



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
LABORATORIO CIENCIAS SOCIALES, BIOÉTICA Y
COMUNICACIÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIA
ODONTOLÓGICAS (ICOD)**

**Percepción del proceso de provisión de servicios y gestión local en salud,
con énfasis en salud oral en niños, niñas y adolescentes en centros
residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y
Adolescencia, Región Metropolitana.**

Un Estudio Cualitativo.

Constanza Carolina Brell Mendoza

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Valentina Fajreldin Chuaqui.

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Marcela Farias Vergara.

Dra. Lorena Moraga Aros.

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO código N° 2020 – 05: “Estrategias para el
Fomento de la Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con Menor
Acceso a Educación y Atención en Chile”**

Santiago – Chile

2024



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
LABORATORIO CIENCIAS SOCIALES, BIOÉTICA Y
COMUNICACIÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIA
ODONTOLÓGICAS (ICOD)**

**Percepción del proceso de provisión de servicios y gestión local en salud,
con énfasis en salud oral en niños, niñas y adolescentes en centros
residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y
Adolescencia, Región Metropolitana.**

Un Estudio Cualitativo.

Constanza Carolina Brell Mendoza

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Valentina Fajreldin Chuaqui.

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Marcela Farias Vergara

Dra. Lorena Moraga Aros

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO código N° 2020 – 05: “Estrategias para el
Fomento de la Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con Menor
Acceso a Educación y Atención en Chile”**

Santiago – Chile

2024

*Educar y aprender de la comunidad,
nuestra herramienta más valiosa como profesionales de la salud.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi gran compañera de vida, mi mamá, que estuvo ahí cada día al pie del cañón escuchándome, conteniéndome y aconsejándome. No hubo momento durante estos 9 años en que no fueras mi hogar físico y espiritual, te amo mamá, eres única e inigualable.

A mi papá, gracias por desafiarme constantemente, por querer sacar lo mejor de mí. Gracias por darme tu visión de mundo, herramientas para formar parte de quien soy hoy en día y tu incondicional amor, te amo papá.

A mi familia, al enano, mi tata y lela, quienes estuvieron siempre apoyándome en este camino. A mi tío Noly, Marce y Cami, mis tatas Chabela, Chundo y a Sean, que a pesar de la distancia me entregaron su ánimo y cariño estos años.

A mis tutoras, Valentina Fajreldin, quien me dio a conocer el maravilloso mundo de la investigación cualitativa y el valioso significado que posee el discurso de la comunidad, permitiendo entregar herramientas invaluable para el conocimiento. A Lorena Moraga, quien fue fundamental en el desarrollo de esta investigación, gracias por su tiempo, dedicación y mirada crítica frente a cada parte del proceso.

A la profesora Andrea Herrera, su apoyo en la mitad de la carrera fue muy importante para estar hoy aquí, estaré eternamente agradecida de todo lo que hizo por mí, por acompañarme y escucharme cuando más lo necesite.

A docentes y funcionarios en especial a Viole, Ilia y David, gracias por toda la ayuda brindada este tiempo.

A cada uno de mis pacientes, en especial a Juanita, gracias por el voto de confianza.

A mi hermana Maritza, quien a pesar de siempre vivir a kms. se las ingeniaba para estar en las buenas, malas y peores, tu amistad es el lazo más fuerte que he creado

en mi vida. Esas cabras chicas gritonas están logrando ser fuertísimas mujeres, como te lo dije una vez somos grandes como rascacielos. Te amo infinito.

A Sebastián C., Rodrigo R., Andrés K., Leonardo A. y Carlos A., mis grandes amigos a lo largo de la carrera, gracias por tanto apañe.

A Leidy B. y Catalina M., mis amiguitas más lindas. Las conocí hace muchos años, pero estos últimos tres fueron parte de mis mayores pilares, cada vez que terminaba el día sujetábamos como podíamos la estabilidad emocional de la otra jaja. Las ami.

A Bastián I, gracias por ser mi gran compañero e incondicional refugio en este largo camino, desde enseñarme física en primero, hasta celebrar mis logros y contener mis penas en las últimas clínicas. Eres una persona maravillosa y agradezco todo lo que crecí y aprendí durante estos años a tu lado, te quiero muchísimo.

En especial agradecer a dos tesoros de amistad que me entrego la universidad.

A mi gran amiga/panita máxima Fernanda, fuiste la primera persona que conocí en la U, como si nuestra amistad hubiese sido obra del azar, definitivamente no lo era, estábamos destinadas a cruzarnos y ser amiguitas 4ever. Ferja, eres un sol en mi vida, gracias por tu valiosa amistad y por estar siempre, you make me brave, te amo.

Y a mi gran partner de carrera y amiguita Mariam, bastó echarnos el mismo ramo para no separarnos nunca más. Cada recuerdo que forme en las etapas de la U fue a tu lado, llorando las mismas penas, celebrando las mismas alegrías, superando las mismas frustraciones. Bbcita, gracias por tu compañía, amor y apoyo, te amo.

A todos los que formaron parte de este camino. Titularme solo refleja la adquisición de conocimientos para entregar a los demás, pero la experiencia de crecer como persona estos años es invaluable y debido a cada uno de ustedes, estaré eternamente agradecida.

INDICE

1.	RESUMEN.....	1
2.	MARCO TEÓRICO	3
2.1	Infancia y Adolescencia: Derechos y Vulneración	3
2.1.1	Derechos de la Infancia	3
2.1.2	Derechos en Salud.....	5
2.1.3	Vulneración de los Derechos de la Niñez y Maltrato infantil	7
2.1.4	Entidades responsables del cuidado de niños, niñas y adolescentes vulnerados de derechos en Chile.	8
2.1.5	Caracterización de la población infantil y adolescente en Chile.....	15
2.2	Salud Oral y Acceso a Prestaciones en Salud de la población perteneciente Servicio de Protección Especializada.....	16
2.2.1	Salud oral en niños, niñas y adolescentes en Chile.	16
2.2.2	Acceso a prestaciones en salud y salud oral en el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.	18
2.3	Proceso de provisión de servicios en salud.....	22
3.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	27
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
4.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
4.1	Diseño Metodológico	29
4.2	Universo y muestra.....	31
4.3	Análisis de resultados.....	33
4.4	Consideraciones éticas.....	34
5.	RESULTADOS	36
5.1	Descripción de población de estudio.	36
5.1.1	Caracterización de los recintos residenciales a los que pertenecen los sujetos de estudio.	36
5.1.2	Caracterización de la población	38
5.2	Análisis de resultados.....	40

5.2.1	Organización interna de la modalidad residencial para abordar temática de salud con énfasis en salud oral.	42
5.2.2	Vinculación de la residencia con prestadores de salud.....	55
5.2.3	Mantenimiento y cuidado de Salud Oral de los NNA de la residencia	67
5.2.4	Protocolos en salud oral para los NNA pertenecientes a la residencia	75
5.2.5	Facilitadores y barreras en el proceso de provisión de los servicios de salud oral.....	83
5.2.6	Categorías Emergentes	93
6.	DISCUSIÓN.....	97
7.	CONCLUSIONES	121
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	125
9.	ANEXOS.....	143

1. RESUMEN

Introducción: El presente estudio aborda el proceso de provisión de servicios en salud oral para niños, niñas y adolescentes (NNA) en centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, en la Región Metropolitana. Este tema es crítico debido a la alta vulnerabilidad de esta población y a los desafíos históricos en garantizar el acceso adecuado a la salud.

Objetivos: Analizar la percepción del equipo tutor respecto al proceso de provisión de servicios y gestión local en salud, con énfasis en salud oral de NNA en centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia dentro de la Región Metropolitana, con el fin de generar recomendaciones para su mejora en distintos niveles de acción.

Metodología: Se empleó un enfoque cualitativo exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas a veintisiete participantes, incluyendo directores, encargados de salud y educadores de trato directo en nueve residencias colaboradoras del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, realizadas entre Junio y Agosto del 2024. Las residencias fueron seleccionadas considerando diferente ubicación comunal y tipo de modalidad residencial, con el fin de garantizar diversidad en los contextos estudiados. Los datos fueron procesados mediante análisis de contenido.

Resultados: Los hallazgos destacaron que los equipos tutores presentan conocimientos limitados sobre las orientaciones técnicas en salud, percibiendo que estas carecen de especificidad y apoyo práctico. Se evidencia una priorización en problemáticas de salud mental en comparación a las otras áreas de la salud, considerando el perfil del NNA perteneciente al Servicio. Aunque existen esfuerzos individuales para priorizar la salud oral, las barreras identificadas incluyen la limitada vinculación con prestadores de salud, insuficientes recursos y deficiencias en la capacitación del personal, las cuales poseen variabilidad dependiendo del centro residencial. Entre los facilitadores se mencionan el compromiso del equipo tutor y el apoyo de redes locales cuando están disponibles.

Conclusiones: El estudio concluye que la gestión de la salud oral en estas

residencias enfrenta múltiples desafíos estructurales y operativos, lo que afecta la garantía del derecho a la salud de los NNA. Se enfatiza la necesidad de fortalecer las capacitaciones, mejorar la coordinación intersectorial y establecer protocolos más claros y específicos en salud oral para esta población. Además, se proponen acciones educativas dirigidas al personal y a los NNA como medidas de mejora inmediata.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Infancia y Adolescencia: Derechos y Vulneración

2.1.1 Derechos de la Infancia

En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la “Declaración de los Derechos del Niño”, que consta de 10 principios en los que se establecen los derechos a la protección, educación, salud, vivienda y una nutrición adecuada del niño sin especificación etaria. En ésta se declara que “El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1959).

Treinta años más tarde, en 1989, se crea la Convención sobre los Derechos del Niño, la que constituye el primer código universal de los derechos del niño legalmente obligatorio de la historia. Comprende un total de 54 artículos que abordan todos los asuntos pertinentes a los derechos del niño. Estos artículos se agrupan en cuatro categorías principales: derechos a la Supervivencia, al Desarrollo, a la Protección y a la Participación (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989). Esta convención transformó la percepción y manera de tratar a los niños, pasando de considerarlos como objetos pasivos que necesitaban cuidados y caridad, a reconocerlos como individuos con un conjunto diferenciado de derechos (Organización de las Naciones Unidas, 2019).

