es un punto relevante.

En las entrevistas realizadas a los líderes comunitarios, en general se reconoce como un problema y una preocupación sólo en un contexto dirigido de consulta, en este sentido es importante tener en cuenta algunos de los hallazgos de este trabajo buscando las formas de integrar el tema en el concepto holístico de la salud presente en la comunidad.



En este sentido, es importante preguntarse cómo se puede evitar una posible tensión entre el “poder desde arriba” al establecer un programa de promoción de salud bucal versus el objetivo de empoderamiento de la comunidad. De acuerdo a Glenn Laverack y Ronald Labonte (Deakin University, Australia) (96) es posible incluir los objetivos de potenciación de la comunidad dentro de un contexto de programa promocional para lo cual proponen un marco operacional el cual se resume en el **Anexo 7** y que plantea la inclusión de los objetivos de empoderamiento comunitario en cada etapa de un programa de promoción (diseño, objetivos, estrategias, ejecución y evaluación) el cual puede ser un modelo útil para superar esta aparente dicotomía.

### **8.3. Entornos Saludables**

A continuación, se describen recomendaciones y propuestas en relación a los tópicos en relación con los entornos saludables o promotores de la salud: islas saludables y escuelas promotoras de la salud.

#### 8.3.1. Islas Saludables

Si bien, Rapa Nui ni el Estado Chileno ha sido parte de esta iniciativa, gran parte del diagnóstico de desafíos en salud declarados son coincidentes a los encontrados en Rapa Nui a lo que refiere al incremento de la población y el paulatino envejecimiento de esta, el acelerado aumento de niveles de las enfermedades crónicas no transmisibles que comparten factores de riesgo comunes con las enfermedades orales, las enfermedades infecciosas a través de vectores y el acceso a alimentación fresca son algunos ejemplos (54) de los cuales también podría ser interesante observar las recomendaciones y experiencias exitosas aplicables en la Isla de Pascua, en especial las desarrolladas en el contexto de la Polinesia dada su similitud sociocultural.

#### 8.3.2. Escuelas Promotoras de la Salud

En el trabajo de campo se observó un mayor grado de desarrollo e implementación en aspectos promocionales y preventivos en salud bucal en el Jardín Infantil JUNJI acordes a la estrategia de la política pública nacional, este cuenta también con una buena coordinación con los odontólogos del Hospital Hanga Roa.

En la educación básica el modelo de intervención nacional (29) se limita a contenidos curriculares lo cual es necesario pero insuficiente para una estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud. Se observó que el Liceo Municipal Lorenzo Baeza posee un bajo desarrollo en esta línea, desde su dirección se enfatiza la importancia que la educación en salud sea construida con profesionales pedagogos y no solo por profesionales de la salud también que los contenidos sean planificados e integrados al proyecto pedagógico versus actividades aisladas y “exhibicionistas” por grupos de voluntariado.

La política pública apunta sus estrategias hacia la educación pública preescolar (JUNJI-INTEGRA), básica y secundaria (municipal) lo cual se debe entre otros aspectos estructurales en que en estos establecimientos se concentra la población más vulnerable y con más carga de enfermedad. En el caso de Rapa Nui y principalmente en la educación preescolar esta tendencia no es muy clara, por lo que sería importante buscar estrategias que agrupen a todos los establecimientos de educación en objetivos comunes a nivel de la gobernación provincial.

#### **8.4. Políticas Públicas Saludables**

Como se revisó en el marco teórico, Chile ha tenido un constante desarrollo en materia de salud pública oral lo que se expresa principalmente en el aumento de programas de atención primaria dirigidos a grupos de población específica.

En Isla de Pascua, también ha existido una importante mejoría en lo que refiere a atención en salud bucal, pasando en breve periodo de tiempo desde un odontólogo para toda la población con limitada infraestructura a la construcción del nuevo hospital el cual integra tres modernos box de atención y aumenta el recurso humano disponible.

La mayoría de las políticas públicas nacionales en la materia, en particular las que se generaron el año 2014 han podido ser aplicadas de forma satisfactoria en la isla, sin embargo, existen algunos aspectos propios de carácter sociocultural y del sistema sanitario que exigen considerar a Rapa Nui como territorio especial. La voluntad política y modo operacional para la construcción de objetivos sanitarios en

territorios especiales (como Rapa Nui u otros) y con participación social, debe ser un tema a discutir.

Adicionalmente, existe un enorme desafío en la inclusión efectiva de la salud de los pueblos indígenas como un asunto de derechos, lo que conlleva a dar un salto cualitativo del contenido a la práctica. En este sentido, y considerando la expresión de voluntades de trabajo colaborativo por parte del equipo odontológico e intercultural, se propone la constitución de un grupo de trabajo entre el Programa de Salud y Pueblos indígenas, líderes comunitarios y los odontólogos del Hospital Hanga Roa entre otros actores que puedan buscar estrategias participativas para la integración entre la salud bucal y la salud de los pueblos indígenas, lo cual puede servir como insumo para las estrategias que se están desarrollando a nivel país.

#### 8.4.1. Políticas Públicas en los Determinantes Sociales de la Salud Bucal

Como se definió en el marco teórico, las enfermedades bucales están socialmente determinadas e intervenir sobre ellas va más allá de la prevención individual y el sistema sanitario.

Una forma de abordarlo es definir intervenciones sobre cada uno de los mecanismos básicos de la producción social de la enfermedad que producen inequidades en salud, es decir: *Contexto Social y Posición Socioeconómica, Exposición Diferencial, Vulnerabilidad Diferencial, Resultados y consecuencias diferenciales*.

En el **Anexo 8** se muestra un resumen de recomendaciones y propuestas de intervenciones que han sido o pueden ser utilizadas para disminuir las desigualdades en salud bucal en diferentes contextos (11). La revisión de algunas de estas medidas puede ser interesante para el caso de Rapa Nui.

Siguiendo con este punto y en el marco de la equidad en salud, la incorporación del flúor en el agua u en su defecto otro mecanismo de aplicación de flúor a nivel poblacional debe ser una política pública de primera prioridad; este trabajo de tesis podría ser un aporte en las consideraciones comunitarias y comunicacionales necesarias para que un programa de este tipo sea exitoso.

Sumado a este punto se hace énfasis en la importancia del trabajo interdisciplinario y en la incorporación de la temática de la salud bucal en otros programas que apunten a agentes de riesgo comunes (tabaco, dieta, abuso de alcohol, VIH, cáncer y saneamiento son algunos ejemplos).

Por último, es importante señalar que no todas las intervenciones públicas en salud pueden resultar en la disminución de las desigualdades en salud. En general, las personas de posición social más privilegiada tienden a beneficiarse más de las intervenciones que los de los grupos desfavorecidos (11), la consideración de este punto es fundamental en el contexto de intervenciones, programas y operativos desarrollados en la Isla de Pascua por organizaciones públicas y privadas aún más si consideramos que dentro de las entrevistas se percibe que las personas continentales aprovechan más los recursos en salud en comparación con las personas de la etnia rapanui.

## IX. CONCLUSIONES

La salud bucal es una dimensión amplia y compleja. Si bien, la disciplina odontológica ha logrado un impresionante desarrollo en su comprensión, esta se ha centrado en el tratamiento de la enfermedad a nivel biológico e individual lo que es insuficiente a la luz de la importancia que juegan los factores socioculturales, ambientales e históricos en la determinación de la salud-enfermedad en una población en particular, siendo necesario entonces integrar diferentes abordajes metodológicos y disciplinas que contribuyan en su comprensión y cómo actuar sobre esta.

A través de un abordaje cualitativo, utilizando técnicas de observación, análisis documental y entrevistas, en primer lugar, se realizó una caracterización del funcionamiento de los programas y actividades relacionadas con salud bucal desarrollados en Isla de Pascua.

En este punto se pudo constatar que la mayoría de los programas odontológicos nacionales son desarrollados en la isla bajo los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud, sin embargo, al no existir otros prestadores (con excepción de la atención privada una vez al mes) y teniendo en cuenta también particularidades administrativas y socioculturales se pone en evidencia la importancia de la generación de estrategias locales que permitan hacerse cargo de ellas.

En cuanto a los indicadores de salud, si bien, se realizó un trabajo exhaustivo de revisión y análisis de datos estadísticos disponibles permitiendo su visibilización a través de la caracterización y sistematización de las actividades institucionales y comunitarias de salud bucal, no fue posible concluir tendencias en la incidencia y/o prevalencia de enfermedades bucales, ni tampoco en las actividades preventivas y curativas realizadas. Este punto, se adiciona a la exclusión de la Isla de Pascua de la mayoría de los estudios nacionales de salud, lo que se manifiesta en una doble invisibilización: de Rapa Nui como territorio y de los rapanui dentro de este.

En segundo lugar, se buscó conocer las percepciones y conocimientos respecto a la salud bucal de los actores sociales claves en el tema. De modo general se puede observar la existencia de consensos importantes dentro de la variabilidad de actores entrevistados, lo que puede ser un punto destacable para la elaboración de políticas y programas de salud.

El conocimiento del sistema sanitario y las expectativas en torno a este se presentan como elementos fundamentales en la comprensión de las percepciones de los sujetos. Su profundización puede ayudar a comprender el por qué las mejoras de la atención (nueva infraestructura y equipamiento, aumento de profesionales) no se traducen necesariamente en la percepción de mejoría del sistema de salud, así como el abordaje de esta situación a través de comunicación apropiada a la comunidad.

Considerando los dos puntos descritos, se elaboraron lineamientos y recomendaciones para la construcción de un programa de promoción de la salud bucal bajo el imperativo de la participación social para su construcción, pero además integrando literatura y experiencias en contextos similares, a modo de darle una utilidad práctica ya sea para agentes comunitarios, profesionales de la salud y autoridades políticas locales y gubernamentales, así como específicamente en el marco del convenio de colaboración establecido entre la Universidad de Chile y el Hospital Hanga Roa.

En relación a la salud intercultural, temática que atraviesa este trabajo de tesis, se observó las dificultades que ha enfrentado las *taotes* en el reconocimiento de la práctica de la medicina “ancestral”. Si bien, la implementación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del MINSAL y la construcción de un box especial de atención en el nuevo hospital son pasos importantes, aún queda un largo camino que avanzar hacia la inclusión de la salud intercultural dentro de un enfoque de derechos en el marco del Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos en los Pueblos Indígenas.

A nivel internacional y nacional, la investigación producida sobre salud bucal en los pueblos indígenas es limitada, mucho más aún, la que trata sobre educación y

promoción de la salud, por lo que este trabajo exploratorio a partir de la experiencia de Rapa Nui pretende ser de utilidad para futuras investigaciones que puedan desarrollarse en esta línea y que puedan contribuir a la inclusión de la salud intercultural en la salud bucal y viceversa, en las políticas públicas.

Los desafíos en materia de salud bucal son enormes, la alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales obliga a repensar las formas de la odontología tradicional. En este sentido han sido fundamentales los paradigmas “de oposición” como el paradigma de la salud colectiva y consecutivamente el papel de la OMS, pero pareciera que en el ámbito de la formación profesional y las formas de organización de los servicios de salud este tránsito ha sido mucho más lento y confrontacional.

En este sentido, el trabajo transdisciplinar es clave, por una parte, no puede entenderse la salud bucal escindida de la salud general, aún más, si los condicionantes que intervienen en la producción de enfermedades bucales son en gran parte los mismos que en muchas de las enfermedades no transmisibles. Y por otra, se necesitan diferentes miradas y enfoques para su comprensión donde quizás uno de los aspectos más trascendentales es la integración de los saberes colectivos, considerando los componentes históricos y socioculturales de cada comunidad en el proceso salud-enfermedad-atención.