Chile se suscribió a la Convención junto a 57 países más el año 1990. Y durante el transcurso de este mismo año fue promulgada como ley de la Republica mediante el Decreto Supremo 830 del Ministerio de Relaciones Exteriores, entrando en vigor oficialmente un 27 de septiembre de 1990 (Ministerio de Relaciones Exteriores, 1990). A lo largo de estas tres décadas los gobiernos han adaptado su legislación y

han implementado diversas políticas públicas y programas nacionales, cumpliendo así el compromiso que impone este tratado internacional, con el fin de consagrar los derechos de los niños, niñas y adolescentes (NNA) (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

Bajo esta concepción, el año 2015 se formula la Política Nacional de Niñez y Adolescencia para los años 2015 a 2025, en la que se reconoce el rol del Estado y la ciudadanía como garantes del respeto y promoción de los derechos de los NNA, situando el desarrollo, bienestar y felicidad de estos como factores protagónicos (Consejo Nacional de la Infancia, 2015). Para dar cumplimiento a aquello esta Política cuenta con los siguientes objetivos específicos:

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

En el año 2018 se desarrolla el *Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025*, el cual “... desarrolla en términos operativos, los lineamientos y las orientaciones de dicha Política (Política Nacional de Niñez y Adolescencia para los años 2015 a 2025), actualizando su diagnóstico y organizando el texto por ejes de derechos, con el propósito de utilizar el esquema de operacionalización de la Convención sobre los Derechos del Niño como parámetro internacional.” (Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Nacional de la Infancia, 2018).

Finalmente, el año 2022 se promulga la ley 21.430 que crea un Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia,

conformado por un conjunto de políticas, instituciones y normas orientadas a respetar, proteger y promover el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, cultural y social de los NNA. A su vez, ordenó adecuar la política Nacional vigente en ese momento en congruencia con lo estipulado (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). Por ello, el año 2024 se elabora la Política Nacional de la Niñez y Adolescencia, y su plan de acción, vigente hasta el año 2032, declarando la siguiente visión: “En Chile los niños, niñas y adolescentes ejercen plenamente todos sus derechos, en el marco de un Sistema de Garantías y Protección Integral consolidado; en un entorno social, político y económico que fomenta su crecimiento y desarrollo integral, asegurándoles que alcancen su máximo potencial de desarrollo y participen activamente en la sociedad.” (Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024).

2.1.2 Derechos en Salud

Posterior a la Segunda Guerra Mundial y a la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se decide realizar un documento que estipule una guía universal para garantizar los derechos de todas las personas en cualquier lugar y momento, el cual se convirtió en la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (DUDH) en 1948 (Organización de las Naciones Unidas, s.f.). Este documento es la primera declaración histórica que hace alusión a los derechos en salud de manera universal, declarando que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

Posterior a la aprobación de la DUDH se consideró necesario expresar los principios proclamados en un marco legal que garantizara de manera efectiva la protección de los derechos humanos, por lo que, en 1976 entra en vigor el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tratado ratificado en Chile y vigente en la actualidad. Éste recoge el derecho a la salud declarando que: “Los Estados

partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Asamblea General de Naciones Unidas, 1966).

A nivel nacional la Constitución de 1980 indica, en el Art. 19° N°9 “El derecho a la protección de la salud”, que el Estado debe proteger el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de salud, además de la rehabilitación del individuo, también debe garantizar la ejecución de las acciones de salud, tal como está determinado en la ley, ya sea por un prestador público o privado (Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 1980).

En el marco legal para abordar los derechos relacionados con la atención en salud, la ley 20.584, que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, reúne temas como la seguridad en la atención de salud, el derecho a un trato digno, el derecho de información, la participación de las personas usuarias, entre otros (Ministerio de Salud, 2012).

En conjunto a esta amplia normativa universal y local que regula y protege los derechos en salud de los individuos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce cuatro elementos esenciales en el derecho a la salud (Organización Mundial de la Salud, 2023).

- Disponibilidad: elemento que alude a la necesidad de contar con una cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios en salud para el total de la población.
- Accesibilidad: determina que los establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles para todos.
- Aceptabilidad: se requiere que los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud se centren en la persona y den respuesta a la totalidad de necesidades concretas de la población.

- Calidad: los servicios de salud deben ser seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.

2.1.3 Vulneración de los Derechos de la Niñez y Maltrato infantil

Según la Defensoría de los Derechos de la Niñez la vulneración de los derechos corresponde a “cualquier tipo de transgresión a los derechos de niños, niñas y adolescentes establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual puede ser constitutiva de delito o no, dependiendo de nuestra legislación.” (Defensoría de la Niñez, s.f.).

El Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) define como víctimas de maltrato y abandono a aquellos NNA de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales” (UNICEF, 2000).

Estudios internacionales revelan que seis de cada diez niños menores de cinco años sufren habitualmente violencia física y psicológica ejercida por sus padres o tutores; mientras que una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres declaran haber sufrido abusos sexuales cuando eran NNA; además se considera con gran certeza que hay una subestimación del fallecimientos de niños debido a maltrato, debido a que muchas muertes por maltrato infantil son atribuidas de forma errónea a otras causas (Organización Mundial de la Salud, 2024).

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los NNA y sus familias que puede tener consecuencias a largo plazo, causando estrés y asociándose a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia (como víctimas o perpetradores); depresión; consumo de tabaco; obesidad;

comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados; consumo indebido de alcohol y drogas (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La negligencia parental es otro tipo de maltrato infantil, la cual es ejercida por parte de los padres o tutores responsable del cuidado, privando a los NNA del cuidado, protección y afecto que debiesen recibir para su óptimo desarrollo integral. Ésta puede causar graves daños a la salud física y emocional de los NNA, además genera consecuencias en lo social y afectivo, produciendo baja autoestima, problemas de adaptación, de adquisición de hábitos, dificultades en el cumplimiento de normas y reglas, entre otros (Basoalto Rodríguez y Díaz Moreno, s.f.).

En Chile, la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) realizada por el Ministerio de Desarrollo Social con el objetivo de medir y realizar seguimiento del desarrollo infantil, caracterizando a su vez el hogar y entorno cercano, el año 2017 evidenció que el 56,9% de los NNA entre 5 a 12 años son víctimas de agresión psicológica por los adultos del hogar y, el 32,5%, víctimas de castigo físico (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017). Para determinar la magnitud de la exposición a violencias en los NNA y sus niveles de polivictimización, se ha realizado también la “Encuesta Nacional de Polivictimización en niñas, niños y adolescentes”, en los años 2017 y 2023. En la versión más reciente los resultados evidenciaron un aumento significativo en la prevalencia de NNA que ha sufrido maltrato por parte de sus cuidadores principales, de sus pares y victimizaciones sexuales, aumentando de 4 a 8 puntos la prevalencia de estos parámetros en los últimos 6 años (Subsecretaría de Prevención del Delito Ministerio del Interior y Seguridad Públicas, 2023).

2.1.4 Entidades responsables del cuidado de niños, niñas y adolescentes vulnerados de derechos en Chile.

El Estado de Chile es quien se encuentra a cargo del cuidado de los NNA gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos.

En 1979 se crea el Servicio Nacional de Menores (SENAME), cuyo objetivo era dar asistencia a menores que carecían de tuición, o que, teniéndola, fuera perjudicial para su desarrollo; es decir, se hacía cargo de toda población infantil vulnerada de derechos que había sufrido maltrato infantil. Cabe destacar que esta institución también estaba a cargo de adolescentes y jóvenes con problemas conductuales y aquellos que estuvieran en conflicto con la justicia (Ministerio de Justicia, 1979).

En el año 2021 el Servicio Nacional de Menores se desintegra y se crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, también denominado “Servicio de Protección Especializada” (SPE), y el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil. El primero tiene por objetivo garantizar la protección especializada de NNA gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, la restitución de estos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones, mientras que el segundo tiene como propósito administrar y ejecutar las medidas y sanciones contempladas por la ley de adolescentes y jóvenes entre 14 y 17 años que la han infringido (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021; Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2023).

Esta gran reforma al sistema fue consecuencia de una serie de eventos asociados a la reiterada vulneración de derechos que salieron a la luz en los últimos años causando una gran polémica, y dejando en evidencia el mal funcionamiento interno del servicio, la falta de fiscalización efectiva y el descuido de los gobiernos de turno.

En 2013 se dio a conocer el “Informe Jeldres”, una investigación conjunta entre el poder judicial y la UNICEF que abarcó 10 regiones y más de 6.500 NNA del SENAME. En éste se constató prostitución de niñas, abuso sexual intra-residencial reiterado, condiciones precarias, torturas, y casi nula atención médica para miles de menores, con respecto a los centros de Arica, el informe fue notablemente alarmante (Comisión Investigadora del Servicio Nacional de Menores, 2013).

El año 2016 sale a la luz el caso de Lissette Villa, una menor de 11 años que muere al interior de un centro del SENAME por asfixia mecánica combinada con elementos de sofocación a manos de funcionarias de la institución. A continuación, un extracto de lo sucedido: "Específicamente, Thiare Oyarce se encargó de sujetar fuertemente las extremidades inferiores de la niña, para inmovilizarla, mientras Conne Fritz, que a la fecha de los hechos pesaba 90 kilogramos, se subió sobre la niña, presionando de esta manera su tórax y espalda contra el piso, al tiempo que con sus manos le sujetaba sus extremidades superiores para mantenerla inmovilizada." (Cooperativa, 2022).

Dos años después, se realizó un informe de la Policía de investigaciones (PDI) al investigar 240 hogares de menores de 241 posibles, reportando que en el 100% de los centros que administraba el SENAME se constató algún tipo de abuso, mientras que, a nivel nacional, en un 50% de los hogares se verificaron abusos sexuales (Ceballos Espinoza y cols., 2018).

Estas son algunas cifras identificadas en el informe de la PDI:

- En el 88,3% de las residencias se ha registrado algún tipo de vulneración grave contra los derechos de los NNA durante su estadía residencial.
- En el 58,3% de los hogares los maltratos fueron cometidos por los mismos trabajadores encargados de cuidarlos.
- El 44,5% de los centros no cumplen con los protocolos mínimos exigidos por el SENAME.
- 42 centros no tienen encargado de salud. Entre los 198 centros que sí cuentan con uno, la función es ejercida por funcionarios que no cumplen el perfil necesario. En los 55 centros que sí cuentan con un responsable, la labor la realiza un técnico que no es del área salud, mientras que, en otros 42 centros el rol lo ejerce un funcionario sin estudios superiores (enseñanza media completa).
- En 159 centros (66,3%) la persona encargada de la administración de los fármacos en jornada diurna es un educador de trato directo (solo se le exige

4to medio rendido para ser contratado) sin la formación profesional ni técnica en el área de la salud.

El 2018 la institución SENAME realiza una auditoría social al sistema residencial de protección, la que tiene por objetivo conocer la situación en que se encuentran los NNA que forman parte de su red residencial en diferentes ámbitos en materia de derechos, como por ej. educación, hábitat y salud. Referente a la situación en materia de salud se observa que un 26% de la población que se encontraba en programas de protección residencial no se encontraba inscrita en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) que le correspondía de acuerdo con la circunscripción de la residencia. Por otra parte, según el Resumen Estadístico Mensual (REM), el número NNA vinculados a población SENAME en control de salud en Atención Primaria en Salud (APS) el año 2018 fue de 22.552 (14.3% de la población total del SENAME) (Servicio Nacional de Menores, 2019).

Las cifras entregadas por los informes mencionados evidencian un problema grave de acceso a la atención en salud, en conjunto con una mala gestión interna por parte del equipo tutor en las residencias para abordar este objetivo, dando cuenta del incumplimiento y vulneración a los derechos de los NNA pertenecientes a la ex población SENAME, hoy en día población del Servicio de Protección Especializada, privándolos del derecho fundamental a la salud.