## X. BIBLIOGRAFÍA

1. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saude Publica [Internet]. 2006 Aug [citado 2014 Nov 29];40(spe):141–7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
2. Figueiredo G de O, Brito DT de S, Botazzo C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Cien Saude Colet [Internet]. 2003 [citado 2014 Dec 8];8(3):753–63. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
3. Laserna ME. Mas allá de la disciplina odontológica... la Salud Bucal Colectiva. Rev la Caja Odontólogos la Prov Buenos Aires. 2007;1:6–8.
4. Botazzo C, Martinovich V. El nacimiento de la Odontología: una arqueología del arte dental. Lugar editorial; 2010 [citado 2014 Oct 6]. 218 p.
5. Weisner M, Fajreldin V. "Mi Remedio Pascuense": Cultura Médico-Política en Rapanui. Revista de la Universidad Nacional de Rosario Vol VIII. 2003. p. 43–58.
6. Sgan-Cohen HD, Evans RW, Whelton H, Villena RS, Macdougall M, Williams DM, et al. IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda ® (IADR-GOHIRA ): A Call to Action. J Dent Res [Internet]. 2013 [citado 2016 Oct 15];92(3):209–11.
7. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ [Internet]. [citado 2014 Jun 4];83(9):661–9. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862005000900011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000900011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
8. Wang NJ, Källetstål C, Petersen PE, Arnadottir IB. Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 1998 Aug [citado 2014 Jun 4];26(4):263–71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9758427>
9. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. Oral Health Prev Dent [Internet]. 2004 Jan [citado 2014 Jun 4];2(3):155–94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15641621>
10. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2005 Aug [citado 2014 Jun 4];33(4):274–9. Disponible en:



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16008634>

11. Kwan S, Petersen PE, Blas E, Kurup AS. Oral health: equity and social determinants. In: World Health Organization, editor. Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. World Health Organization; 2010 [citado 2015 Jul 12]. p. 159–76. Disponible en: <http://www.cabdirect.org/abstracts/20103178093.html;jsessionid=53BD35331832460B4C09C49CEAF42FB3>
12. Delgado B. I, Cornejo Ovalle MA, Jadue H. L, Huberman J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile [Internet]. 2013 [citado 2015 Jul 12]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123493>
13. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las Desigualdades de una Generación [Internet]. 2008 [citado 2015 Jul 21]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/who\\_ier\\_csdh\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/who_ier_csdh_08.1_spa.pdf)
14. Federación Dental Internacional. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales - Una llamada a la acción global. Atlas de Salud. 2ª ed. Ginebra; 2015.
15. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral. 2016;9(2):203–7.
16. Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2000 Dec [citado 2016 Oct 23];28(6):399–406. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x>
17. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2012 Aug [citado 2016 Oct 23];40(4):289–96. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0528.2012.00680.x>
18. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría. La salud en Chile : sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. 2014.
19. Colin Montandon J. Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud. Santiago de Chile; 1978.
20. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional Salud Bucodental, Normas Odontológicas. 1993.
21. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata [Internet]. Alma Ata; Dec 2, 1978. Disponible en: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
22. Ministerio de Salud de Chile. Evaluación Plan Nacional de Salud Buco Dental 1990-1990. 2000.

23. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia nacional de salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Chemistry & .... 2011. 1-426 p.
24. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2015. 2015.
25. Nueva Mayoría. Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018 [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 25]. Disponible en: <http://www.minsegpres.gob.cl/wp-content/uploads/2014/04/ProgramaMB.pdf>
26. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resolución Exenta 1156: Aprueba Programa Sembrando Sonrisas. 2014.
27. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resolución Exenta 1159: Aprueba Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica. 2014.
28. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Situación Actual de Sistema Público de Salud en Materia Odontológica. 2013.
29. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Ámbitos de competencia del Ministerio de Salud para el Fortalecimiento de la Educación Pública. Santiago de Chile; 2015.
30. Couto M. Antropología Médica: Una Necesidad Hacia una Mayor Humanización en la Odontología. Rev Ciencias la Educ [Internet]. 2007 [citado 2014 Apr 26];1(30). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n30/30-5.pdf>
31. Salazar MB. De lo Oral a lo Bucal en la Odontología [Internet]. Vol. 2, Revista Colombiana de Investigación en Odontología. 2011 [citado 2014 Oct 4]. p. 123–33. Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/58/140>
32. Menéndez EL. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. In: La antropología médica en México [Internet]. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana; 1992 [citado 2014 Oct 6]. p. 97–114. Disponible en: [http://www.osalde.org/website/sites/default/files/Menéndez,\\_E.\\_Modelos\\_médicos.pdf](http://www.osalde.org/website/sites/default/files/Menéndez,_E._Modelos_médicos.pdf)
33. Fajreldin V. Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural: elementos para la interdisciplina. Cienc Trab [Internet]. 2006 [citado 2014 Oct 6];8(20):95–102. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=444113&indexSearch=ID>
34. Menéndez EL. Antropología Médica: Orientaciones, Desigualdades y Transacciones [Internet]. SEP; 1990 [citado 2014 Jul 28]. 254 p. Disponible en: [http://books.google.cl/books/about/Antropología\\_Médica.html?id=KoYNAAA](http://books.google.cl/books/about/Antropología_Médica.html?id=KoYNAAA)

AYAAJ&pgis=1

35. Montecino S. Identidades en tensión : devenir de una etno y gastropolítica. 2012;1:143–66.
36. Foerster R, Montecino S. Rapa Nui : la lepra y sus derivados ( estado de excepción , cárcel ...). 2011;
37. Fajreldin V. Antecedentes para el Estudio de la Medicina en Isla de Pascua desde la Antropología Crítica. In: Fuentes M, editor. Rapa Nui y la compañía explotadora : 1895-1953. 1ra ed. Rapa Nui: Rapa Nui Press; 2013.
38. Fajreldin V. “Se Llevaron todo el Mana” Mito, Memoria Y Medicina como Reivindicación Política en la Isla de Pascua Contemporanea [Internet]. Revista CLAVA n°6. 2007 [citado 2014 Jun 4]. p. 35–46. Disponible en: [http://www.revistaclava.cl/6/articulos\\_nro6/doc3.pdf](http://www.revistaclava.cl/6/articulos_nro6/doc3.pdf)
39. Camus D. Estudio Bio-Social en la Isla de Pascua. Rev Geográfica Chile. 1949;2:25–36.
40. Camus D. Informe Sanitario de la Isla de Pascua. 1951.
41. Taylor AG. Dental conditions among the inhabitants of Easter Island. J Can Dent Assoc (Tor) [Internet]. 1966 May [citado 2014 Oct 6];32(5):286–90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4379820>
42. Gómez González V, Cabello Ibacache R, Rodríguez Martínez G, Urzúa Araya I, Silva Steffens N, Phillips Letelier M, et al. Prevalencia de caries en escolares de 6 a 15 años, Isla de Pascua. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral [Internet]. 2012 Aug [citado 2014 Jun 2];5(2):69–73. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
43. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodriguez G, Urbina T. Diagnóstico nacional de salud bucal del adolescente de 12 años y evaluación del cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000-2010 [Internet]. Ediciones Universidad Mayor. 2007 [citado 2014 Jun 4]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf>
44. Azócar J. Diagnóstico de Salud Isla de Pascua. 2011.
45. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. Lancet [Internet]. 2009 Jul 4 [citado 2014 Dec 8];374(9683):65–75. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736%252809%252960914-4/fulltext>
46. Oyarce AM. Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina : una relectura desde el enfoque de derechos. 2009;
47. Salud y derechos de los pueblos indígenas en Chile : Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT [Internet]. [citado 2015 Jan 22]. Disponible en:

<http://catalogo.bcn.cl/ipac20/ipac.jsp?session=14219W321Q11E.1907713&profile=bcn&uri=search=TL~!Salud y derechos de los pueblos ind%25C3%25ADgenas en Chile: Convenio 169 sobre Pueblos Ind%25C3%25ADgenas y Tribales de la OIT /&term=Salud y derechos de los pueblos ind%25C3%25ADgenas en Chile: Convenio 169 sobre Pueblos Ind%25C3%25ADgenas y Tribales de la OIT /&aspect=subtab146&menu=search&source=~!horizon>

48. Convenio C169 - Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169) [Internet]. [citado 2015 Jan 22]. Disponible en: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312314](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314)
49. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. 2007.
50. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe Seminario-Taller [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2008 [citado 2016 Sep 24]. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6936/1/S0800620\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6936/1/S0800620_es.pdf)
51. Quiles Y, Quites MJ. Promoción de la Salud: Experiencias Prácticas [Internet]. Disponible en: [https://books.google.cl/books?id=DuczCwAAQBAJ&pg=PT27&lpg=PT27&dq=%22islas+saludables%22&source=bl&ots=IrxAtfYtta&sig=EFgyaAIAaKTCzphnz4px0WE1NI8&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=%22islas saludables%22&f=false](https://books.google.cl/books?id=DuczCwAAQBAJ&pg=PT27&lpg=PT27&dq=%22islas+saludables%22&source=bl&ots=IrxAtfYtta&sig=EFgyaAIAaKTCzphnz4px0WE1NI8&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=%22islas saludables%22&f=false)
52. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra; 1998.
53. Conference of the Ministers of Health of the Pacific Islandd. Yanuca Island Declaration. Yanuca Island, Fiji; 1995.
54. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. 2015 Yanuca Island Declaration on health in Pacific island countries and territories. 2015.
55. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. 2010.
56. Figueroa ME, Lawrence D, Manju K, Gary R, Foreword L, Gray-Felder D. Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes Communication for Social Change Working Paper Series. New York; 2002.
57. Gumucio-Dagron A. Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. Signo y Pensam 58. 2011;XXX:26–39.
58. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación:

- la búsqueda de significados [Internet]. Editorial Paidós; 1987 [citado 2014 Jul 27]. 344 p. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=EQanW4hLHQgC&pgis=1>
59. Martínez MSV, Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional [Internet]. Síntesis; 1997 [citado 2014 Jul 27]. 430 p. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=MiNsPAAACAAJ&pgis=1>
  60. Vazquez M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud: cursos GRAAL 5 [Internet]. Univ. Autònoma de Barcelona; 2006 [citado 2014 Jul 27]. 131 p. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=o2n57QYwMDIC&pgis=1>
  61. Amezcua M, Gálvez A. Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perpectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta. Rev Esp Salud Publica. 2002;(76):5.
  62. Fajreldin V. Problemas Bioéticos de la Investigación Biomédica con Pueblos Indígenas de Chile. Acta Bioeth. 2010;16(2):191–7.
  63. Del Solar M. Encuesta de empleo de la provincia de Isla de Pascua. Isla de Pascua; 2010.
  64. Diagnóstico Comunal de Infancia y Juventud. Isla de Pascua; 2012.
  65. Montecino S. Fuegos, hornos y donaciones: alimentación y cultura en Rapa Nui, un ensayo antropológico [Internet]. Catalonia; 2009 [citado 2016 May 21]. 233 p. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=cOX8ZwEACAAJ&pgis=1>
  66. Roa C. La Alimentación en Tiempos de la Compañía Explotadora en Isla de Pascua (1893-1953). In: La Compañía Explotadora de Isla de Pascua: patrimonio, memoria e identidad en Rapa Nui. 2011.
  67. Alvear A. Isla de Pascua, ¿Voracidad o Resistencia Alimentaria? Reconstrucción del Sistema Alimentario Rapanui desde su anexión al territorio Chileno. Memoria para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile; 2013.
  68. MacMillan K N. Evaluación del estado nutricional, hábitos de alimentación y actividad física en escolares de 1º básico de isla de pascua. Rev Chil Nutr [Internet]. 2005 Dec [citado 2016 Mar 3];32(3):232–7. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  69. Tercera L. Advierten aumento de obesidad en Rapa Nui por uso de tecnologías [Internet]. 2015 [citado 2016 Mar 3]. Disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/06/680-635227-9-advierten-aumento-de-obesidad-en-rapa-nui-por-uso-de-tecnologias.shtml>
  70. Vallejos C, Lorca P, Orellana J. Análisis de la Evidencia Pública sobre

Efectividad y Riesgos de la Fluoración del Agua Potable para la Prevención de Caries Dentales. 2002.