La privación del acceso a la atención en salud y falta de interés en el cuidado de la salud de esta población da alusión a una negligencia parental. Una de las formas en las que encontramos la desatención o negligencia parental es la negligencia dental, ésta se puede definir como la omisión intencional por parte de los padres o tutores en la búsqueda o seguimiento del tratamiento adecuado para garantizar una salud oral adecuada, esta falta de atención puede ocasionar dificultades en la alimentación, retraso en el crecimiento y desarrollo, e interferir con las actividades diarias del NNA (American Academy of Pediatric Dentistry, 2004).

Los antecedentes expuestos demuestran la necesidad de una reforma profunda que ocasionó la creación de esta nueva figura el Servicio Nacional de Protección Especializada que, más allá del cambio de nombre, conlleva un cambio sistemático en la organización, planificación y oferta programática. Lo reciente de su creación denota una necesidad de investigar sobre el cumplimiento y resguardo de los derechos de los NNA tutelados por éste.

El Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia debe garantizar, en el ámbito de sus competencias y atribuciones, el pleno respeto a los NNA en su calidad de sujetos de derechos de especial protección, y también, debe hacer respetar sus derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño y los demás tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021). La última cuenta pública realizada por el SPE reveló que durante el periodo de abril 2023 a marzo 2024 se proporcionó atención a un total de 226.695 NNA en los diferentes programas de atención. (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2024)

Es importante destacar que el Servicio de Protección Especializada se encuentra en el presente aún en transformación, debido a que posee un plazo de cinco años para cambiar por completo los programas existentes previamente en el SENAME (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, s.f.).

La creación de estos nuevos programas sigue cinco líneas de acción:

- Diagnóstico Clínico Especializado y Pericia
- Fortalecimiento y vinculación
- Intervenciones ambulatorias
- Cuidado alternativo
- Adopción

La línea de acción de “Cuidado Alternativo” se refiere a una medida de protección excepcional y transitoria la que es de mandato por orden de un tribunal en casos de graves vulneraciones a los NNA. Según lo establecido por el Art. 24 de la ley 21.302 “esta línea corresponde al conjunto de modalidades alternativas de cuidado puesta a disposición de niños, niñas y adolescentes que, por diversas circunstancias, no cuentan con los cuidados permanentes de, al menos, uno de sus padres biológicos o adoptivos, o de adultos en condiciones de responsabilizarse de su crianza, ejecutadas por cuidadores especialmente entrenados para proteger, reparar y restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos y en situación de alta vulnerabilidad emocional y afectiva.” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021).

El 11% aproximadamente de los NNA pertenecientes al Servicio de Protección Especializada están en Cuidados Alternativos, de los cuales sólo un 4% se encuentran en residencias, debido a que se prioriza el cuidado bajo familias de acogida, dejando la internalización en residencias como una medida de última instancia (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, s.f.). Es importante consignar que el director de la residencia es quién asume la responsabilidad de todos los aspectos que incluye el cuidado personal, educación, cultura y recreación del niño, niña o adolescente, esto con el objetivo del cumplimiento de sus derechos y su futura autonomía (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021).

Además de las familias de acogida y las residencias del Servicio de Protección Especializada, existen los organismos colaboradores, “... personas jurídicas sin fines de lucro, personas naturales o instituciones públicas que sean reconocidas legalmente como tal”, que colaboran en las prestaciones que debe proporcionar el Servicio. Para definirse como organismos colaboradores éstos deben cumplir una serie de requisitos y estándares para la acreditación del programa al cual apoyaran (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, s.f.). A

los colaboradores que logren ser acreditados y se liciten un programa el Servicio les proporcionará aportes financieros conforme a las disposiciones explícitas a la ley 20.032, la que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados (Ministerio de Justicia, 2005).

Dentro de los organismos colaboradores existe una gran oferta programática en la línea de acción “Cuidado Alternativo”, la que se encuentra distribuida en diferentes modalidades de tipo residencial dirigidas a poblaciones de distinto rango etario, con un enfoque de atención particular para cada una. Por este motivo hay una Orientación Técnica para el cumplimiento de los objetivos y funcionamiento específico individual por tipo residencial. Entre ellas están:

- **Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares:** Las que tienen como sujeto de atención a niños y niñas de 0 a 6 años de edad, víctimas de graves vulneraciones de derechos, que no cuentan con un adulto de su familia con capacidad para ejercer su cuidado y garantizar su bienestar (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023).
- **Residencia de Protección para Mayores:** Las que tienen como sujeto de atención a NNA de entre 6 a 17 años, 11 meses y 29 días ingresados con medida de protección judicial debido a graves vulneraciones de derechos, por las cuales han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).
- **Residencia de Vida Familiar para Adolescencia Temprana:** La presente modalidad está dirigida a niños y niñas con edades entre 9 y 13 años, 11 meses y 29 días, que ingresan debido a graves vulneraciones de derechos, siendo separados de su núcleo familiar, por decisión de un juez con competencia en familia (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).
- **Residencia de Vida Familiar Para Adolescentes:** La presente modalidad está dirigida a adolescentes con edades entre 14 a 17 años, 11 meses y 29 días ingresados con medida de protección judicial debido a graves

vulneraciones de derechos, por las cuales han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar, por orden judicial, decretada por un juez con competencia en familia (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

- **Residencia para niños, niñas y adolescentes con discapacidad:** La presente modalidad está dirigida a la atención de niños, niñas y adolescentes entre 0 a 17 años, 11 meses y 29 días que ingresan con medida de protección judicial debido a graves vulneración de derechos, y que presentan discapacidad severa y profunda que les dificulta o imposibilita realizar actividades cotidianas (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).
- **Residencia para madres adolescentes:** Los sujetos de atención de la presente modalidad son adolescentes en situación de grave vulneración de derechos, embarazadas o madres menores de 18 años de edad y sus hijos/as en gestación o nacidos (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

2.1.5 Caracterización de la población infantil y adolescente en Chile.

La niñez y adolescencia son periodos claves en el desarrollo del ser humano, los cuales no deben tratados como periodos independientes dentro del ciclo de la vida. En estas etapas se da en gran medida el desarrollo cerebral, así como el de las habilidades motoras, cognitivas, lingüísticas y socioemocionales. Hay un desarrollo constante en la regulación emocional y física, aumento de la autonomía, habilidades para resolver conflictos, entre otros (Betina Lacunza y Cotini de González, 2011).

El CENSO del año 2017 arrojó que un 24,2% del total de la población son NNA, perteneciendo un 39% de éstos a la Región Metropolitana (Instituto Nacional de Estadística, 2018). La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2022 reveló que el 48,3% de los hogares con NNA se encuentra en situación de pobreza multidimensional, un 10,5% se encuentran en hacinamiento y un 5,2% se encuentra carente de los servicios básicos (Ministerio de Desarrollo Social, 2024).

En materias de salud la CASEN 2022 indicó que un 79,5% de los NNA se encuentran afiliados al sistema previsional FONASA, un 5,8% de los hogares con presencia de NNA carecen de adscripción al sistema de salud y un 6,6% carece de atención en salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2024). La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en su Encuesta de Vulnerabilidad, explicada en el Mapa Nutricional del año 2023, evidenció que un 26,7% de los NNA de los niveles pre-kinder, kínder, 1° básico, 5° básico y 1° medio posee sobrepeso, y un 23,3%, obesidad u obesidad severa, por lo que un 50% de esta población tiene malnutrición por exceso. Cuando estos datos son cruzados con su respectivo Registro Social de Hogares (RSH) se observa que a medida que disminuye la calificación socioeconómica, aumenta la malnutrición por exceso (Subdepartamento de Estudios y Análisis de Datos Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 2024).

2.2 Salud Oral y Acceso a Prestaciones en Salud de la población perteneciente Servicio de Protección Especializada.

2.2.1 Salud oral en niños, niñas y adolescentes en Chile.

Las enfermedades bucodentales afectan a más de 3.500 millones de personas en el mundo de las cuales tres de cuatro viven en países de ingresos medios y afectando aproximadamente a 514 millones de niños en su dentición decidua. Su alta prevalencia mundial constituye estas como uno de los grandes problemas en salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La caries dental, enfermedades periodontales y anomalías dentomaxilares se consideran las enfermedades bucodentales más prevalentes viéndose reflejada desde los primeros años de vida y aumentando su prevalencia al pasar el tiempo (Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal, 2010).

Dentro de los factores que incrementan la prevalencia de estas enfermedades encontramos una insuficiente exposición a flúor, la amplia disponibilidad de alimentos ricos en carbohidratos simples y el acceso insuficiente a servicios de atención de salud oral (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La enfermedad bucal más prevalente en la infancia y adolescencia es la caries dental, teniendo un impacto altamente negativo en la calidad de vida de esta población (Espinoza-Espinoza y cols., 2021). Ésta es una enfermedad crónica multifactorial no transmisible, que se produce por un desequilibrio en el biofilm dental mediado por cambios en el pH salival por la ingesta de carbohidratos (Cabello Ibacache y Rodríguez Martínez, 2024).

En la población infantil la caries temprana de la infancia (CTI) se verá condicionada por múltiples determinantes sociales como lo son el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación de la madre, prácticas alimentarias, entre otros (Echeverría López y cols., 2020). Algunos estudios han demostrado que la CTI incluso se puede observar como un marcador de desigualdad social (Baggio y cols., 2015).

Hay que consignar que la enfermedad de caries dental tiene un impacto significativo en el bienestar psicosocial de los niños y puede interferir en su desempeño en las actividades cotidianas, es decir, afecta directamente en la calidad de vida y capacidad de relacionarse con su entorno (Munayco Pantoja y cols., 2020).

En Chile, el análisis más actualizado que se ha realizado sobre la situación de salud bucal por el Ministerio de Salud, que incluía población infantil y adolescente, fue realizado el año 2010, el que evidenció la presencia de altos índices de caries en la población infantil, con una prevalencia de caries en niños(as) de 6 y 12 años de 70,3% y 62,5%, respectivamente, cifras altamente preocupantes, además, se observa una prevalencia de 16,8% en niños(as) de 2 años, edad en la que los dientes han estado en boca expuestos a carbohidratos simples un periodo de tiempo muy breve. El mismo análisis muestra elevados índices de gingivitis, con una

prevalencia de 55,1% y 66,9% a los 6 y 12 años, respectivamente, y una prevalencia de anomalías dentomaxilares de 53% a los 12 años (Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal, 2010).

Una revisión de los estudios epidemiológicos de salud oral en Chile entre los años 2007 a 2015 evidenció que, con respecto a la prevalencia de historia de caries, lesiones de caries no tratadas e historia de caries según el índice ceod (nº de dientes temporales cariados, extraídos y obturados), la mayor prevalencia de historia de caries es a los 2 años según algunos estudios, aunque otros demostraran que es a los 4 años y a los 6 años. En cuanto a la gingivitis se observa que a los 6 años la prevalencia oscila entre 21% al 55%. Y con respecto a la evaluación de maloclusiones la mayor prevalencia se obtuvo en un estudio en la RM llegando a un 49% aproximado a los 2 y 4 años (Moraga Aros y cols., 2022).