71. Ministerio de Salud. Evaluación Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010. 2005.
72. Ferreira RGLA, Marques RA de A, Menezes LMB de, Narvai PC. Múltiplos aspectos do uso do flúor em saúde pública na visão de lideranças da área de saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 Jul [citado 2014 Dec 9];18(7):2139–46. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
73. Campbell D, Holbrook L, Watson P. Fluoridation—what the public know and what they want. Aust N Z J Public Health [Internet]. 2001 Aug [citado 2016 Jun 7];25(4):346–8. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00591.x>
74. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saude Publica [Internet]. 2000 Apr [citado 2016 Jun 7];34(2):190–5. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
75. Biblioteca Ministerio de Salud “Dr. Bogoslav Juricic Turina.” Historia Hospital “Hanga Roa” Isla de Pascua [Internet]. 2009 [citado 2015 Oct 15]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Hanga-Roa-de-Isla-de-Pascua.pdf>
76. Presidente y subsecretario de Redes Asistenciales inauguran Hospital Hanga Roa en Isla de Pascua [Internet]. [citado 2015 Oct 15]. Disponible en: [http://archive-cl.com/page/1158922/2013-01-15/http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_noticias/g\\_visualizacion/noticias\\_destacadas\\_6361282.html](http://archive-cl.com/page/1158922/2013-01-15/http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_noticias/g_visualizacion/noticias_destacadas_6361282.html)
77. Hospital Hanga Roa. Cuenta Pública Hospital Hanga Roa 2015. 2015.
78. Ministerio de Salud. Departamento de Salud Bucal. Informe Consolidado del Diagnóstico Nacional de Salud bucal de los Niños y Niñas de 2 y 4 Años que Participen en Educación Parvularia. Chile 2007-2010. 2012.
79. DEIS M. Manuales Series REM 2012-2013. 2012.
80. DEIS M. Manual Series REM 2014-2016. 2014. p. 1–303.
81. DEIS M. Manual Series REM 2015. 2015.
82. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resolución Exenta 1157: Aprueba Programa Odontológico Integral. 2014.
83. Vega M J, Bedregal G P, Jadue H L, Delgado B I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2003 Jun

- [citado 2016 Oct 10];131(6):669–78. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000600012&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
84. Chile FA de. Fuerza Aérea de Chile, Edición Especial, 20 años junto a Isla de Pascua. XXIV Nro°266. 2015;
  85. Municipalidad de las Condes. Las Condes realiza operativo medico dental en isla de pascua [Internet]. 2015. Disponible en: [http://www.lascondes.cl/las\\_condes\\_al\\_dia/noticias\\_detalle/1780/las-condes-realiza-operativo-medico-dental-en-isla-de-pascua](http://www.lascondes.cl/las_condes_al_dia/noticias_detalle/1780/las-condes-realiza-operativo-medico-dental-en-isla-de-pascua)
  86. Universidad de Chile. FOUCH firmó Convenio con Hospital Hanga Roa [Internet]. Santiago de Chile: SISIB - STI - Universidad de Chile; 2016 [citado 2016 Jul 18]. Disponible en: <http://www.odontologia.uchile.cl/noticias/119172/fouch-firmo-convenio-con-hospital-hanga-roa>
  87. Jadue LH, Delgado IB, Simian MEM, Prieto FU, Huberman JC. Programa de salud oral integral para niños (as) de 6 años como problema de salud con garantía explícita en Chile: La participación de los pediatras. *Rev Chil Pediatr*. 2009;80(6):534–8.
  88. Núñez J, Moya P, Monsalves MJ, Landaeta M S. Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Púerperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2013 [citado 2016 Aug 15];7(1):39–46. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2013000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  89. Weisner M, Fajreldin V. Salud y Cultura en Isla de Pascua: Una antropología médica crítica como aporte a la interculturalidad. 2004;(1):1–10.
  90. Abadía C. Causas y Efectos de las Desigualdades Sociales en Salud Oral. *Fund del Col Odontólogos y Estomatólogos Madrid*. 2013;
  91. Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estud Sociológicos*. 1998;46:37–68.
  92. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. Washington; 2006.
  93. Uribe Echeverri J. Comunidades Indígenas. In: *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* [Internet]. 1a. ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001 [citado 2016 Sep 17]. Disponible en: [http://www.conarem.ins.gov.py/wp-content/uploads/2014/08/11-Prom\\_Salud.-Restrepo-Malaga.pdf](http://www.conarem.ins.gov.py/wp-content/uploads/2014/08/11-Prom_Salud.-Restrepo-Malaga.pdf)
  94. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. 2007. 524 p.
  95. Bronfman M, Gleizer M. Participación Comunitaria : Necesidad , Excusa o

Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación. 1994;10(1):111–22.

96. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan*. 2000;15(3):255–62.
97. Organización Panamericana de la Salud. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C.; 2001.
98. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en salud. Washington, DC: AED; 1985.



## XI. ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de Cuidados de Salud a lo Largo de la Vida

Matriz de Cuidados de Salud a Lo Largo de la Vida (2015)				
SALUD MATERNA Y PERINATAL				
Prevención				
Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.	100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.	(N° de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico) x 100	REM A09
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	≥ 38% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(N° de gestantes que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09
Tratamiento				
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	Atención odontológica integral a la embarazada.	(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) * 100	REM A09 REM A05

SALUD INFANTIL				
Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Promoción				
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses) * 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A
Prevención				

Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	90% de los niñas/os que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal.	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco-dentarias.	(N° de niñas/os de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ N° de controles de salud realizados al grupo de 18 a 23 meses) *100	Registro local REM A01, Sección B
	100% de niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado a niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico	(N° de niñas/os de 2 a 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico) * 100	REM A09, Sección B y J REM 09, Sección C
	100% de la matrícula convenida con JUNJI, Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados reciben actividad preventiva y entrega de kit de higiene	Programa Sembrando Sonrisas: Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral	(N° de sets de higiene oral entregados a niñas y niños de 2 a 5 años en año actual / N° de sets de higiene oral comprometidos a niñas y niños de 2 a 5 años en año actual) x 100	Supeditado a cambio de REM
	75% de la matrícula convenida con JUNJI, Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados reciben prevención específica	Programa Sembrando Sonrisas: Aplicación de flúor barniz comunitario	(N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 5 años realizadas año 2015) / (N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 5 años comprometidas año 2015 x2) x 100	Supeditado a cambio de REM
<b>Tratamiento</b>				
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.	≥ 45% de cobertura en altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 años, inscritos y validados.	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 10 años.	(N° de niñas/os de 2 años con alta odontológica total / N° total de niñas/os de 2 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C
	≥ 45% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.		(N° de niñas/os de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niñas/os de 4 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C

	100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años.	(Nº de niñas/os de 2 a 5 años con registro de CEOD / Nº total de niñas y niños de 2 a 5 años con ingreso odontológico) * 100	REM A09, Sección C
Mantener y mejorar la salud bucal de la población infantil de 2 a 5 años.	100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años.	(Nº de niñas/os de 2 a 5 años con registro de CEOD / Nº total de niñas y niños de 2 a 5 años con ingreso odontológico) * 100	REM A09, Sección C

## SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Prevenición				
Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente.	100% de los adolescentes de 12 y 15 a 19 años que ingresan a tratamiento odontológico han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los adolescentes que ingresan a tratamiento.	(Nº de adolescentes de 12 y 15 a 19 años con educación individual en técnica de cepillado / Nº total de adolescentes de 12 y 15 a 19 años ingresado a tratamiento odontológico) x 100	REM A09
Tratamiento				
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	18% de cobertura de los matriculados en cuarto año de enseñanza media con Altas odontológicas totales de establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados.	Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica: Atención integral a alumnos de cuarto año de enseñanza media.	Nº de adolescentes matriculados en cuarto año de enseñanza media de establecimientos Municipales y particulares subvencionados con alta odontológica total) / (Nº total de adolescentes de matriculados en cuarto año de enseñanza media de colegios Municipales y Particulares Subvencionados) * 100	Supeditado a cambio de REM

## SALUD EN EDAD ADULTA

Tratamiento				
Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años).	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.	(Nº de adultos de 60 años con Altas odontológicas totales / (Total de adultos de 60 a 64 años inscritos y validados) x100	REM A09 Población
Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres beneficiarias	100% de cumplimiento de altas odontológicas totales programadas para año en curso	Atención odontológica integral Más Sonrisas para Chile	(Nº de altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile realizadas el año actual/ Nº total de altas integrales comprometidas Más Sonrisas para Chile) x 100	SOLICITUD REM

## SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

Prevenición				
Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador

Mejorar y mantener la salud bucal del Adulto mayor.	100% de los adultos mayores que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental en los ingresos odontológicos adultos mayores.	(Nº de adultos de 65 y más años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de prótesis/ Nº total de Adultos de 65 y más años que ingresa a tratamiento odontológico) x 100	REM A09 Sección B y J / REM 09 sección C
---	--	--	--	---

## **Anexo 2: Guías de Entrevista**

### **Autoridades Políticas y Gubernamentales**

- Caracterización de la persona y el cargo
- ¿Cuáles son los principales problemas de la comunidad rapanui actualmente?
- ¿Cómo se maneja el tema de salud en la isla? Encargados y cómo se organiza
- Descripción de cómo es el funcionamiento del sistema de salud en la isla. ¿Qué actores participan? (regular y operativos)
- ¿Qué tipo de establecimiento es el hospital Hanga Roa? (complejidad)
- ¿Cómo se da el trabajo intercultural en el hospital?
- ¿Cuáles son los problemas y necesidades que tiene la comunidad en salud (por edad)?
- Problemas y necesidades de la gestión en las instituciones de salud.

### **Salud-Enfermedad Bucal**

- Respecto a la salud oral, ¿Cuáles son los principales problemas de la comunidad? ¿A qué se deben?
- ¿Qué necesidades existen?
- ¿Cómo funciona la atención odontológica?
- Además del hospital ¿Qué otros actores participan?
- ¿A quiénes está dirigida la atención?
- ¿Existen programas de educación? ¿En qué consisten y quienes lo realizan?
- ¿Se considera lo intercultural o debiese considerarse? ¿Por qué?
- Propuestas: Que, por quienes, a quienes, como.

## **Autoridades Hospital Hanga Roa**

- Descripción General de su posición: Profesión, ¿Cuánto tiempo lleva? Trayectoria y cómo llegó a este cargo.
- ¿Cómo ve usted el tema de la salud acá?
- ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes? (por grupo etario y sexo)
- ¿Qué prevalencias son diferenciales en la isla respecto al continente?
- ¿Cuáles son las condiciones que provocan estas enfermedades? DDS
- ¿Cómo se registran las patologías? ¿Cómo se relaciona con el registro del continente?
- Relación con la estadística de la SEREMI respecto a la vigilancia epidemiológica.
- ¿Tienen algún registro diferencial entre rapanui y no rapanui? ¿Esto presta o prestaría alguna utilidad?
- ¿Existen diferencias entre las patologías entre rapanui y no rapanui en la isla?
- ¿Existe diferencia en la forma de vida y crianza de los niños rapanui y no rapanui? (factores protectores y de riesgo)
- Este es un hospital amigo e intercultural: ¿Cómo se manifiesta en la práctica esto?

## Odontológico

- Epidemiología
- ¿Cómo es la salud bucal de la isla? ¿Y en relación al continente?
- ¿Existen diferencias entre rapanui y no rapanui?
- ¿A que pueden deberse estas diferencias? (factores protectores y de riesgo)  
Por Edad.
- ¿Cómo ha evolucionado en los últimos años el perfil epidemiológico? ¿Mayor o menor prevalencia? ¿A qué se debe?
- ¿Cómo ha cambiado el modelo de atención y las prácticas clínicas?
- ¿Cómo han cambiado las prácticas en salud, las experiencias, costumbres y expectativas en el tiempo?
- ¿Cómo son los pacientes? ¿Adherentes? ¿Van por urgencias? ¿Asisten a controles?

## Sobre los Programas

- ¿Que programas odontológicos existen? Preguntar por los nuevos (lista de programas)
- Descripción de cada uno de los programas
- ¿Cómo se ha desarrollado su implementación? Dificultades y facilitadores.
- ¿Cómo funciona el GES?
- ¿Estos programas responden a las necesidades de la población? Por Edad
- Revisar pertinencia de caracterización por el ciclo vital

- ¿Cómo funciona lo familiar y comunitario?
- ¿Qué programas que no existen son necesarios?
- ¿Cómo se relacionan con otras instituciones? (JUNJI, colegios seremi, etc.).
- ¿Cómo se resuelven las especialidades? ¿Cuáles son las listas de espera más frecuentes?
- ¿Qué RRHH trabaja en odontología?
- ¿Las clínicas están acreditadas? ¿El servicio de rayos? ¿Hay laboratorios?
- ¿Cómo son los canales de derivación? ¿Cómo es la relación con el SSMO en este sentido? ¿Qué operativos existen?
- ¿Que otros actores existen además del hospital? (salud privada)
- ¿Existe alguna perspectiva de trabajo que considere lo intercultural en la atención odontológica?
- ¿Existen propuestas para mejorar la salud bucal (no solo atención también medidas de salud pública)? Y para mejorar la implementación de los programas. ¿Qué actores deberían participar y que consideraciones serían importante considerar para la isla?
- ¿Qué medidas de salud pública deberían implementarse?
- ¿La Fluoruración del agua, se ha pensado?