En esta revisión se consideraron también variables como el sexo, nivel socioeconómico (NSE) y zona (urbana o rural), observándose que había una mayor prevalencia de historia de caries y lesiones no tratadas en niños pertenecientes a un NSE bajo y a áreas rurales (Moraga Aros y cols., 2022).

Dado la alta prevalencia de las enfermedades de salud bucodental en NNA el Plan Nacional de Salud Bucal actual abarca estrategias como promover hábitos saludables con énfasis en alimentación e higiene, instalar el uso adecuado de fluoruros como medida de protección específica, mejorar las condiciones de salud bucal del personal a cargo del cuidado de los NNA, e integrar a los padres y apoderados de los mismos en el cuidado de su salud bucal (Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal, 2021).

2.2.2 Acceso a prestaciones en salud y salud oral en el Servicio Nacional de

Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

Los NNA pertenecientes al Servicio de Protección deben ser priorizados en la atención de todos los programas vigentes de los órganos dependientes de la administración del Estado, según lo estipulado en la ley 21.302, enunciado que respalda lo expuesto en la ley de garantías de derechos de la niñez y adolescencia, que explicita que los niños vulnerados tendrán especial prioridad en la atención de los servicios de salud y en la ley de regulación de los organismos colaboradores que también declara al Estado como ente que debe velar por el acceso oportuno y preferente a los servicios sanitarios y de rehabilitación de salud de estos (Ministerio de Justicia, 2005; Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021; Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

Como se observa en los antecedentes del marco legal nacional, múltiples leyes declaran que el acceso en los diferentes dispositivos de salud nacional para los NNA pertenecientes al Servicio de Protección Especializada es prioritario, y que en la formulación de los diferentes programas de salud se deben considerar acciones específicas para ellos, debido a su contexto particular, que difiere de los NNA no pertenecientes al Servicio (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021).

Actualmente, el Servicio de Protección Especializada cuenta con una comisión, denominada “Comisión Coordinadora de Protección Nacional” (CCPN), la que tiene como objetivo liderar y consolidar la coordinación intersectorial entre los órganos de administración del Estado, incluyendo al Ministerio de Salud, para garantizar de manera oportuna prestaciones y servicios orientados a la protección y restitución de los derechos de los NNA sujetos de atención de Servicio (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021). Para realizar esta labor, es esencial que la comisión evalúe, diseñe, planifique y tome las decisiones necesarias para articular y materializar las acciones de todo el intersector (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2024).

En colaboración al trabajo de la CCPN el Servicio de Protección Especializada posee un Departamento de asistencia y transferencia técnica, el que acompaña al mejoramiento de todos los procesos de intervención y prestaciones que ofrece. Una de las áreas de intervención se denomina “Intervención en Gestión Intersectorial”, que tiene como objetivo activar la gestión intersectorial. El primer eje de esta área, “Vida y supervivencia temas prioritarios: Salud Integral”, trata sobre la prevención y tratamiento en salud integral especialmente salud mental y consumo de drogas. Para abordar este eje existe el Sistema Intersectorial de Salud Integral (SISI) compuesto por integrantes del Ministerio de Salud, Servicio de Protección Especializada, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil. El objetivo del SISI es dar una respuesta oportuna, eficiente, integral y de calidad a las diferentes necesidades en salud de la población que se encuentra bajo el cuidado y protección del Estado, contemplando acciones que están orientadas a la promoción del bienestar biopsicosocial (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2024).

Los referentes del Servicio de Protección Especializada corresponden a 3 individuos:

- Analista de salud
- Enfermero de soporte
- Analista de coordinación intersectorial

A nivel local, a pesar de que cada modalidad residencial cuenta con sus Orientaciones técnicas (OOTT) individualizadas que definen los lineamientos para su funcionamiento, existen directrices transversales sobre el resguardo, cuidado y mantención de la salud de los NNA que habitan la residencia.

Tabla N° 1: Lineamientos para el resguardo, cuidado y mantención de la salud de los NNA en las residencias de Organismos Colaboradores.

Directrices transversales con respecto al resguardo, cuidado y mantención de la salud de los NNA

- Se debe resguardar el acceso a la salud de los NNA desde el ingreso a la residencia hasta el momento en que egresan, respecto a prestaciones de salud primaria o especializadas.
- Todos los NNA deben estar inscritos en el consultorio del sector de ubicación de la residencia.
- Se debe resguardar que los NNA asistan a las atenciones de salud respectivas con acompañamiento del personal de la residencia.
- Cada NNA debe contar con una Carpeta Individual con todos los antecedentes en salud que se desarrollen durante el tiempo que se encuentran bajo el cuidado residencial.
- Las residencias deben contar con los productos y utensilios necesarios para mantener la higiene de los NNA.
- Debe existir una adecuada coordinación y vinculación con el sistema de salud, y las redes locales del intersector para concretar las prestaciones y beneficios necesarios en el proceso de restitución de derechos.

Fuente: Elaboración propia a partir de las Orientaciones Técnicas de las diferentes modalidades residenciales. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

El Ministerio de Salud debe considerar acciones específicas para los NNA sujetos de atención del Servicio de Protección Especializada en la formulación de sus programas, esto lo deja explícito la ley 21.102. Por esto, tanto en las OOTT de los GES Odontológicos, como en los diferentes Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) odontológicos que incluyen a la población infantil y adolescente (entre estos, Programa CERO Infantil y Adolescente, Programa Odontológico Integral y Sembrando Sonrisas), tienen un apartado titulado “Atención beneficiarios del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y SENAME”. En éste comunican que los NNA pertenecientes al Servicio deben ser considerados y priorizados mediante un trabajo colaborativo y

organizado del equipo de salud y el intersector, de esta forma otorgarles atención oportuna y efectiva en todos los dispositivos de salud. Además, menciona que se debe asegurar la continuidad de cuidados tanto en los prestadores de la red de salud, como en su contexto cotidiano, es decir, las residencias. También hace especial énfasis en que debe haber una comunicación permanente a nivel del intersector para lograr estos objetivos y coordinar todas las acciones necesarias. (Ministerio de Salud, 2024).

Particularmente en las OOTT del Programa CERO Infantil y Adolescente se sostiene que ciertas acciones indicadas por el programa se deben dejar registradas en el Resumen Estadístico Mensual (REM), en los apartados correspondientes específicos para esta población (Ministerio de Salud, 2024).

2.3 Proceso de provisión de servicios en salud.

Es posible identificar cinco importantes etapas desde el punto de vista de la provisión de servicios que, sucesivamente, llevan a una intervención de salud deseada (Tanahashi, 1978; Hirmas Aday y cols., 2013): (Figura 1)

1. Disponibilidad: Ésta hace referencia a la disponibilidad de recursos: instalaciones o equipos, recurso humano, insumos, entre otros. La disponibilidad de éstos limita la capacidad máxima del servicio, que, a su vez, define la cantidad de servicio que puede estar disponible para la población objetivo.
2. Accesibilidad: El servicio debe estar a un alcance razonable para que los usuarios puedan acceder a éste y beneficiarse de sus prestaciones, es decir, debe ser accesible de manera física, administrativa y financiera.
3. Aceptabilidad: El servicio debe ser aceptado por los usuarios, para que ellos lo busquen y utilicen. La aceptabilidad dependerá de factores sociales, culturales, religiosos, entre otros.
4. Contacto: Se refiere al contacto real entre el proveedor del servicio y el usuario. Esto se puede deber a múltiples factores como: la percepción del

usuario de la atención, la calidad de la atención, la adaptación del servicio al usuario.

5. **Desempeño del servicio:** Se refiere a si el servicio es evaluado en forma satisfactoria por el usuario. El contacto entre el proveedor del servicio y el usuario no siempre garantiza una intervención exitosa, relacionada con el problema de salud del usuario, o un servicio efectivo. Por tanto, la provisión del servicio debe ser eficaz para mantener la continuidad de la atención.

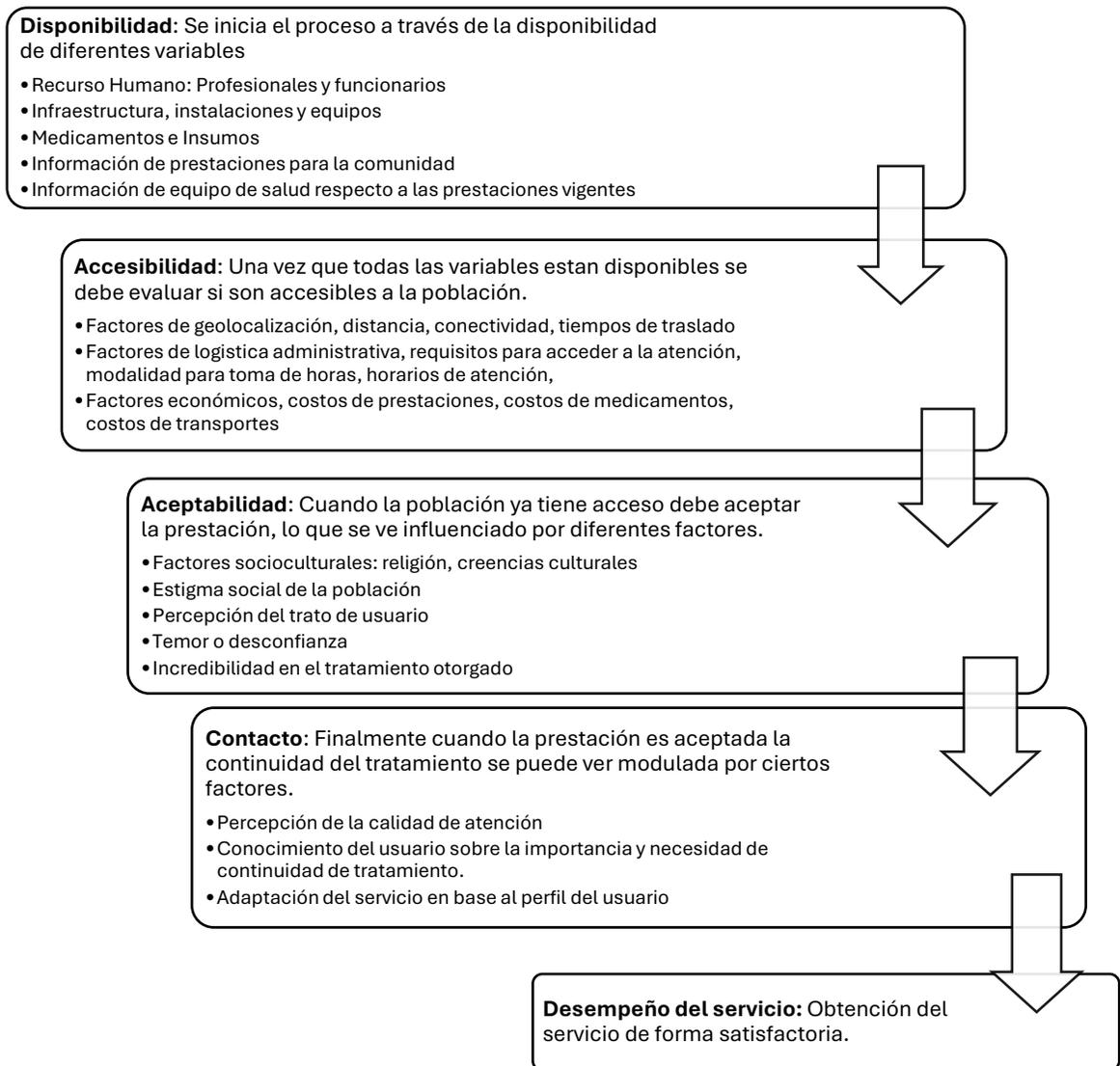


Figura 1: Proceso de provisión de servicios de salud. Elaboración propia.