## **Dentistas Hospital Hanga Roa**

### Salud General



- Descripción General de su posición: ¿Cuánto tiempo lleva trabajando acá? ¿Dónde estudió? ¿Qué hizo antes? ¿Qué programas o responsabilidades tiene a cargo?
- ¿Cómo ve usted el tema de la salud general acá?
- ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes? (por grupo etario y sexo)
- ¿Qué prevalencias son diferenciales en la isla respecto al continente?
- ¿Cuáles son las condiciones que provocan estas enfermedades?
- ¿Existen diferencias entre las patologías entre rapanui y no rapanui en la isla?
- ¿Existe diferencia en la forma de vida y crianza de los niños rapanui y no rapanui? (factores protectores y de riesgo)
- Este es un hospital intercultural con enfoque familiar y comunitario: ¿Cómo se manifiesta en la práctica eso?

### Odontológico

- Sobre la Atención y los programas
- ¿Qué RRHH trabaja en odontología? ¿Qué infraestructura existe?
- ¿Qué programas odontológicos existen? Preguntar por los nuevos (lista de programas)
- Descripción de cada uno de los programas
- ¿Cómo se ha desarrollado su implementación? ¿Dificultades y facilitadores?

- Estos programas responden a las necesidades de la población? Por Edad
- ¿En qué consiste y cómo funciona el protocolo de atención en odontología?
- ¿Cómo ha cambiado el modelo de atención y las prácticas clínicas?
- ¿Cómo funciona el GES?
- ¿Cómo funcionan las guías clínicas?
- Metas odontológicas y cómo influyen en la planificación. ¿Las metas que se piden son coherentes con la realidad local? ¿Cuáles son más difíciles y más fáciles? ¿Por qué?
- ¿Qué programas que no existen son necesarios?
- ¿Cómo funciona lo familiar y comunitario en odontología? (composición de la familia)
- Revisar pertinencia de caracterización por el ciclo vital
- ¿Cómo se relacionan con otras instituciones? (JUNJI, colegios SEREMI, etc.).
- ¿Cómo se resuelven las especialidades? ¿Cuáles son las listas de espera más frecuentes?
- ¿Cómo son los canales de derivación? ¿Cómo es la relación con el SSMO en este sentido?
- ¿Qué operativos existen? ¿Cómo evalúa cada uno de ellos? ¿Cómo se relacionan con el hospital?
- ¿Qué otros actores existen además del hospital? ¿Cómo se ve que exista atención privada u otros tipos de prestadores?

## Salud-Enfermedad y Epidemiología

- ¿Cómo es la salud bucal de la isla en relación al continente?
- Existen diferencias entre rapanui y no rapanui?
- ¿A qué pueden deberse estas diferencias? (factores protectores y de riesgo)  
POR EDAD
- ¿Cómo ha evolucionado en los últimos años el perfil epidemiológico? ¿Mayor o menor prevalencia? ¿A qué se debe?
- ¿Conoce el estudio de prevalencia en escolares de la isla de pascua 2012?  
¿Qué opina de sus conclusiones?
- ¿Cómo son los pacientes? ¿Adherentes? ¿Van por urgencias? ¿Asisten a controles?
- ¿Cómo han cambiado las prácticas en salud, las experiencias, costumbres y expectativas en el tiempo?
- ¿Existe alguna perspectiva de trabajo que considere lo intercultural en la atención odontológica?
- ¿Qué costumbres hay entre los rapanui en el cuidado de la salud bucal?
- ¿Conoces algún estudio que se ha hecho en este tema?
- ¿Hay algún estudio de arqueología en relación a los dientes? ¿Hay algún archivo o biblioteca e estudio en general? ¿Es necesario?

## Promoción y Educación

- ¿Qué se hace desde el hospital respecto a educación y promoción de salud?

- ¿Qué actores participan?
- ¿Hay iniciativas fuera del hospital en esta materia?

### Propuestas

- ¿Qué propuestas considera necesarias para mejorar la salud bucal? (no solo atención también medidas de salud pública). ¿Y para mejorar la implementación de los programas?
- ¿Qué actores deberían participar y que consideraciones serían importantes para la isla? NO INDUCIR
- ¿Qué medidas de salud pública deberían implementarse?
- ¿La fluoración del agua, se ha pensado? ¿Qué piensa de esta medida?
- Preguntar sobre traumatismos dentoalveolares
- ¿Qué necesidades de capacitación existen?

### **TENS y Administrativos**

- Descripción General de su posición: ¿Cuánto tiempo lleva trabajando acá? ¿Dónde estudió? ¿Qué hizo antes? ¿Qué labores desempeña?

### Salud- Enfermedad General

- ¿Cómo ve usted el tema de la salud general acá?

- ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes? (por grupo etario y sexo)
- ¿Qué prevalencias son diferenciales en la isla respecto al continente?
- ¿Cuáles son las condiciones que provocan estas enfermedades?
- ¿Existen diferencias entre las patologías entre rapanui y no rapanui en la isla?
- ¿Existe diferencia en la forma de vida y crianza de los niños rapanui y no rapanui? (factores protectores y de riesgo)
- Este es un hospital intercultural con enfoque familiar y comunitario: ¿Cómo se manifiesta en la práctica eso?

### Salud-Enfermedad Bucal

- ¿Es importante para la gente acá la salud de la boca y los dientes?
- ¿Cómo es la salud bucal de la isla en relación al continente?
- Existen diferencias entre rapanui y no rapanui?
- ¿A qué pueden deberse estas diferencias? (factores protectores y de riesgo)  
POR EDAD
- ¿Cómo ha evolucionado en los últimos años las enfermedades bucales?  
¿Mayor o menor prevalencia? ¿A qué se debe?
- ¿Qué hace la gente cuando tiene un problema dental?

- ¿Cómo son los pacientes? ¿Adherentes? ¿Van por urgencias? ¿Asisten a controles?
- ¿Cómo han cambiado las prácticas en salud, las experiencias, costumbres y expectativas en el tiempo?
- ¿Conoce costumbres entre los rapanui en el cuidado de la salud bucal?
- Hay algún trabajo o relación con el trabajo intercultural que hace el hospital en odontología? (mesa pueblo u otro)

#### Sobre la Atención y los programas

- ¿Conoce los programas de atención dental que existen en el hospital?
- ¿Cómo se ha desarrollado su implementación? Dificultades y facilitadores
- ¿Estos programas responden a las necesidades de la población? Por Edad
- ¿En qué consiste y cómo funciona el protocolo de atención en odontología?
- ¿Cómo ha cambiado el modelo de atención y las prácticas clínicas?
- ¿Qué programas que no existen son necesarios?
- ¿Cómo funciona lo familiar y comunitario en odontología? (composición de la familia)
- Revisar pertinencia de caracterización por el ciclo vital
- ¿Cómo se relacionan con otras instituciones? (JUNJI, colegios SEREMI, etc.).

- ¿Cómo se resuelven las especialidades? ¿Cuáles son las listas de espera más frecuentes?
- ¿Qué operativos existen? ¿Cómo evalúa cada uno de ellos? ¿Cómo se relacionan con el hospital?
- ¿Qué otros actores existen además del hospital? ¿Cómo se ve que exista atención privada u otros tipos de prestadores?

### Promoción y Educación

- ¿Qué se hace desde el hospital respecto a educación y promoción de salud?
- ¿Qué actores participan?
- ¿Hay iniciativas fuera del hospital en esta materia?

### Propuestas

- ¿Qué propuestas considera necesarias para mejorar la salud bucal? (no solo atención también medidas de salud pública). ¿Y para mejorar la implementación de los programas?
- ¿Qué actores deberían participar y que consideraciones serían importantes para la isla?
- ¿Qué medidas de salud pública deberían implementarse?
- ¿La fluoración del agua, se ha pensado? ¿Qué piensa de esta medida?
- Preguntar sobre TDA

- ¿Qué necesidades de capacitación existen?

### **Líderes Comunitarios y Agentes Médicos Tradicionales**

- Caracterizar a la persona, edad, que hace, liderazgo
- Situación política y social actual y principales problemas de la comunidad.

### Salud-Enfermedad-Atención General

- ¿Cómo está el tema de salud en la isla? (En el sentido de la gestión)
- ¿Qué piensa del nuevo hospital? (el modelo de gestión, la dependencia)
- ¿Cuáles son los principales problemas que tiene la comunidad con el hospital?
- ¿Qué elementos positivos existen en relación al nuevo hospital?
- ¿Cuáles profesionales, especialidades o procedimientos son los que más hacen falta?
- ¿Cuáles son los principales problemas de salud que existen en la comunidad (por edad)?
- ¿Con qué prácticas y situaciones se relacionan estos problemas? (causas)

### Salud-Enfermedad Bucal



- ¿Es importante para la gente la salud de la boca y los dientes?
- ¿Qué es tener buena salud bucal? ¿Y mala? ¿Qué tan importante es que la boca esté bien?
- ¿En quién es más importante? (mujeres, niños por trabajo, etc.)
- Indagar si salud bucal es parte de salud general
- ¿Cómo hace la gente para solucionar los problemas de los dientes? ¿Cuál es su experiencia personal y/o familiar? (temporalidad, desde la infancia hasta a la actualidad)
- ¿Cómo era antiguamente el cuidado de los dientes? ¿Qué prácticas de protección había?
- ¿Dónde se consultaba, quien atendía?
- ¿Había que ir al “conti”? ¿Dónde?
- ¿Cómo esto ha ido cambiando? (indagar mejor o peor) ¿A qué se debe? ¿Desde cuándo cambió? (definir hitos o momentos)
- ¿Porque cree que se producen las enfermedades bucales?
- ¿Cómo influye la alimentación?
- ¿Qué actores han influido en el cambio de hábitos y en la educación de salud bucal en el tiempo?
- ¿Hay diferencias de salud bucal entre rapanui y no rapanui? ¿Cuáles?
- Elementos protectores y de riesgo (indagar crianza de los niños)
- \*Agentes

- ¿Cómo se cuidaban antes los dientes?: (los niños, las mujeres) ¿Con que se cuidaba?
- ¿Qué se hacía para el dolor de dientes? ¿Además del dolor de dientes, existe algún otro padecimiento de la boca? ¿Cómo se trataba?
- ¿Se ha retomado algunas de estas prácticas en el contexto de su trabajo actual?

### Atención

- ¿Cómo funciona la atención odontológica en el hospital? (SOME) ¿Quiénes tienen acceso? (embarazadas, niños) ¿Conoce los programas que hay?
- ¿Cuáles son las principales necesidades de la población? (por edad)
- ¿Qué debiese ofrecer el hospital? (expectativas)
- ¿Cómo debería funcionar la atención? ¿En el hospital o independiente de este? ¿Debería haber atención privada?
- ¿En qué consiste el operativo de la FACH? ¿Qué opinión tiene de este? ¿Hay otros operativos?

### Propuestas

- ¿Cómo mejorar la salud bucal? ¿Qué actores deben participar? ¿Qué instancias podrían crearse para esto?
- ¿Es importante la educación? ¿Qué elementos debiese considerar un programa de educación en salud bucal para que sea exitoso? (metodología, actores, dirigido a quien).

- ¿Qué entiende por salud intercultural? ¿Qué es lo que se hace en la isla respecto a salud intercultural? (El hospital se define así)
- ¿Se hace algo respecto a la salud bucal? ¿Qué se podría hacer?
- El hospital también se define como familiar y comunitario. ¿Qué tan pertinente es este modelo? ¿Cómo se podría mejorar el modelo de atención?
- ¿Que opina que se agregue flúor al agua?

## **Anexo 3: Consentimiento Informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de este documento de consentimiento es entregar información a los participantes en este estudio sobre los objetivos del mismo y lo que se requiere de su participación.

Este estudio se llama “Percepción, Conocimiento y Funcionamiento de las Actividades y Programas de Salud Bucal en Isla de Pascua” y está siendo desarrollada por la odontóloga Scarlett Mac-Ginty y la antropóloga Valentina Fajreldin en el marco de un proyecto de colaboración entre la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). El propósito de esta relación institucional es aportar a una mejoría continua en la administración de salud oral para la población de Isla de Pascua.

En este contexto, el estudio tiene por objetivo describir cómo se entrega atención de salud bucal en la isla, cuáles son las expectativas de la población y los actores que debieran involucrarse en el diseño de un programa futuro de promoción y prevención en salud oral, especialmente diseñado para rapanui, y donde se consideren sus características y particularidades culturales, sociales y geográficas.

Su participación en el estudio tiene que ver con la función que usted tiene dentro de su institución o comunidad, por lo que hemos considerado que su aporte podría enriquecer nuestra observación del fenómeno.

Si está de acuerdo en participar, le haremos una entrevista semiestructurada de aproximadamente una hora de duración, en la que conversaremos sobre temas

relativos a nuestro interés, recogiendo su conocimiento sobre el tema. La entrevista será grabada para poder transcribir la información y analizarla con todas las otras entrevistas que se harán en la isla. Como pueden existir aspectos de la conversación que usted quisiera que otras personas no conocieran, le ofrecemos confidencialidad en su nombre por quienes lean finalmente el Informe del estudio; pero si usted considera importante que en el Informe aparezca su nombre, lo consideraremos.

La participación en este estudio es voluntaria y en ningún caso sus opiniones van a servir a nadie para excluirlo de, por ejemplo, su atención de salud. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La participación en el estudio no tiene una retribución económica para los participantes.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de estudio. Igualmente, puede no conceder la entrevista 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 no responderlas.

Cualquier duda, reclamo o sugerencia por favor llamar a la oficina del Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología de la Universidad de Chile al teléfono 9781727, y preguntar por Valentina Fajreldin, cuyo mail de contacto es [valentina.fajreldin@gmail.com](mailto:valentina.fajreldin@gmail.com), o Scarlett Mac-Ginty cuyo mail de contacto es [scarlettmf@u.uchile.cl](mailto:scarlettmf@u.uchile.cl).

Una copia de este documento le será entregada, y usted puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a las investigadoras al teléfono o al mail anteriormente mencionado.

Desde ya le agradecemos su participación.

-----

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha y lugar en que se firma

-----

Firma de quien realiza la entrevista

-----

Firma de Investigadoras

## **Anexo 4: Percepción Comunitaria Encuentros de Salud**

*Jornada de Salud: Mai te Rima, ki haka topa te tātou mana'u o te tātō'u ora*

En junio del 2010, la agrupación CODESA organizó la 1ra Jornada de Reflexión de Salud Rapa Nui. El encuentro constó de 10 mesas de discusión, con lo cual se elaboró un documento de trabajo consistente en un diagnóstico de problemas y propuestas de solución por ejes temáticas. Los principales puntos del informe, se detallan a continuación.

### **1. Problemas de Salud Identificados**

- Los problemas de Salud se fundarían en un problema sociocultural derivado muchas veces de patrones de comportamiento de origen familiar, propios del entorno. Se visualizan algunas situaciones de la vida cotidiana, como el resentimiento acumulado con la historia y el Estado Chileno, todo lo cual provoca la llamada “Enfermedad del Alma”, que se contempla como la enfermedad del presente.
- Se observa que los cambios que ha sufrido la familia rapanui en los últimos 50 años, hoy redundan en una falta de apoyo a padres y madres en la crianza de sus hijos/as, especialmente cuando éstos/as presentan dificultades. Los niños y niñas requieren de afecto, comprensión y respeto, lo cual también se relaciona con la necesidad de imponerles límites.
- Se percibe un escaso apoyo a los diversos grupos sociales, lo que es más notorio con los adultos mayores, los niños y los jóvenes. La ausencia de redes que permitan reforzar el apoyo a estos grupos se hace patente en la no existencia de espacios destinados para jóvenes y en el progresivo abandono de los adultos mayores.

Los principales problemas de salud identificados, que derivarían de estas situaciones son:

- El Abuso Físico, Psíquico y Sexual (violación de derechos a menores y mujeres).
- La Depresión, que encapsula a las personas y baja sus defensas inmunológicas, lo que lleva a la pérdida del control y la autoestima, llegando incluso al suicidio.
- Las Adicciones, principalmente de Alcohol y Drogas: el porcentaje de consumo en Rapa Nui es Alto, tanto en jóvenes como adultos. Los Accidentes de Tránsito son la primera causa de muerte en la isla, lo cual muchas veces se relaciona al consumo excesivo de alcohol y la poca prudencia.
- Enfermedades físicas, de las cuales se destacan aquellas relacionadas con malos hábitos alimenticios. La introducción de nuevos alimentos a la vida cotidiana, ha conllevado un desorden del patrón alimenticio tradicional, y un consecuente desequilibrio en la dieta. Esto ha provocado la alta incidencia actual de problemas como la Obesidad, la Diabetes y la hipertensión, entre otras.
- Finalmente, se hace hincapié en la falta de pertinencia cultural que caracteriza el sistema médico occidental, y que por tanto analiza a la población local con un “ojo foráneo” que no siempre es capaz de detectar eficazmente las necesidades de sus pacientes. Por lo que sería necesario contar con un sistema de salud intercultural más comprensivo de las



particularidades locales, y la adecuación de los instrumentos de diagnóstico, especialmente en lo que se refiere al área de la psicología.

## **II. Propuestas**

### **Salud Mental:**

- Fomentar el trabajo integral con la familia, sobre todo con las de aquellos niños y niñas vulnerables. Asimismo, apuntar como eje central la crianza de los hijos, porque a través de ellos es posible cambiar los malos hábitos ya heredados.
- Crear grupos de apoyo para víctimas, maltratados y victimarios que sean eficientes y oportunos, y que estén integrados por profesionales rapanui, representantes del hospital, juzgado, Carabineros y PDI, entre otros.
- Crear un Centro de Rehabilitación y/o tratamiento, que apunte a la atención familiar, con apoyo de un equipo profesional, interdisciplinario e intercultural. Activar, difundir y ampliar el Programa Prevenir en Familia, con pertinencia local.
- Hacer un llamado a las instituciones o redes sociales involucradas, a velar por la confidencialidad de las víctimas, y a generar instancias de sanción social para los/as victimarios/as, siempre respetando la dignidad humana ante cualquier situación.
- Integrar a la evaluación y al diagnóstico de enfermedades mentales en la isla, la realidad local.
- Implementar y desarrollar nuevos programas que incorporen a la comunidad, especialmente a los jóvenes; y crear medios de apoyo que refuercen aquellas iniciativas ya existentes (ya sean deportivas, sociales, culturales, etc.).
- Fomentar el desarrollo de actividades que tienen pertinencia con nuestra cultura y espacios de sana recreación (surf, canotaje, buceo, pesca,

caminatas, etc.), y estimular la realización de más actividades al aire libre, en forma cotidiana (bicicleta, fútbol, skate, patinaje, etc.).

Dentro de la temática de Salud Mental, se trataron algunos problemas más específicos, tales como:

#### Déficit Atencional:

- Se propone adecuar los instrumentos de diagnóstico del déficit atencional a la realidad local, y apoyar el desarrollo local de profesionales en esta línea.
- Crear un Centro multidisciplinario, de atención para niños y niñas capaces de diagnosticar y tratar el D.A de manera eficaz, e integrar a padres y docentes en la búsqueda de soluciones y en el seguimiento de los casos. Se busca así evitar el estigma, tanto en el hogar como en la escuela.
- Difundir la información de este problema al interior de los Centros de Padres y Apoderados existentes en cada colegio.
- Considerar nuevas estrategias de enseñanza más acorde a las características de los niños/as y a la realidad de la isla, evitando así diagnósticos 'culturalmente prejuiciados' de déficit atencional.

#### Alcoholismo y Drogadicción:

- Se propone reforzar la comunicación al interior de la familia, como medida preventiva.
- Crear redes comunitarias que trabajen directamente con la familia, para capacitar y enseñar sobre temas de prevención. Se sugiere realizar visitas familiares y propiciar conversaciones con padres y

madres en la búsqueda de posibles soluciones, contando con el apoyo y la orientación de profesionales (como agente externo a la familia).

- Crear centros de rehabilitación
- Crear, en el seno del hospital, un grupo de personas o monitores que hayan superado su alcoholismo y que realicen charlas en colegios, grupos juveniles, etc.
- Convocar a todas las instituciones, organizaciones y/o empresas particulares para sensibilizar sobre el tema a la comunidad.
- Regularizar el horario de venta de alcohol y horario de discotecas. También las patentes municipales
- Crear un fono ayuda para otorgar orientación a personas que padezcan de esta adicción, así como a aquellos que se vean afectados por la adicción de personas cercanas.

#### Accidentes de Tránsito

- Se propone estimular a la comunidad a dar consejos de prevención de accidentes en su entorno inmediato (utilización del casco, cinturón de seguridad, entre otros)
- Sancionar con trabajo público (limpiezas costeras, barrer la calle, etc.) a personas que causen estos accidentes, propiciando así una “sanción social” de actitudes imprudentes.
- Sin perjuicio de lo anterior, se propone enfatizar más en la educación más que en la sanción.
- Establecer una “pista de motocross” o símil, en un espacio especialmente habilitado para dicho efecto, en el intento de evitar actitudes imprudentes en las calles.

#### Obesidad - Diabetes - Alimentación

- La consideración de la Familia como eje central para cualquier campaña de educación, prevención, etc.
- Se propone sensibilizar y promover en la comunidad la alimentación saludable, y el cuidado de uno mismo; convocando a los padres para que estimulen en sus hijos la conducción de una vida sana.
- Promover la actividad física, generando campañas que apunten a estimular tanto a jóvenes como a niños/as, adultos, y adultos mayores.
- Propiciar la existencia de un nutricionista en la isla para educar al pueblo a través de distintos medios (Ej.: hospital, colegio y medios de comunicación) respecto de cómo llevar una alimentación equilibrada.
- Priorizar la prevención de malos hábitos alimenticios en niños y niñas.

#### Enfermedades Del Adulto Mayor

- Se propone estimular un mayor apoyo y compañía a los adultos mayores de la comunidad.
- Crear una “casa hogar” con atención integral para adultos mayores (salud, recreación, alimentación, actividad física, etc.).
- Solicitar la existencia de un geriatra en el hospital capaz de entregar atención especializada permanente a la población mayor; o bien, gestionar –para el próximo operativo médico que visite la isla– la inclusión de un profesional del área de la geriatría para atención especializada a adultos mayores, y que ello se replique durante el año, idealmente tres veces en el mismo.

#### Enfermedades Dermatológicas

- Se propone solicitar la existencia de especialistas en el área del cuidado de la piel y de las enfermedades asociadas a ésta, o bien, generar la visita de especialistas a la provincia para que atiendan los casos más graves.
- Generar campañas de difusión respecto a los cuidados de la piel en el territorio, tales como el uso de un buen factor protector ante los rayos

ultravioleta. Educación y difusión ante la comunidad local y turística de los daños que la exposición prolongada al sol.

#### Salud Dental

- Se comenta la necesidad de que haya odontólogos capacitados y especialistas en ortodoncia para la comunidad, de modo permanente.

#### Enfermedades de Transmisión Sexual y Abuso

- Se propone dar educación sexual a niños y niñas desde pequeños, y para ello, comenzar por educar a profesores y a padres para que interioricen estos temas y los conversen en la familia. La mejor forma de prevenir ETS es sensibilizando a los padres ante la necesidad de orientar a sus propios hijos e hijas en éste ámbito.
- Aprovechar los recursos de PDI, que puede educar a padres con su programa de prevención de delitos sexuales.
- Capacitar al personal del hospital en el buen trato de pacientes que han sufrido algún abuso o violación.

#### Educación Comunitaria en Salud

- Se propone educar a la población a través de escuelas y medios de comunicación (televisión, radio), con programas enfocados a generar conciencia sobre los daños que producen las adicciones.
- Crear campañas de vida sana, que estimulen la conciencia y la responsabilidad individual y familiar, así como campañas de prevención de enfermedades crónicas (como aquellas vinculadas con tabaquismo, drogadicción y alcoholismo) aprovechando los recursos audiovisuales y

gráficos de la isla, los cuales deben ser difundidos en lengua rapanui y español. Se sugiere la participación en estas campañas de jóvenes deportistas que no tengan adicciones, para que sean un ejemplo a seguir.