La cobertura del servicio de salud es un concepto que expresa el grado de interacción entre el servicio y las personas a las que está destinado; esta interacción no se limita a un aspecto particular de la provisión del servicio sino que abarca todo el proceso desde la asignación de recursos hasta el logro del objetivo deseado (Tanahashi, 1978).

El acceso a la atención sanitaria es el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda. Por tanto, acceder a un servicio de salud para la provisión de determinadas prestaciones es un proceso complejo, debido a los múltiples factores y actores que influyen para obtener un resultado deseado (Garbus, 2012).

Para satisfacer una política de salud enfocada en garantizar los derechos de las personas, responder a las demandas de la población y, finalmente, lograr una exitosa provisión de los servicios de salud, es imprescindible una correcta gestión de la demanda en red (Vergara y cols., 2012).

La gestión de la demanda se entiende como el proceso de análisis y búsqueda de respuestas a las demandas o necesidades de los usuarios. Este análisis implicará ver el perfil de necesidades desde una mirada crítica tanto de la población como de la capacidad resolutoria de los dispositivos de salud (Depaux V, 2009). Según Vergara ... “la gestión de la demanda supone una intervención anticipativa sobre la demanda y no una respuesta a la expresión libre y espontánea de la misma”, ésta se fundamenta bajo la lógica de promoción de salud y prevención de enfermedades, diagnósticos tempranos, tratamientos oportunos, derivaciones certeras, entre otros. Su objetivo es gestionar la demanda sin depender netamente de aumentar la oferta disponible, y así de esta forma estrechar la brecha oferta- demanda (Vergara y cols., 2012).

Mancera el año 2010, postula que, en la demanda del uso de los servicios de salud, los factores relacionados con el usuario explican un 50% de la variabilidad de la utilización, siendo la otra mitad relacionada con los factores del profesional y la organización. Dentro de los factores que involucran al usuario del servicio encontramos mayores números de problemas en salud, patologías crónicas, percepción de la atención recibida, entre otros (Mancera Romero, 2010). Por esto, muchas estrategias para la gestión de la demanda de uso de los servicios sanitarios están dirigidas a los usuarios. Algunas de estas son:

- Educación sanitaria sobre problemas de salud.
- Fomento y educación sobre el autocuidado de las comorbilidades crónicas.
- Reconducir expectativas de salud elevadas de los usuarios.

A nivel de gestión de la APS, la participación comunitaria y el intersector se vuelven esenciales. El gestor debe tener la capacidad de crear estrategias para escuchar a la comunidad y así responder a sus requerimientos de forma coordinada en base a compromisos. Que los servicios tengan una capacidad anticipatoria y de articulación con la comunidad es absolutamente beneficioso para el desarrollo de sus objetivos (Vergara y cols., 2012).

Es importante destacar que un aspecto clave en la gestión de la demanda es valorar la opinión de la comunidad y conocer las expectativas de los usuarios para la resolución de sus problemas, ya que, aunque desde la perspectiva del prestador, la provisión del servicio se realizó de manera adecuada, si la percepción del usuario no es positiva, no se considera que la prestación del servicio fue recibido de manera satisfactoria (Jara Stapfer, 2023).

Con base a lo propuesto a lo largo de este marco teórico, y considerando el nuevo escenario institucional y lo reciente de su creación, es de suma importancia conocer en profundidad si se hace efectiva la garantía del derecho a la salud, estudiando el proceso de prestación de servicio de atención sanitaria, específicamente en salud oral, de la población de NNA perteneciente al Servicio de Protección Especializado.

Además, es fundamental entender en detalle la organización interna de la gestión del cuidado y la mantención de la salud por parte del equipo tutor, así como identificar las barreras y facilitadores presentes al acceder a las prestaciones de salud.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Un estudio de carácter cualitativo exploratorio no requiere del uso de hipótesis, ya que lo que se pretende es conocer el fenómeno sin preconcepciones a priori que puedan limitar los hallazgos (Marshall y Rossman, 2006).

Aun así, en base a la información actual disponible y como orientaciones hacia la investigación, se plantean los siguientes **supuestos de investigación**:

- Existen limitaciones para que los niños, niñas y adolescentes del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia ejerzan plenamente su derecho a la salud tal como está reconocido en la legislación vigente.
- Existen dificultades en el proceso de provisión de servicios y en la gestión local en salud oral de la población del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, y estas se manifiestan de manera diferente entre los centros residenciales.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción del equipo tutor respecto al proceso de provisión de servicios y gestión local en salud, con énfasis en salud oral de NNA en centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia dentro de la Región Metropolitana, con el fin de generar recomendaciones para su mejora en distintos niveles de acción.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1 Caracterizar el proceso de provisión de servicios y gestión local en salud, con énfasis en salud oral desde la perspectiva del equipo tutor que trabaja en los centros residenciales.

- 3.2.2 Identificar barreras y facilitadores del proceso de provisión de servicios en salud oral desde la perspectiva del equipo tutor que trabaja en los centros residenciales.
- 3.2.3 Generar propuestas de mejora para el proceso de provisión de servicios y gestión local en salud oral.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Diseño Metodológico

La investigación cualitativa posee un paradigma hermenéutico el que utiliza el entendimiento y la interpretación como elementos principales para comprender la realidad de un suceso, otorgándole a su vez suma importancia al sentido y significado con el cual los actores involucrados definen este mismo (Ruiz Olabuénaga, 2012). Un estudio cualitativo posee una epistemología fenomenológica, relativista y perspectivista, éste ocupa la experiencia vivida desde la perspectiva del mismo individuo para proporcionar la descripción de aquella, en vez de buscar explicaciones causales (Ashton, 2014).

Cuando el fenómeno que buscamos estudiar es desconocido y no ha sido investigado previamente utilizamos un abordaje exploratorio, de esta forma se realiza un primer acercamiento para identificar construcciones subjetivas que surgen de la interacción del individuo y el fenómeno (Ramos Galarza, 2020).

Considerando todo lo mencionado se decidió realizar el estudio bajo una perspectiva cualitativa con un abordaje exploratorio, debido a que pretendía describir y analizar en profundidad el fenómeno de la gestión de salud con enfoque en salud oral de los NNA pertenecientes a centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia en la Región Metropolitana desde la perspectiva del equipo tutor que trabaja en estos centros.

Para lograr aquello se utilizó como método de obtención de información la técnica de **entrevista semiestructurada en profundidad**, debido a que éste es un instrumento que busca encontrar lo que es relevante y de importancia para el individuo entrevistado, sus significados, perspectivas e interpretaciones, permitiendo de esta forma explorar el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el fenómeno en el que están inmersos (Ruiz Olabuénaga, 2012).

Se creó una pauta temática para las entrevistas (Anexo 1), con preguntas relacionadas y atingentes a cada objetivo de la investigación, la que fue visada por la tutora principal y la asesora experta. En coherencia con la naturaleza del instrumento, la entrevistadora valoró principalmente el discurso del entrevistado, por lo que se privilegió la espontaneidad del relato, pudiendo surgir a su vez temáticas emergentes, debido a que la pauta no es un protocolo estructurado, sino que una guía para asegurarse que las temáticas en cuestión sean exploradas (Quecedo Lecanda y Castaño Garrido, 2002).

Cabe destacar la importancia de conocer la gestión interna de las residencias, ya que, al carecer de un tutor paternal responsable, los encargados de velar por el cumplimiento del derecho a la salud, específicamente salud oral de los NNA pertenecientes al servicio son el equipo tutor de las mismas, el cual debe contar con una organización coordinada para cumplir con este objetivo.

La pauta temática abordó las siguientes categorías:

- Organización interna de la modalidad residencial para abordar temática de salud, con énfasis en salud oral.
- Vinculación de la residencia con prestadores de salud.
- Mantención y cuidado de la salud oral de los NNA de la residencia.
- Protocolos en salud oral para los NNA pertenecientes a la residencia.
- Facilitadores y barreras en el proceso de provisión del servicio de salud oral.

Las entrevistas fueron realizadas en su mayoría de manera presencial en los diferentes centros residenciales bajo un contexto de privacidad. El director(a) de la residencia proporcionó una sala, lugar en el que solo se encontraba el entrevistador y entrevistado. En sólo tres circunstancias las entrevistas se realizaron mediante plataforma Zoom, debido a dificultades en la disponibilidad de horario.

4.2 Universo y muestra

Esta investigación fue llevada a cabo en 9 centros residenciales colaboradores con el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, pertenecientes a la línea de acción de “Cuidado Alternativo” emplazados dentro de la Región Metropolitana. Además, se consideró que pertenecieran exclusivamente a 3 modalidades de tipo residencial, estas fueron:

- REM – Residencia de Protección para Mayores con Programa
- RLP – Residencia de protección para lactantes y preescolares (con programa)
- RVA – Residencia de vida familiar para adolescentes

El objetivo de incluir diferentes modelos de proyecto residencial fue obtener mayor variabilidad del fenómeno, debido a que cada modalidad tiene diferencias en: sus características, modelo de proyecto, orientación técnica y, lo más relevante, el rango etario en los NNA pertenecientes a éstas.

Además, se seleccionaron centros residenciales ubicados en diferentes comunas de la Región Metropolitana con el fin de obtener variabilidad en la población del estudio, y su contexto local (ej. índice de desarrollo humano, conectividad, etc.), esto considerando que cada comuna tiene sus propias particularidades.

Por otra parte, los centros de salud de atención primaria (proveedores del servicio para los NNA de los centros) presentan diferentes mecanismos de organización interna y administración, los cuales van a depender de su dependencia administrativa.