- Asimismo, incentivar la capacitación de la comunidad educativa (docentes en especial) y de los servicios públicos en torno a materias de salud preventiva, y generar acuerdos que permitan potenciar la actividad física y una forma de vida saludable (Ej. certificaciones a nivel institucional, a colegios y jardines infantiles, etc.). Se considera que este trabajo debe articular redes institucionales para la generación de contenidos y su difusión, con el aporte de psiquiatras y psicólogos. A modo de ejemplo, se consideran campañas educativas sobre los riesgos de la automedicación o un 'Programa de Higiene' enfocado a diferentes segmentos sociales (instituciones, hoteles y restaurantes, familias, etc.).

## Regulación y Ley

- En el ámbito de la regulación y el cumplimiento de leyes, se demanda mayor efectividad en el quehacer de los entes reguladores, de modo de ejercer un mejor control de situaciones de riesgo. Así, conducir en estado de ebriedad, o siendo menor de edad, deben ser actitudes sancionadas por la ley.
- Se recalca la necesidad urgente de revisar la Ley Pascua (N° 16.441) en su respecto a las condenas de ciertos delitos tales como Violencia Intrafamiliar (VIF), delitos sexuales y otros. Se sugiere la denuncia pública de violadores o pedófilos, con el objetivo de ejercer sobre éstos una sanción social. Asimismo, se enfatiza en la importancia de que las denuncias por delitos sexuales, VIF, y otras formas de abuso, sean anónimas para evitar represalias personales.

- Luego, en el tema jurídico, se comenta que los tribunales exigen muchos peritajes a los profesionales con que cuentan, dejando poco tiempo para realizar atención necesaria a problemáticas sociales y comunitarias que deben ser consideradas.

#### Fortalecimiento Medicina Tradicional

- Darles espacio a las prácticas médicas locales para el mantenimiento de las mismas, en cuanto parte importante de la cultura rapanui, y es además una manera de difundir herramientas de auto-cuidado accesibles a la comunidad. En este sentido, se recomienda dar una mayor difusión de ciertas prácticas médicas (en particular aquellas preventivas) ya sea a través de folletos o libros, o bien por los medios de comunicación locales.
- Asignar recursos económicos para sustentar el trabajo de los *taotes* rapanui que trabajan en el ámbito de la medicina tradicional, en cuanto son ellos (y ellas) quienes han heredado los conocimientos en salud.
- Se propone la realización de pasantías de estudio en otras islas de la polinesia, destinadas a personas de la etnia con amplio interés en la medicina natural. Finalmente, se recomienda abrir espacio para nuevas alternativas médicas, ya sea en el ámbito espiritual, natural, o científico.

## Creación De Una Nueva Institucionalidad

- En este ámbito, se propone la creación de una Instancia de Acogida, coordinada por CODESA, de modo que pueda atender a personas que necesiten ayuda, y luego derivarlos a la instancia adecuada, considerando opciones tales como grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas o un equipo multidisciplinario capaz de elaborar un diagnóstico certero.

### *Cabildo de Salud Isla de Pascua*

El año 2013 se desarrolló un Cabildo de Salud convocado por la Ilustre Municipalidad de Isla de Pascua. Respecto a la participación el 59% fueron mujeres y el 41% hombres, del total de participantes el 77% eran padres. En cuanto a la edad 31% tenía entre 45 y 59 años, un 28% entre 35 a 44 años, un 19% entre 25 y 34 años y un 17% entre 60 y 74 años. No se describe en el documento municipal el número neto de participantes.

Se realizaron 4 preguntas tipo encuesta y se trabajó en 10 Mesas cada una con un tema de salud en específico.

### **Preguntas**

- 1. Según su experiencia como usuario del sistema de salud de Isla de Pascua ¿cuál es la frase que mejor describe su nivel de satisfacción con la gestión del sistema de salud?**

El 49% de los encuestados respondió “Estoy satisfecho con la gestión, pero hay mucho que mejorar” seguido por un 26% que respondió “No estoy satisfecho”.

- 2. ¿Qué importancia le asigna usted al cuidado de la salud o a la prevención de las enfermedades?**



La respuesta mayoritaria con un 64% fue “Muy importante, así se descongestiona el sistema mediante la prevención”, con un 15% cada una empatan la respuesta “Importante, pero no se debe desatender la atención de los enfermos” y “Es igual de importante que la atención de los enfermos”.

**3. En Isla de Pascua existen distintos médicos especialistas, pero cuando uno de ellos debe ausentarse por vacaciones, capacitación, enfermedad, motivos personales, etc., dicha plaza no queda cubierta, por lo que en la práctica nos quedamos sin esa especialidad. Frente a esto, usted opina que:**

Con un 79% de respuesta la opción fue “Esto no puedo continuar así, necesitamos medidas que aseguren la cobertura permanente de especialistas”, seguido con un 12% de la respuesta “Se deben tomar alguna medida, pero en general esto funciona bien.

**4. Actualmente la salud en Isla de Pascua se administra a 3.800 Km de distancia, en Santiago. Si de usted dependiera ¿qué institución de Isla de Pascua debiera hacerse cargo de la administración de la salud?**

Un 47% de las respuestas indican “Otro. Indique cual” de las alternativas señaladas, dentro de esta opción, el 55% contestó “Municipalidad” y un 21% “Autonomía”. Un 23% eligió la alternativa “Gobernación Provincial Isla de Pascua”, solo el 10% eligió la opción “Servicio de Salud Metropolitano Oriente” y un 5% “Servicio de Salud San Antonio- Valparaíso”

## **Mesas**

Los temas elegidos para las mesas fueron los siguientes: Salud Mental, Salud Holística, Salud Preventiva, Salud de Especialidades No Existentes en la Isla, Operativos Médicos y Rondas, Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), Salud

Adulto Mayor, Salud Consumo Abusivo de Drogas y Alcohol, Enfermedades Crónicas No Trasmisibles y Administración en Salud (Sistema Ideal).

De acuerdo al documento municipal, en la única mesa en que se trató un tema odontológico fue la Mesa de Salud del Adulto Mayor. Se identifica como problema la falta de especialistas como geriatra, otorrino y dentista. Se propone a su vez la creación de programas específicos para el adulto mayor, como un Programa Dental y un Programa de prevención de vida saludable.

Respecto a Salud Preventiva se identifica el problema de la falta de difusión e información general. También se plantea un problema con los comerciantes que privilegian alcohol y cigarrillos y hay poco acceso a alimentación saludable. En las soluciones propuestas se hace hincapié en reforzar la comunicación efectiva vías radial, televisiva y “puerta a puerta” en vez de prevención individual entendida como impresiones y letreros. El reforzamiento de las campañas de promoción también se propone en la Mesa de Enfermedades Crónicas en relación a correcta alimentación y en la Mesa de Infecciones de Trasmisión Sexual, donde se plantea que no existe información disponible si es que no se consulta individualmente a la matrona o algunas charlas enfocadas en los colegios.

Respecto a la administración del Hospital la opinión es que la administración debiese ser comunal, “ya que los locales conocen mejor los problemas tanto de administración, como de salud. Se critica la coordinación de los traslados al continente y la falta de especialistas de forma permanente que puedan desarrollar la rehabilitación, los profesionales mencionados son: terapeuta ocupacional, fisiólogo, geriatra, fonoaudiólogo, urólogo, nefrólogo, y neurólogo.

Por último, en el campo de la medicina holística, se percibe una sensación de poco reconocimiento y respaldo por parte de las autoridades respecto al “trabajo voluntario” en la medicina “ancestral” rapanui, además se identifica como problema la libertad de uso, difusión y comercialización de la medicina natural, la falta de suelos para la plantación y el conocimiento de las dosis para la elaboración de medicamentos naturales. Se propone el mayor financiamiento a esta área, para

lograr salarios dignos e infraestructura adecuada y la realización de investigaciones en cuanto a las dosificaciones.

### Anexo 5: Cuadro Resumen de Técnicas Educativas para una Estrategia de Comunicación en Salud

Extraído del Manual de Comunicación Social para Programas de Promoción de la Salud de los Adolescentes (97) en base al Manual de Técnicas para una Estrategia de Comunicación en Salud (98).

Técnicas educativas	Material de apoyo complementario	Ventajas	Desventajas	Sugerencias
Charlas	Pizarrón Papelógrafo Rotafolio Franelógrafo	Relativamente simple de organizar. Se puede usar con grupos grandes. Despierta interés público y curiosidad. Se puede usar diversos oradores	Participación masiva de las audiencias. Difícil contar con buenos charlistas. Difícil medir el aprendizaje. Aburrimiento puede causar deserción. La audiencia no tiene oportunidad de clarificar dudas.	Trate de complementar y combinar la charla con materiales de apoyo y otras técnicas. Así logrará mayor interés y atención de su audiencia. Use charlas cuando deba dar a conocer nuevas ideas e informaciones. Prepare cuidadosamente el material de apoyo a emplear. Si es posible, entregue folletos después de una charla.
Sociodrama	Video	Estimula una amplia participación. Temas	Requiere cuidadosa preparación y control.	El sociodrama debe culminar siempre con análisis y discusión por parte del

		<p>conflictivos pueden tratarse en un ambiente relajado. Pueden ser presentados y apreciados diferentes puntos de vista sobre un tema. Por lo general es agradable y divertido.</p>	<p>Puede molestar a participantes tímidos o que no están de acuerdo con el papel asignado. Puede ser tomado muy en serio y causar conflictos.</p>	<p>agrupos. Pueden grabar en video las representaciones para después volver a mirar y profundizar ciertos pasajes. También puede grabarlo en cassettes para escuchar las partes importantes. Esto le ayudará y gustará a su audiencia.</p>
Teatro popular	Perifoneo	<p>Divierta y mantiene la atención de las audiencias. Es pertinente a la cultura local. Puede producirse a bajo costo. Propicia amplia participación.</p>	<p>El mensaje puede enredarse en la trama disminuyendo su efectividad. Tendencia a prestar más atención a la forma que al contenido. No permite discusión para clarificar temas. Requiere tiempo y un mínimo de habilidad profesional.</p>	<p>Puede anunciar la representación teatral por medio de afiches y perifoneo. Durante la presentación, puede usar pancartas para situaciones especiales. Al igual que el sociodrama, puede grabar en video o cassette para su empleo posterior. Puede combinar una representación de teatro con una charla, con discusión en grupo o reforzar el mensaje mediante canciones que conozca el público.</p>

Cuentos e historias	Fotografías	<p>Abundante disponibilidad en algunas comunidades. Relevante y aceptable culturalmente. Estimula la participación, genera y mantiene interés. Problemas y malos hábitos pueden ser indicados en forma simulada, sin ofender a nadie. Particularmente útil con niños.</p>	<p>Solo útil donde hay una tradición de contar y escuchar historias. La audiencia se puede sentir ofendida por el trato infantil. El mensaje puede perderse en la trama. Difícil encontrar narradores amenos. Si se interrumpe para aclaraciones se pierde el hilo.</p>	<p>La exhibición de fotografías o láminas de los personajes, situaciones o lugares donde se desarrolla el cuento, puede ayudar a su mejor comprensión. Con franelógrafo se puede ir “armando” la historia. El papelógrafo puede servir para resaltar y resumir las partes más importantes del cuento o historia. La discusión en grupo, para el análisis del cuento, es de gran utilidad. Se puede realizar grupos educativos que tengan vinculación directa en el cuento. Folletos explicando los contenidos educativos del cuento pueden ser un complemento útil.</p>
Canciones	Pizarrón Papelógrafo	Es culturalmente aceptable, Atrae atención de la	Presupone la disponibilidad de personas con talento en	Un pizarrón o un papelógrafo es un buen apoyo para enseñar a memorizar la letra de las canciones.

		audiencia. Facilita la participación. Utiliza talentos locales, Es de bajo costo. Puede repetirse muchas veces.	la comunidad. Puede degenerar en simple memorización sin reflexión crítica y creatividad.	Estas pueden ser grabadas en cassette y también pasadas por la radio. Durante las demostraciones, pueden colocarse canciones que recuerden los pasos que se están siguiendo para realizar alguna tarea o adquirir destrezas.
Lluvia de ideas	Papelógrafo Pizarrón	Ayuda a eliminar discusión excesiva y digresiones del tema principal. Estimula la participación de los tímidos y retraídos. Se ejecuta en poco tiempo.	Requiere un coordinador capacitado y con experiencia en el manejo de esta técnica. Es más apropiada para audiencias de mayor educación formal. No se puede utilizar en grupos numerosos.	Es recomendable tener un pizarrón o papelógrafo disponible para anotar las ideas que vayan surgiendo de la discusión en grupos; es un complemento indispensable cuando se emplea esta técnica.
Discusión en grupo	Pizarrón Papelógrafo Lámina Fotografías	Enriquece el aprendizaje a través del intercambio de ideas y experiencias. Desarrolla sentido de	Requiere un moderador capacitado. Fácil caer en digresiones. Algunos participantes tienden a monopolizar la discusión.	Si aprende a utilizar bien esta técnica, pueden serle de gran ayuda, pues es posible combinarla con casi todas las demás técnicas educativas. Tener un pizarrón y un papelógrafo durante la

		<p>solidaridad, cooperación, tolerancia y comprensión. Propicia oportunidades para despejar errores y mitos.</p>		<p>discusión ayuda a ordenar las tareas. Las láminas y fotografías pueden inducir a la discusión y aportar elementos a la misma.</p>
<p>Visitas domiciliarias</p>	<p>Rotafolios Calendarios Afiches Láminas Folletos Objetos reales Maniqués</p>	<p>Fortalece el establecimiento de buenas relaciones entre las familias y el trabajador de la salud. Sirve para proveer información oportuna y relevante a la familia. Se presta para llevar control de lo aprendido.</p>	<p>Consumo bastante de tiempo. Se tiende a visitar sólo domicilios más accesibles. Requiere una programación cuidadosa, a fin de escoger horarios apropiados que no interfieran con el trabajo u otras actividades de la familia.</p>	<p>Las demostraciones utilizando objetos reales o maniqués pueden ser la labor más importante de una visita domiciliaria, la que se puede completar con cuentos, historias o una charla. En sus representaciones pueden emplear rotafolios o laminas. Para que la familia recuerde y repase lo que Ud. le enseñó, puede dejarle afiches, calendarios y folletos.</p>
<p>Demostraciones</p>	<p>Objetos reales Maniqués Folletos</p>	<p>Muestra en forma práctica como hacer cosas. Hace evidente las habilidades del trabajador promoviendo</p>	<p>Requiere cuidadosa preparación. Puede producir a engaños ya que la situación de la vida diaria es por lo general</p>	<p>Ya sea durante una visita domiciliaria o en un grupo, Ud. puede completar y enriquecer su demostración con canciones alusivas a lo que se está enseñando. También es</p>



		la confianza de la comunidad. Permite ampliar participación a través de “aprender haciendo”	diferente a la demostración. Factores externos pueden afectar el resultado.	recomendable complementar con una charla o con discusión en grupos. Dejar folletos explicativos sobre lo demostrado es de gran ayuda.
Foro-cassette	Grabadora Folletos Láminas	Puede utilizarse con grabadoras portátiles de bajo costo. Se puede usar grabaciones de diseño atractivo, en forma de anuncios, entrevistas, canciones, dramatizaciones. Se les puede escuchar mientras se trabaja, come, etc. La comunidad puede participar en su diseño.	Requiere disponibilidad de recursos. Alcanza solo a grupos pequeños,	La exhibición de una lámina durante un foro-cassette ayuda a aumentar la comprensión acerca de lo que se está escuchando. Contar un cuento o una historia alusiva o dar una breve charla puede ser un buen complemento de esta técnica. Finalizar el foro-cassette con una discusión de grupo y entregar folletos explicativos es una manera de asegurarse de que se entendió y recordará lo presentado.
Exhibición de películas	Proyecto de cine Papelógrafo Pizarrón Folletos	Puede usarse con audiencias numerosas. Atrae y retiene la	Requiere disponibilidad de equipos de alto costo y delicado	Es conveniente una breve charla introductoria o de explicación al final de la película. La discusión en grupos

		<p>atención por la vista y el oído. Presenta los mensajes de forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, el movimiento, ambientación, etc. Combina enseñanza con diversión.</p>	<p>mantenimiento. Requiere electricidad, sala oscura, operador y repuestos. Buenas películas educativas son difíciles de conseguir. Tiende a ser comunicación de una sola vía.</p>	<p>enriquecerá el aprendizaje. Es útil disponer de papelógrafo o pizarrón para anotar las conclusiones a que se arribe. Entregar folletos recordatorios puede ser un complemento excelente.</p>
Juegos	Folletos Fanelógrafo	<p>Relaciona espontáneamente con la realidad. Permite integrar al grupo fácilmente. Transforma simbólicamente la realidad y entrena a los participantes para hacerlo en la práctica. Hace agradable el</p>	<p>Quedan contenidos sin discutir. Los adultos pueden resistirse a participar. Los funcionarios pueden oponerse por encontrar esta técnica "poco seria".</p>	<p>Antes de comenzar un juego, o a su término, se puede contar un cuento vinculado al tema o dar una breve charla. La discusión en grupo después del juego aumentará la comprensión de lo que se pretende enseñar. El fanelógrafo puede ser incorporado como parte del juego. Se puede confeccionar folletos educativos que complementen el juego.</p>

		proceso de enseñanza- aprendizaje.		
--	--	---------------------------------------	--	--

## **Anexo 6: Experiencia de Etnoeducación en la Promoción y Prevención de Enfermedades Bucales**

**Proyecto Promoción y Prevención en Enfermedades Bucodentales. Vaupés, Colombia**

### **Objetivo General**

Implantar una estrategia de promoción, prevención y etnoeducación en salud familiar y comunitaria, con énfasis en salud bucodental.

### **Objetivos Específicos**

- Impulsar procesos participativos de autodeterminación y autocuidado, para la protección de la salud bucal.
- Desarrollar investigación participativa para el conocimiento de las representaciones comunitarias del proceso salud-enfermedad bucodental.
- Producir material etno-educativo que permita la expresión artística y lingüística, de cada una de las etnias, para la retroalimentación del proceso de investigación participativa.
- Incidir en los procesos etno-educativos, mediante la implantación de una estrategia de educación en salud, dentro de los Proyectos Educativos Institucionales -PEI- de cada una de las zonas de intervención.

### **Antecedentes**

Con la expresión de las comunidades acerca de las necesidades de salud específicas, se plantea una nueva propuesta de conformar grupos multidisciplinarios de salud para la atención integral de las comunidades del Departamento, asumiendo funciones principalmente promotoras de salud y de desarrollo comunitario, mediante la aplicación de estrategias etno-educativas, según el área de mayor preponderancia para cada zona específica.

De tal manera, durante la primera fase del proceso de investigación participativa, varias comunidades priorizaron las enfermedades de los dientes como uno de los principales problemas de salud, entre ellas: zona del río Papunahua, Querari, Pira, Paraná, Tiquie, Isana, etc.

Particularizando, la experiencia de etno-educación en salud bucal se inicia a partir de 1996 durante el desarrollo del proyecto, "*Promoción y etnoeducación en salud familiar y comunitaria para las zonas de Papunahua, Isana y bajo Apaporis en el Vaupés*".

La comunidad, con la asesoría del equipo extramural en salud, inicia los trabajos a finales de 1996, con el *Plan de Etno-educación en Salud Oral*, partiendo del diagnóstico comunitario y el diseño y producción de material etno-educativo.

Por tratarse de un programa identificado lingüísticamente por la etnia Curripaca, se propuso su extensión a las zonas del río Isana y Suruby, donde el grupo étnico Curripaco también tiene su asentamiento. El programa tuvo acogida por las comunidades y su participación se dio mediante grupos focales, de tal forma que en el proceso se logra terminar la prueba del material etno-educativo para salud oral de los Curripacos, teniendo en cuenta las siguientes actividades:

- Definición de la enfermedad
- Descripción del origen mítico de la enfermedad
- Causas de la enfermedad
- Signos y síntomas
- Tratamiento
- Prevención

Del desarrollo de estos temas surgen los correspondientes objetivos educacionales, expresados en forma bilingüe (Curripaco-español), mostrando que más allá del estudio de la enfermedad se generó un proceso de apropiación lingüística del material producido, para la educación de niños y adultos.

La primera fase de etnoeducación finaliza con el manual curripaco para la salud bucal *"Paumaca Machiaca Panamá" -Buscando Salud Bucal-*, queda pendiente la fase de retroalimentación, para la que se formuló el proyecto de *"Capacitación y Etno-educación para la Promoción de la Salud Bucal y la Prevención de las Enfermedades Bucodentales en la zona del río Papunahua, Isana, Pird-Parand y medio Apaporis"* como componente del Plan de Atención Básica (PAB) Departamental.

### **Actividades principales desarrolladas**

- Investigación cualitativa-participativa
- Diagnostico participativo.
- Elaboración de Planes Locales de Salud Oral.
- Formulación de propuestas de cofinanciación comunitaria.
- Desarrollo de acciones promotoras para la protección de la salud oral, articulado a saberes médicos de las diferentes áreas de la salud.
- Elaboración de material etno-educativo. Programas comunitarios de salud oral con responsabilidad de agentes comunitarios en salud.
- Seguimiento y evaluación de los proyectos.
- Acompañamiento y asesoría con investigación participativa.
- Etno-educación continuada

### **Resultados**

- Planes Locales de Salud Oral
- Planes zonales indígenas
- Programas etno-educativos
- Ampliación de cobertura
- Evaluación de resultados positivos.

### **Evaluación**

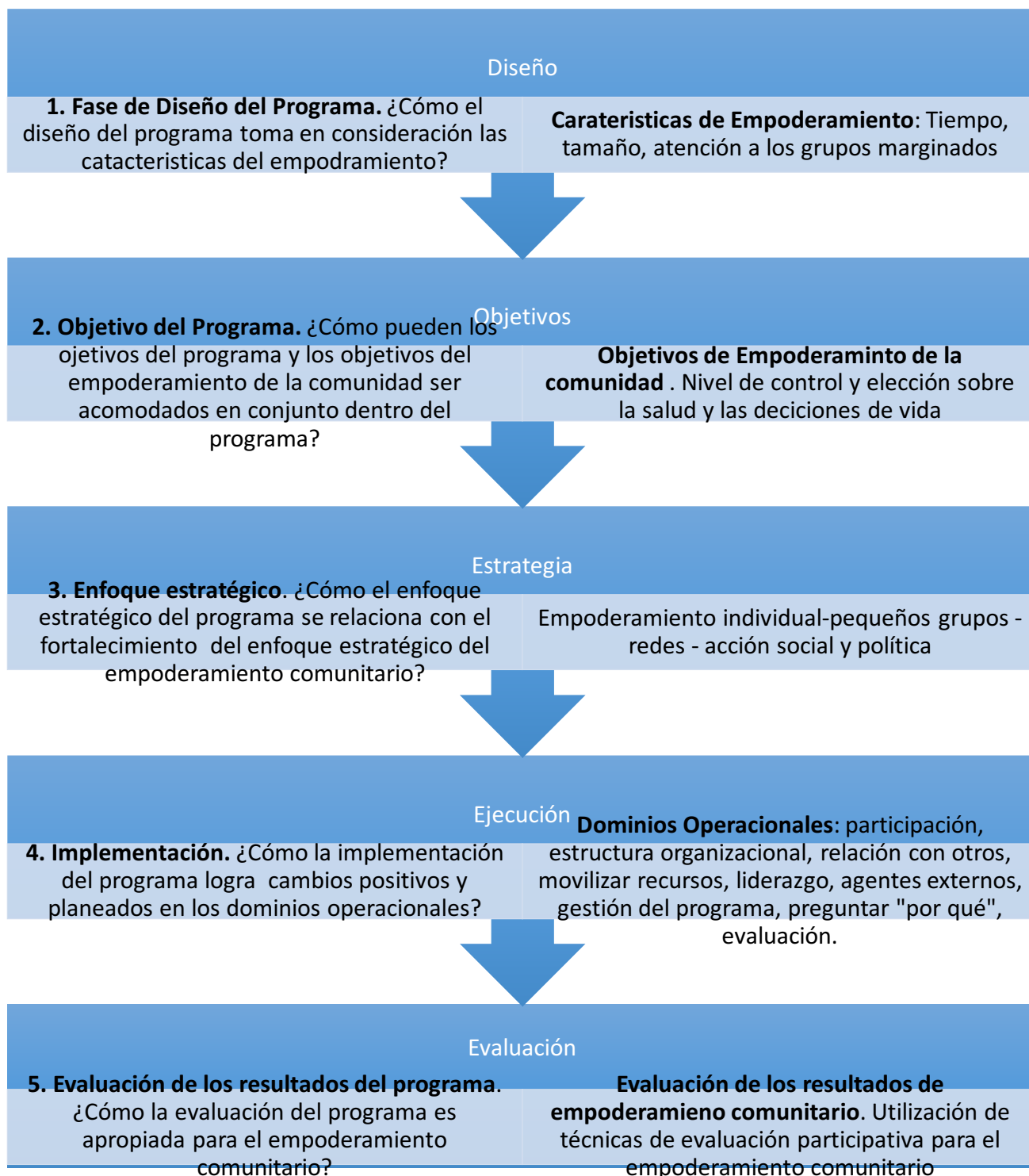
Evaluación permanente de procesos y resultados durante la ejecución del proyecto.