Se realizó la selección de la muestra considerando obtener perspectivas desde diferentes niveles de acción en la residencia. Por lo que se decidió identificar a 3 actores relevantes dentro del proceso de gestión de salud con enfoque en salud oral de los NNA. Estos fueron:

- Director(a) del centro residencial: con el objetivo de obtener una perspectiva desde la gestión del equipo de trabajo y la dirección del funcionamiento de la residencia.
- Encargado(a) de salud / variante: con el objetivo de obtener la perspectiva desde el profesional que coordina el área de salud dentro de la residencia.
- Educador de trato directo (ETD) / tutor: con el objetivo de obtener la perspectiva desde la encargada del cuidado directo y educación de los NNA, ya que son ellas quienes viven la cotidianidad del día a día y tienen una relación más cercana con ellos.

Se realizó un total de veintisiete entrevistas en las nueve residencias que participaron en el estudio entre Junio y Agosto del 2024. Se puede observar un cuadro resumen de las entrevistas realizadas, junto a su modalidad. (tabla N°2)

Tabla N°2: Resumen de entrevistas.

Residencia	Cantidad de entrevistas	Modalidad de entrevistas	
		Presencial	Telemática/Zoom
RLP Santiago, Pleyades	3	3	-
RLP Santiago, Guadalupe	3	1	2
RLP Quinta Normal	3	3	-
REM Buin	3	3	-
REM Ñuñoa	3	2	1
REM La Florida	3	3	-
RVA Recoleta	3	3	-
RVA Estación Central	3	3	-
RVA La Pintana	3	3	-
Total de entrevistas	27	24	3

4.3 Análisis de resultados

El análisis de contenido es definido por Bardin (1986) como *“Un conjunto de técnicas de análisis de comunicaciones tendente a obtener indicadores por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes”*. Por ende, podríamos referirnos a ella como una técnica que mediante la organización sistemática de la información obtenida de los discursos nos permite la descripción de estos, y a su vez deducir o inferir más allá, facilitando analizar las causas que pueden llevar a este enunciado o las consecuencias que podría llegar a tener (Bardin, 1986). Ésta, además de analizar las características encontradas en los discursos, busca encontrarle sentido a lo enunciado por el entrevistado y lo que representa dentro del contexto en el que está inmersa la investigación (Díaz Herrera, 2018).

Debido a lo anteriormente mencionado se decidió analizar la información obtenida en las entrevistas mediante un análisis narrativo de contenido, así se logró explorar de mejor forma el fenómeno en cuestión, además de valorar en su plenitud el discurso entregado por el equipo que trabaja en los centros residenciales.

Para el análisis de resultados se realizó la transcripción manual de las entrevistas, las que fueron registradas mediante una grabación por grabadora/aparato celular. Se realizó la identificación de cada entrevista de tal forma que se caracterizó a los sujetos de estudio con elementos fundamentales para permitir un mejor entendimiento a la hora de analizar posteriormente su discurso. Estos fueron: el cargo que ejecutaba dentro del centro residencial, el tipo de proyecto residencial al cual pertenecía, la comuna en la que estaba ubicada el centro residencial y su sexo. La codificación se adjunta en el anexo N° 3.

Mediante esta codificación se categorizó la información obtenida según las dimensiones propuestas inicialmente en la pauta formulando categorías y

subcategorías. Los discursos fueron leídos múltiples veces obteniendo citas que fueron agrupadas en las subcategorías para su posterior análisis.

En el análisis de resultados se utilizaron las etapas propuestas en el “Proceso de provisión de servicios de salud.” (Figura 1), para agrupar los diferentes facilitadores y barreras que fueron pesquisados en la operativización del acceso a la atención en salud oral.

4.4 Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se ajusta a las consideraciones éticas establecidas para el PRI-ODO DIFO N°2020 – 05.

Se aplicó el proceso de consentimiento informado en cada sujeto entrevistado, cumpliendo los siguientes requisitos: la entrega de información necesaria, el entendimiento de la información, la capacidad de consentimiento y la voluntariedad del participante. El documento de Consentimiento Informado fue visado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Anexo 4). Éste fue leído en conjunto con el participante previo a cada entrevista, quien manifestó la voluntad de participación mediante la firma del Formulario de Consentimiento Informado.

Además, se solicitó formalmente la autorización a cada director de los centros residenciales para permitir el contacto formal, la autorización para la participación del estudio a su equipo y el ingreso a las dependencias de las residencias colaboradores del Servicio de Protección Especializada. (Anexo 5).

Los datos entregados fueron anonimizados, incluida cualquier alusión en las entrevistas a la identidad de los menores pertenecientes a la población del Servicio de Protección Especializada.

La información emanada de las entrevistas fue utilizada solo para dar respuesta a

los objetivos de este estudio y eventualmente podría utilizarse para la publicación del estudio o como antecedente para próximos estudios o publicaciones bajo las mismas consideraciones éticas.

Los resultados de este estudio permitieron crear un documento de recomendaciones que contiene propuestas que apuntan hacia la mejora de la gestión de salud, específicamente de salud oral por parte del equipo tutor de la residencia. Esto se realizó como medio de empoderamiento para el equipo tutor de los NNA pertenecientes al Servicio, situándolos en una posición participativa y protagonista del cambio que puede generar la información revelada por la investigación.

Además, se estipuló en conjunto y, particularmente con cada residencia, realizar una jornada de educación destinada al equipo tutor y/o a los NNA de las residencias, para abordar las temáticas de higiene oral, cuidado y mantención de la salud oral.

5. RESULTADOS

5.1 Descripción de población de estudio.

5.1.1 Caracterización de los recintos residenciales a los que pertenecen los sujetos de estudio.

El estudio se emplazó en residencias administradas por Organismos Colaboradores, ya que para acceder a residencias de administración directa es necesaria la aprobación de éste por el Servicio de Protección Especializada mediante una “Solicitud de manifestación de interés”, lo cual puede demorar un tiempo prolongado afectando el desarrollo del presente estudio.

La caracterización de las residencias se obtuvo gracias a la información proveniente de la base de datos publicada por el Servicio de Protección Especializada en su página web, “Oferta Programática Actualizada a septiembre del 2023”, en esta misma se obtuvo el contacto telefónico y correo electrónico.

En el estudio se incluyeron tres modalidades de tipo residencial las cuales fueron:

- Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares (RPL).
- Residencia de Protección para Mayores (REM).
- RVA: Residencia de Vida Familiar para Adolescentes (RVA).

Por cada modalidad residencial participaron tres residencias ubicadas en diferentes comunas de la Región Metropolitana.

Las 9 residencias incluidas en este estudio se caracterizan en la tabla N°3.

Tabla N°3: Caracterización de residencias estudiadas.

Residencia	Modalidad Residencial	Comuna	Administración	Características
Hogar Santa Catalina	RLP	Quinta Normal	O.N.G de Desarrollo Hogar Casa Santa Catalina, hogar único perteneciente a la administración.	Residen niños y niñas entre 3 a 6 años, y 1 niño de 12 años.
Hogar Pleyades	RLP	Santiago	Fundación Pleyades, hogar único perteneciente a la administración.	Residen 12 niños y niñas entre 3 a 6 años.
Residencia para pre-escolares Guadalupe Acoge	RLP	Santiago	Fundación Guadalupe Acoge, residencia única perteneciente a la administración.	Residen 23 NNA entre 4 a 12 años, siendo la mayoría entre 6 a 7 años.
Proyecto Ñuño hue, Aldeas Infantiles SOS	REM	Ñuñoa	O.N.G Aldeas Infantiles SOS Chile, la cual administra 7 aldeas infantiles ubicadas a lo largo de Chile, de Antofagasta a Puerto Varas.	Consta de 3 casas que comparten el mismo equipo técnico. Residen 20 NNA entre 6 a 18 años.
Casa Caridad Don Orione	REM	Buín	Congregación Pequeñas Hermanas Misioneras de la Caridad Don Orione. Centro residencial único perteneciente a la administración.	Comprende varias casas ubicadas en el mismo recinto, en ellas habitan niñas, adolescentes y adultas con discapacidad intelectual de 6 a 61 años, debido a que además poseen la licitación de convenio con el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). Con respecto a la población que pertenece al SPE residen 20 niñas y adolescentes de 6 a 18 años.

Residencia Santa María	REM	La Florida	María Ayuda Corporación de Beneficencia, la cual administra 10 programas residenciales a lo largo del país.	Residen exclusivamente niñas y adolescentes de 6 a 12 años.
Residencia Municipal de Recoleta	RVA	Recoleta	Ilustre Municipalidad de Recoleta.	Residen NNA de 12 a 17 años, y 2 niños de 19 años.
Residencia Arica	RVA	Estación Central	Fundación de beneficencia Hogar de Cristo, la que administra 4 programas residenciales, 2 ubicados en la RM y 2 en la Región de Coquimbo.	Residen exclusivamente 10 adolescentes entre 14 y 17 años.
Residencia El Encuentro	RVA	La Pintana	Fundación Padre Semeria, la que administra dos residencias en la comuna de La Pintana y una en San Vicente de Tagua – Tagua.	Residen exclusivamente 6 adolescentes de 14 a 17 años.

5.1.2 Caracterización de la población

La caracterización de la población se efectuó a través de la información proporcionada por los entrevistados de cada una de las nueve residencias, a saber:

- El/la Director/a de cada residencia.
- El/la encargado/a de gestionar el área de salud en la residencia, y
- Cualquier persona encargada del cuidado y trato directo cotidiano con los NNA de la residencia. Este último entrevistado fue elegido por el director/a de la residencia.

En el Anexo N° 6 se observa una tabla con la caracterización de cada sujeto de estudio.

Tabla N° 4. Caracterización de los sujetos de estudio (general)

Entrevistado	Caracterización
Director(a) Residencial	Se logró entrevistar a todos los directores/as de las residencias, con excepción del Hogar Pleyades, en donde se entrevistó al Director subrogante, debido a que la Directora de la residencia se encontraba con licencia post natal.
Encargado(a) del área Salud	<p>En las seis residencias de modalidad RLP y REM según sus OOTT existe en el organigrama el cargo de “Encargado de Salud”, lográndose entrevistar a la persona que cumplía este rol.</p> <p>En el caso de las tres residencias de modalidad RVA (Residencia Municipal de Recoleta, Residencia Arica y Residencia El Encuentro) según sus OOTT no existe en su organigrama el cargo de “Encargado de Salud”, por lo que se dejó a libre albedrío del director de la residencia quién cumpliría esta labor.</p> <p>En la Casa Caridad Don Orione se entrevistó a la ex encargada de salud, quién la directora consideró que era la persona indicada para entregar la mayor cantidad de información. Esta persona ya no cumplía el rol de encargada de salud debido a la reformulación reciente de la coordinación, atribuyéndole esta labor a las duplas psico-sociales, parejas de psicólogas y trabajadoras sociales que trabajan en conjunto con un determinado grupo de niñas o adolescentes en la residencia.</p>
Educador(a) de	En todas las modalidades residenciales existen los

Trato Directo (ETD)	Educadores de Trato Directo (ETD), que son las personas que viven y comparten en la cotidianidad con los NNA. En general se dividen en sistemas de turnos de 12 horas. En algunas residencias existe el término “educadora significativa” que se refiere a una ETD a cargo de tres o cuatro niños que crea un vínculo más cercano con ellos, asumiendo a su vez responsabilidades como administrar los medicamentos y ser la primera opción de compañía en caso de salidas a horas médicas o tramites. En la mayoría de las residencias se entrevistó a una ETD de turno diurno. En el Hogar Pleyades el director definió que la tercera entrevistada fuera la Encargada de Vida Cotidiana, quien además era la jefa de las ETD.
---------------------	---

Para fines de esta investigación se nombrará al conjunto de entrevistados como “equipo tutor”.