### **Enseñanzas *aprendidas***

Conocer y actuar el mito y a partir de este proceso, analizar y complementar con la intervención de la salud oral desde la óptica moderna.

## Anexo 7: Propuesta Marco de Planificación para la inclusión del Empoderamiento Comunitario en los Programas de Promoción de la Salud

(96)





## Anexo 8: Intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud Bucal

Componente	Determinantes Sociales y Puntos de Entrada	Intervenciones para abordar las desigualdades de salud bucal
<b>Contexto y Posición Socioeconómica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La desigualdad de las estructuras sociales y posiciones socioeconómicas.</li> <li>• La distribución desigual de los recursos y oportunidades.</li> <li>• La promoción de políticas equitativas; y la disponibilidad de, y el acceso a los recursos.</li> <li>• Infraestructura</li> <li>• Los impuestos y la legislación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislar producción local de calidad, productos asequibles de salud oral (por ejemplo, pasta de dientes, cepillos de dientes).</li> <li>• Eliminación de los impuestos a los productos de salud oral.</li> <li>• Salud oral dentro de la atención primaria de salud.</li> <li>• Políticas justas y equitativas.</li> <li>• Desarrollar la infraestructura para los servicios de salud oral y las intervenciones basadas en la población.</li> </ul>
<b>Exposición Diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua y sanitización.</li> <li>• Fluoruros y el suministro de alimentos sanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamento sobre la prohibición del tabaco, la fluoruración, mejor etiquetado, la cantidad de grasas, azúcares y sal</li> </ul>

- 
- ambientes insalubres
  - Estilos de vida, creencias, actitudes y comportamientos de salud.
  - la configuración de orientación y los factores de riesgo comunes.
  - El estigma social de las condiciones orales.
- en los alimentos y bebidas, el exceso de consumo de alcohol, la publicidad
  - Promover el uso de protectores bucales y cascos de seguridad
  - Alentar a las intervenciones que adoptan un enfoque factor de riesgo común (tabaco, la dieta, el alcohol, el estrés y la higiene personal)
  - Soporte a entornos físicos y psicosociales saludables: por ejemplo, caminos (diseños, iluminación, control de tráfico, instalaciones peatonales); entornos de vida (física, frente a hacinamiento, etc.); escuelas; lugar de trabajo; instalaciones de saneamiento y abastecimiento de agua potable
  - Animar a la exposición óptima a los fluoruros: apoyar la
-

---

implementación de programas de fluoración (agua, leche, sal y pasta de dientes) y, en algunas áreas cuando sea necesario, programas de desfluorización.

- Promover la salud oral a través de la prevención de la salud en general, promoción de la salud y educación para la salud
- Promover la salud oral a través de iniciativas de "entornos saludables" (escuelas, lugares de trabajo, las ciudades y los establecimientos basados en la comunidad), y animarles a ser parte de una red más grande, como promotoras de salud redes de escuelas.

---

**Vulnerabilidad**

**Diferencial**

- Pobreza
- El estrés inducido.
- Respuestas ante el riesgo de exposición.
- La mayor disponibilidad de alternativas sin azúcar y la medicina.
- Las intervenciones de apoyo y hacer que las herramientas disponibles

- 
- Condiciones generales de salud.
  - Los grupos de alto riesgo.
  - Las primeras experiencias de la vida.
  - El acceso a los servicios de salud oral, productos de salud oral y opciones de protección.
- para romper la pobreza y las desigualdades sociales.
- Las medidas de apoyo que promuevan la alimentación saludable y la nutrición (por ejemplo, las comidas escolares saludables y máquinas expendedoras saludables), y reducen la cantidad de azúcares, sal y grasas en alimentos y bebidas.
  - Reorientar los servicios de salud oral, incluyendo la creación de capacidad y la prestación de atención de salud bucal comunitario para mejorar el acceso y la disponibilidad.
  - Fomentar la disponibilidad de productos de salud oral de calidad a precios asequibles (por ejemplo, pasta de dientes, cepillos de dientes), productos de salud oral subvencionados y los
-

---

alimentos y bebidas saludables.

- Regular la venta de productos nocivos o insalubres a ciertos grupos de alto riesgo en ciertos ajustes.
- Promover la salud oral a través de la prevención de enfermedades crónicas, promoción de la salud y educación para la salud.
- Integrar la salud bucodental en la comunidad, local, nacional y programas de salud internacionales.
- Trabajar en colaboración entre los departamentos gubernamentales y con las comunidades locales, otros sectores, organismos y organizaciones no gubernamentales y de otro tipo para promover la salud bucal.

---

<b>Resultados en Salud Diferenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización de los servicios de salud oral.</li> <li>• Inadecuada prestación de atención de salud bucal y de opciones de tratamiento.</li> <li>• Los grupos de alto riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir los recursos que apoyan los grupos vulnerables o de alto riesgo, como los niños, las personas mayores, personas con VIH / SIDA, y las personas con cáncer oral.</li> <li>• Mejorar la detección precoz del cáncer oral y noma con el tratamiento oportuno y referencias</li> <li>• servicios para dejar de fumar en la práctica odontológica.</li> <li>• Incluir la salud oral en la formación de los miembros del equipo de atención primaria de salud.</li> </ul>
--	---	--

---

<b>Consecuencias Diferenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto en la calidad de vida.</li> <li>• Altos costos personales, sociales y de los servicios de salud.</li> <li>• Impacto en otras comunidades y grupos sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular la venta de productos nocivos o insalubres a ciertos grupos de alto riesgo en ciertos ajustes.</li> <li>• Alentar a una alimentación sana y el consumo moderado de alcohol.</li> </ul>
------------------------------------	---	---

---

- 
- la exclusión social, el estigma, el efecto sobre la vida diaria.
  - cuidado de la salud oral de extensión hacia los grupos de población vulnerables y pobres.
  - Los sistemas de pago de terceros que reducen las desigualdades en el uso de los servicios de salud bucodental.
-



Servicio de Salud Metropolitano Oriente  
Comité de Ética Científico

### **PROTOCOLO DE APROBACIÓN DE PROYECTOS CLÍNICOS**

Con fecha 10 de Marzo de 2015, el CEC del S.S.M. Oriente analizó y aprobó el Proyecto de Investigación, patrocinado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, titulado:

“El proceso de Salud-Mental-Atención Bucal de la Isla de Pascua. Hacia una Estrategia de Educación y Promoción,”

y que conducirán las Académicas de la Universidad de Chile: Antropóloga Valentina Fajreldin Chuaqui y Odontóloga Scarlett Mac-Ginty Fontecilla en la Isla de Pascua.

Se analizó y aprobó los siguientes documentos del Proyecto de Tesis:

- Proyecto de investigación in extenso “El proceso de Salud-Mental-Atención Bucal de la Isla de Pascua. Hacia una Estrategia de Educación y Promoción”, Enero 2015;
- Consentimiento Informado para el Proyecto de investigación “El proceso de Salud-Mental-Atención Bucal de la Isla de Pascua. Hacia una Estrategia de Educación y Promoción,” firmado por el CEC del S.S.M. Oriente el 10 de Marzo de 2015;
- CV de Antropóloga Valentina Fajreldin Chuaqui;
- CV de Odontóloga Scarlett Mac-Ginty Fontecilla.

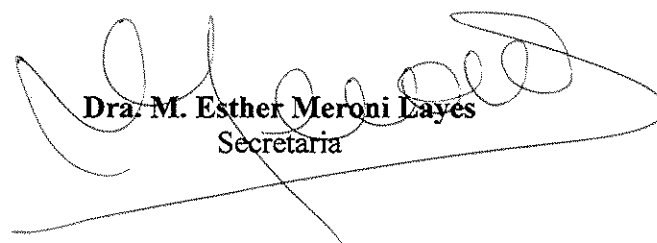
Tomó conocimiento de:

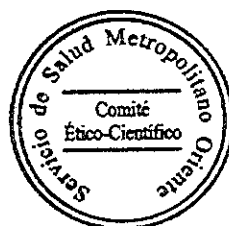
- Reseña Bibliográfica;
- Carta N° 048, del Dr. Jorge Gamonal Aravena, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, de fecha 21 Enero 2015

Envío la nómina de los miembros permanentes del CEC del S.S.M. Oriente al 10 de Marzo de 2015:



Dra. Sara Chernilo	Broncopulmonar	Inst. Nacional del Tórax
Dr. Rómulo Melo Monsalve	Neurocirujano	Inst. Nac. de Neurocirugía
Dra. M. Esther Meroni Layes	Geriatra (Secretaria)	Inst. Nac. de Geriatria
Dr. Jorge Plasser Troncoso	Cirujano- Oncólogo	Hospital del Salvador
Dr. Manuel Sedano Lorca	Gineco-Obstetra	Hospital Dr. Luis Tisné
Dr. Andrés Stuardo Luengo	Neurólogo ( Presidente)	Hospital del Salvador
Sra. Elena Núñez Migone	Enfermera- Coordinadora	No institucional
Sra. Angélica Sotomayor	Abogado	No institucional
Sr. Hugo Gutiérrez Guerra	Miembro de la Comunidad	No institucional

  
**Dra. M. Esther Meroni Layes**  
 Secretaria



Santiago, 10 de Marzo de 2015



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento de consentimiento es entregar información a los participantes en este estudio sobre los objetivos del mismo y lo que se requiere de su participación.

Este estudio se llama "El Proceso de Salud-Enfermedad-Atención Bucal en la Isla de Pascua. Hacia una Estrategia de Educación y Promoción" y está siendo desarrollada por la odontóloga Scarlett Mac-Ginty y la antropóloga Valentina Fajreldín en el marco de un proyecto de colaboración entre la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). El propósito de esta relación institucional es aportar a una mejoría continua en la administración de salud oral para la población de Isla de Pascua.

En este contexto, el estudio tiene por objetivo describir cómo se entrega atención de salud bucal en la Isla, cuáles son las expectativas de la población y los actores que debieran involucrarse en el diseño de un programa futuro de promoción y prevención en salud oral, especialmente diseñado para Rapanui, y donde se consideren sus características y particularidades culturales, sociales y geográficas.

Su participación en el estudio tiene que ver con la función que usted tiene dentro de su institución o comunidad, por lo que hemos considerado que su aporte podría enriquecer nuestra observación del fenómeno.

Si está de acuerdo en participar, le haremos una entrevista semiestructurada de aproximadamente una hora de duración, en la que conversaremos sobre temas relativos a nuestro interés, recogiendo su conocimiento sobre el tema. La entrevista será grabada para poder transcribir la información y analizarla con todas las otras entrevistas que se harán en la Isla. Como pueden existir aspectos de la conversación que usted quisiera que otras personas no conocieran, le ofrecemos confidencialidad en su nombre por quienes lean finalmente el Informe del estudio; pero si usted considera importante que en el Informe aparezca su nombre, lo consideraremos.

La participación en este estudio es voluntaria y en ningún caso sus opiniones van a servir a nadie para excluirlo de, por ejemplo, su atención de salud. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La participación en el estudio no tiene una retribución económica para los participantes.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de estudio. Igualmente, puede no conceder la entrevista 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 no responderlas.

Cualquier duda, reclamo o sugerencia por favor llamar a la oficina del Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología de la Universidad de Chile al teléfono 9781727, y preguntar por Valentina Fajreldin, cuyo mail de contacto es [valentina.fajreldin@gmail.com](mailto:valentina.fajreldin@gmail.com), o Scarlett Mac-Ginty cuyo mail de contacto es [scarlettmf@u.uchile.cl](mailto:scarlettmf@u.uchile.cl).

Una copia de este documento le será entregada, y usted puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puede contactar a las investigadoras al teléfono o al mail anteriormente mencionado.

Desde ya le agradecemos su participación.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha y lugar en que se firma

-----  
Firma de quien realiza la entrevista

-----  
Firma de Investigadoras