5.2 Análisis de resultados

Una vez realizadas las veintisiete entrevistas se procedió a transcribirlas manualmente, de forma literal. Se intentó reflejar las expresiones de los individuos en la transcripción añadiendo entre paréntesis comentarios con respecto a sus emociones. Posterior a esto, se efectuó la lectura rigurosa de la información contenida en las entrevistas, en reiteradas ocasiones, permitiendo la sistematización de la información en las categorías y subcategorías propuestas, además, se recogió parte de los discursos en temáticas que emergieron durante el proceso de lectura (temáticas emergentes). Las categorías, subcategorías y temas emergentes se describen en la Tabla N°5.

Los resultados fueron agrupados según subcategorías, considerando citas textuales que expresaban de mejor forma la idea mencionada.

Tabla N°5: Categorías, subcategorías y temáticas emergentes.

Categoría	Subcategoría
Organización interna de la modalidad residencial para abordar temática de salud, con énfasis en salud oral.	Conocimiento del equipo tutor en salud según lo descrito en las OOTT para el funcionamiento de la residencia.
	Roles en la residencia para abordar la temática de salud.
	Percepción de necesidades en salud, con énfasis en salud oral, de los NNA pertenecientes a la residencia por el equipo tutor.
	Priorización de las diferentes problemáticas de salud por el equipo tutor.
	Planificación y ejecución de actividades de promoción de salud en la residencia, con énfasis en salud oral.
Vinculación de la residencia con prestadores de salud.	Percepción y forma de vinculación con centros prestadores de salud.
	Percepción de la oferta de prestaciones de salud, con énfasis en prestaciones odontológicas.
	Percepción sobre el acceso a la atención en salud, con énfasis en salud oral, por el equipo tutor.
	Capacitación en salud al equipo tutor.
Mantenimiento y cuidado de Salud Oral de los NNA de la residencia.	Estrategias de organización interna para abordar el cuidado de salud oral en los NNA.
	Incorporación de hábitos de higiene oral y conocimiento sobre la importancia del cuidado de salud oral de los NNA.
Protocolos en salud oral	Registro de atenciones en salud oral.

para los NNA pertenecientes a la residencia.	Proceso de atención dental, desde el contacto inicial hasta la obtención de la atención. Prestadores de salud privados / clínicas universitarias.
Facilitadores y barreras en el proceso de provisión de los servicios de salud oral.	Facilitadores identificados por el equipo tutor para acceder a la atención en salud oral. Barreras identificadas por equipo tutor para acceder a la atención en salud oral.
Temáticas Emergentes.	
Recursos/herramientas provenientes del SPE hacia las residencias.	
Responsabilidad e interés del referente afectivo (familiar) de los NNA con el cuidado de la salud oral.	
Perfil de NNA pertenecientes al SPE.	

5.2.1 Organización interna de la modalidad residencial para abordar temática de salud con énfasis en salud oral.

A. Conocimiento del equipo tutor en salud según lo descrito en las OOTT para el funcionamiento de la residencia.

Con respecto al conocimiento sobre las OOTT particularmente al área de salud, los directores de las residencias fueron los entrevistados que más información manejaban al respecto, algunas encargadas de salud también mostraron entendimiento del documento, pero la mayoría de los otros entrevistados reconocieron haber leído las OOTT solo al entrar a trabajar a la residencia o respondían sobre protocolos internos en salud, dando alusión a que no entendían sobre lo que se les estaba preguntando.

Un director relata que la OOTT está orientada a la ejecución de la modalidad de la residencia, posicionando la intervención desde un enfoque reparatorio de la vulneración de derechos y, particularmente, el área de la salud es abordada de

manera general, nada específico, lo mismo relata otro director, mencionando que son “recomendaciones” más bien inespecíficas, sin explicitar ninguna propuesta para abordar el área de salud.

“Uff... la verdad es que hay prácticamente recomendaciones... si es que existe algo. No hay algo preciso, perentorio, sistemático, estructurado. No hay ninguna propuesta. O sea, la verdad es que dentro de la orientación técnica, si tú la revisas, no vas a escuchar nada de eso. No habla de salud oral, habla de salud en general, sí tienen atenciones en el sistema de salud, pero nada más” (1RLP St H)*

Una directora menciona que en las OOTT está estipulado que las niñas que pertenecen a la red son prioridad en el sistema de salud, pero que es algo que no se visualiza hoy en día.

“Que nuestras niñas son prioridad para los sistemas de salud, cosa que hoy en día no pasa, porque no estamos viendo la prioridad de nuestras niñas. Entonces, la orientación técnica es super clara en decir, las niñas que pertenecen a la red son prioridad en el sistema de salud, pero cada día estamos como un poco más distanciados de esa prioridad.” (1REM Lf M)

Algunos relatan que en las OOTT se encuentra descrita información sobre el manejo farmacológico de los NNA, mencionando cómo debe ser la administración de medicamentos y el registro de ésta en planillas.

Importante a destacar que un director menciona que las OOTT se deben cumplir obligatoriamente desde se adjudica la licitación de Organismo Colaborador, pero lo que se exige en la normativa no siempre se relaciona con lo que se recibe de parte del Servicio de Protección. Desde el Servicio se usan medios de verificación cuantitativos dicotómicos, pero no se profundiza en la realidad contextual de cada

residencia, el director menciona que si se evaluara de una forma cualitativa, ésta permitiría describir de mejor forma las problemáticas.

“...Ellos le ponen mucho énfasis en el tema del tratamiento farmacológico, pero en la higiene preguntan solamente, ¿hay taller? ¿Ha hecho esto? ¿Sí? ¿No?, es un verificador netamente cuantitativo, no hay de lo cualitativo como ver, bajar y revisar. El protocolo menciona ciertas cosas, entonces, claro, per se, digamos, existe una obligación en las orientaciones técnicas, porque yo me comprometí cuando me adjudiqué a la licitación. Pero por eso te digo, no conversan una cosa con la otra, una cosa es que yo me lo adjudique, que la orientación técnica lo diga, que haya también ciertos lineamientos que a veces el servicio, creo que este año a diferencia de otro año, nos ha invitado a mayores capacitaciones. Pero también son nunca pensando en la realidad y en la necesidad propia de cada programa, porque somos todos distintos.” (1REM Ññ H)

B. Roles en la residencia para abordar la temática de salud.

En el caso de las residencias de modalidad RLP y REM existe un cargo designado para abordar la temática de salud que se denomina “Encargado(a) o coordinador(a) de salud”, por lo que las seis residencias refirieron a esta persona como la responsable de múltiples tareas, de las cuales destacan: inscribir a los NNA en el CESFAM al momento inmediato de ingresar; llevar registro de las atenciones en salud; mantener el seguimiento de los esquemas terapéuticos; solicitar las horas de atención de salud; activar protocolos de urgencia en caso de desregulaciones y accidentes; identificar las necesidades en salud de los NNA y retroalimentar al equipo sobre las conductas a tomar; entre otras. El encargado/a de salud es el canal directo que vincula el centro residencial con los diferentes centros de salud en los que se atienden los NNA.

“el rol que tengo en la residencia es acompañar a las niñas a sus horas médicas,

tanto en el área de salud mental, como el área dental, nutricionista, todas las horas que ellas requieran. También todas esas horas tienen que subirse esa información a la plataforma, al SIS. Tenemos que hacer coordinaciones, en este caso yo, con las redes, en este caso es el Intersector del Hospital de la Florida, el CESFAM Bellavista de la Florida, que es donde pertenece este sector y es donde se atienden todas las niñas. Y también en el COSAM, tenemos algunas niñas en el COSAM Programa Vida Nueva de la Florida. Aquí hay varias niñas que toman medicamentos de salud mental y yo soy la encargada de armar pastilleros semanales, sus registros de medicamentos mensuales y todo lo que tiene que ver con salud. Primero auxilio, activación de protocolos, en caso de regulación de las niñas también lo veo yo.” (2REM Lf M)

Con respecto a las tres residencias de modalidad RVA, si bien no hay un encargado de salud como tal en su organigrama, si hay una persona designada para gestionar la vinculación con los prestadores de salud, facilitando la comunicación y teniendo como rol principal la solicitud de horas de atención en salud para los NNA.

“Desde el 2021 pasamos a ser RVA, Residencia para Vida Familiar, y eso como el mayor cambio en recursos humanos implica que aparece la figura del terapeuta ocupacional, que antes no estaba incorporada como en las bases, para el trabajo claramente como de vida independiente, pero sale el cargo de encargado de salud y de educación. Ya no está establecido. Y ahí en lo que es la organización, porque la demanda igual es harta de salud, la trabajadora social es la que gestiona, que también es encargada de redes, es la encargada de ir gestionando las horas médicas, de hacer esta gestión y las reuniones y participar en estas reuniones que hablábamos, o las mesas de tratamiento, etc.” (1RVA Ec M)

Es importante destacar que para que la organización sea óptima y efectiva es fundamental que todo el equipo residencial trabaje como cuerpo, ya que las que

tienen directa relación con los NNA son los ETD, no el encargado de salud. Por ende, la comunicación debe permitir un funcionamiento coordinado.

En la REM de Buin existe un caso excepcional en la organización de salud, ya que a pesar de existir el cargo de encargada de salud y con las mismas funciones mencionadas anteriormente, las duplas psicosociales son quienes se comunican con los centros de salud para gestionar las horas de atención.

“Ya, bueno, de primera instancia, como te comentaba, JM, que era la persona encargada de esto, cuando había alguna situación con alguna usuaria, le informábamos a ella, y también le informábamos a las religiosas, que en teoría son las encargadas también de acá, sobre todo las principales. Esa gestión ha cambiado un poco, entonces se le da notificación a las duplas para que ellas gestionen las atenciones médicas pertinentes a los usuarios.” (3REM Bu M)

Existen particularidades dentro de cada residencia en cuanto a otras actividades que se encuentran bajo el marco de la gestión en salud, las que no se repiten en todas éstas, como:

- Reuniones de la dupla psicosocial con analistas de salud y un referente del SPE para analizar casos de mayor complejidad de salud.
- Reuniones a inicios de semana con todo el equipo tutor para comunicar eventualidades en salud de los NNA.
- Existencia de una “Unidad de Salud” que busca atender las gestiones en salud y crear una vinculación con el referente afectivo externo (familiar) para su involucración en las atenciones en salud y manejo de enfermedades.
- Sistema de monitoreo de síntomas diario diurno y nocturno por niño

En la RVA de Estación Central se hace referencia a que las ETD que contratan son TENS o tienen algún curso relacionado, a pesar de no estar en las exigencias del

cargo licitado, considerando esto como un facilitador para sensibilizar y psicoeducar a las adolescentes en relación con la mantención a su salud.

“Tenemos... si bien no es un requisito, porque tampoco existe dentro del recurso humano licitado para este tipo de proyecto, paramédicos... nosotros tenemos educadoras que son TENS o han tenido algún curso en relación a eso. Entonces, eso también es un plus que viene en la residencia, de que van acompañando en ello, respecto a la sensibilización, respecto a la psicoeducación, en relación al ámbito de salud en general” (1RVA Ec M)

C. Percepción de necesidades en salud, con énfasis en salud oral, de los NNA pertenecientes a la residencia por el equipo tutor.

El equipo tutor hace diferencias entre las necesidades que cubre la APS y la atención secundaria. Consideran que las necesidades que se abordan en APS se encuentran cubiertas, haciendo referencia que, al momento de ingresar a la residencia, los NNA son inscritos en el CESFAM correspondiente, lugar en el que se les realiza la ficha CLAP. Ésta tiene por objetivo derivarlos a todas las áreas que correspondan en base a sus necesidades específicas en salud. El problema surge cuando existen necesidades a nivel de especialidad, que, según el relato tanto de directores como de educadoras, son las que más se perciben en esta población.

Se percibe que muchas de las necesidades en salud de los NNA se encuentran vinculadas con hábitos de higiene, vigilia y alimentación, considerándolos como un factor clave en la prevención de enfermedades y su integridad. Se hace hincapié en que dado el contexto de vulneración de derechos con el cual ingresan los NNA se evidencia una gran negligencia respecto al cuidado de la higiene general de los mismos.

“que las niñas igual vienen con bastante decadencia en el alimenticio, porque vienen con otra estructura de no comer sano. Y acá se nos hace bastante difícil

incorporarles una dieta saludable a las niñas, a las residentes (...) se nos hace bastante difícil regular el hábito alimenticio, regular sueño, porque comen mucho dulce, entonces se las mantiene activas, entonces, es como lo fundamental. Lo fundamental sería la alimentación para empezar, para tener mejor una vida más sana, pienso. Lo que va de la parte de la nutrición para poder abarcar todas las demás áreas.” (2REM Bu M)

“.. lo más relevante en este grupo etario es la higiene, porque es muy complejo enseñarle a un niño a cuidar su cuerpo y a tener buena higiene. Eso es lo más complejo, yo creo, en el ámbito de la salud. Menciono la higiene, porque los niños no se saben limpiar bien y si no se saben limpiar bien eso nos va a traer una infección urinaria y así un montón de cosas para... hacia adelante. Eso es como lo más complejo que se maneja acá entre comillas.” (2RLP Qn M)

Algunos directores hacen referencia que a pesar de que las necesidades en salud debiesen ser abordadas de forma integral, la salud mental se considera como la que demanda mayor cantidad de recursos y trabajo del equipo técnico, siendo necesario abordarlas apenas ingresan los NNA con esquemas terapéuticos, ya que de esta forma se facilita la adherencia al contexto residencial.

“...yo creo que la salud tiene que ser integral y pudiéramos nosotros promover, por ejemplo, salud física, otro tipo de salud, por ejemplo, lo que estábamos hablando, la odontología, salud bucal, todo tipo de higiene, salud, un montón de cosas que deberían estar por sobre, pero lastimosamente hoy día la salud mental es la que más demanda trabajo técnico, hay que ponerle harto recurso ahí” (1REM Ññ H)

“...cuando los niños ingresan lo más urgente yo diría tiene que ver un poco con como acompañar el proceso terapéutico con un buen esquema y evaluación psiquiátrica. Porque se ve muy mermado la adherencia a los espacios de vinculación en lo terapéutico cuando no hay un buen diagnóstico de lo psiquiátrico”

(1RLP St H)

En las RVA, debido a que su modalidad residencial abarca desde los 14 años en adelante, se da una situación particular, muchas jóvenes ingresan a la residencia siendo ésta su primera experiencia en el contexto de estar bajo la protección del Servicio, por lo que vienen con un grado de vulneración mayor, considerando que han sido privadas del acceso a salud durante más años, lo que desemboca en la cronicidad de patologías a temprana edad o que sus necesidades en salud sean más complejas.

“La residencia recibe chicas desde los 14 años. Ahora en general el promedio de edad acá son 16, 17 años y muchas chicas llegan a los 17 años siendo esta su primera experiencia en residencia. Por lo tanto, también ya viene un historial de no tener acceso a distintos tipos de salud. Entonces llegamos ya como en la última etapa donde muchas cosas ya están crónicas, entonces se vuelve mucho más complejo” (1RVA Ec M)

Un director menciona que, al hablar de necesidades en salud, hay que hacer una separación entre las necesidades que posee un NNA sin y con una comorbilidad asociada, siendo un ejemplo de esta última la que pueda tener un NNA con trastorno del espectro autista (TEA), situaciones a las que se ven enfrentados en la residencia.

“yo te haría un distingo del niño o niña que requiere de los controles habituales en salud y aquellos niños que además de ellos tienen algún tipo de condición y comorbilidad asociada a esa condición que hace que las necesidades sean mucho más complejas de llevar a cabo, o distintas. Desde ahí que creo que nuestra experiencia más relevante ha sido con aquellos niños que tienen condición autista. Tenemos tres niños autistas, los tres además tienen un autismo bastante

profundo. Y desde ahí que nuestra intervención desde lo lúdico hasta aspectos ya más reparatorios está condicionada principalmente a esa condición.” (1RLP St H)*

Con respecto a las necesidades en salud oral que poseen los NNA de las residencias, se considera que éstas se encuentran estrechamente relacionadas con la escasez de hábitos en higiene oral y alimenticios, debido a que al ingresar al Servicio de Protección ellos vienen de contextos de grave vulneración y negligencia con respecto al cuidado de su salud general.

Junto con la escasez de hábitos de higiene existe un vasto desconocimiento de la importancia del cuidado de la salud oral, por lo que se reconoce la educación en salud oral como una necesidad principal y determinante, para evitar, dentro de lo posible, las enfermedades bucodentales o detener el progreso de éstas.

*“no hay conciencia, yo creo que hay que partir desde lo más mínimo con respecto a la **habilitación** de los chiquillos, de que entiendan que es un tema de salud en el fondo, digamos lo que ocurre, una mala higiene, qué sé yo” (1REM Ññ H)*

*“Yo creo que más es educación, porque nosotros tenemos niños pequeñitos. Y todo parte del desconocimiento que ellos traen, porque hay niños que vienen de la calle, hay niños que vienen de lugares donde claramente la salud oral no era lo primordial. O sea, son **sobrevivientes** de... Entonces, yo creo que en eso siempre estamos al debe, en la educación, porque si bien los llevamos a hacerse todas sus cosas, de repente vienen muy deteriorados y es traumático igual el dentista para ellos, es un tema. Entonces, yo creo que siempre educar y anticipar a todo lo que sea salud oral, en eso estamos un poquito al debe.” (2RLP Qn M)*

Otra necesidad altamente percibida es manejar la fobia al tratamiento dental. Muchos niños han debido ser derivados a odontopediatría, donde por cierto hay una gran lista de espera, debido a no poder lograr el manejo en la atención dental en

APS. Según los entrevistados, el difícil manejo se relaciona con: la necesidad de tratamientos más invasivos y complejos asociado al gran daño que tienen los NNA en su salud oral, el afrontar su primera atención y a las experiencias compartidas de los compañeros de residencia, lo cual puede ocasionar mayor temor colectivo.

“desde lo oral, creo que hay necesidades a veces más específicas en base a vivencias que los niños han tenido, por ejemplo, lo que es mi experiencia, he tenido muchos niños con temor al dentista, ya, que es la práctica del difícil manejo, tenemos las derivaciones a odontopediatría, ya, y eso también un poco por la historia de vida que han tenido en general, pocos cuidados en salud oral, lo que también se traduce en caries, en dolores y en abordajes que son más bien traumáticos, cuando ya el asunto está explotando, cuando hay que sacar la pieza, lo que resulta para el niño aún más traumático.” (2RLP St M)*

En cuanto a necesidad de tratamientos odontológicos específicos los más mencionados son los tratamientos de ortodoncia, debido a que se considera que no se hacen las derivaciones cuando las necesitan y, en otros casos, porque no existe la derivación a la especialidad. En segundo lugar, se mencionan los tratamientos de endodoncia, debido a que, según algunas de las residencias, tampoco existe la derivación hacia la atención de esta especialidad.

Una directora considera que las necesidades en salud oral se pesquisan sólo por la ficha CLAP, lo que permite hacer las derivaciones respectivas, pero no hay una forma clara de pesquisarse, por ejemplo, existencia o no de controles en salud oral en los NNA previo a su ingreso de las residencias.

“Yo creo que en general está bastante invisibilizado (...) Pero claro, quizás lo otro es lo que te decía, por la ficha CLAP, ven, derivan, perfecto, pero si hay un especialista o no, o si no está la necesidad, como no se visualiza mucho, no es

algo que esté como dentro del listado para hacer un check, - ¿tuvo control oral o no?, ¿Cómo está? - en realidad no está muy posicionado dentro de las residencias como en general. Esa es mi sensación, como no se ve.” (1RVA Ec M)

D. Priorización de las diferentes problemáticas de salud por el equipo tutor.

La mayoría de los entrevistados hicieron referencia a que la prioridad en salud es la Salud Mental, enfocando el trabajo principalmente a ello, exceptuando la residencia RVA ubicada en La Pintana, cuya prioridad era la salud ginecológica.

Se considera que dado que el ingreso de muchos de los NNA que llega a los centros residenciales se debe a una vulneración de sus derechos, el enfoque se concentra en trabajar en salud mental y el cuidado de su integridad psicológica, con apoyo de esquemas farmacológicos, en caso de ser necesario.

“Claro, cuando hablamos de salud también en estos espacios como de residencia, donde llegan por una vulneración de derechos, se ve mucho más lo macro o lo más visible. Y claro, siempre se tiende a priorizar o mirar primero la salud mental, que es fundamental, no vamos a discutir eso” (1RVA Ec M)

Una directora relata que efectivamente se debiese abarcar otras necesidades en salud, como por ejemplo la ortodoncia, generando convenios para abarcar ese tipo de prestaciones, sin embargo, muchas veces eso es complejo al haber problemas de salud mental que centran la atención.

“Y también claro, si alguna chica, por ejemplo, requiere de usar frenillos, ¿cómo también se financia eso? ¿Dónde va a estar asociado? ¿Si hay convenios o no? Entonces creo que es súper importante, desde mi rol más macro, el poder ir

convocando, ir generando, no sé, convenios, información, ir visibilizando la importancia respecto de eso, que quizás uno no lo va viendo en el día a día, porque insisto lo ves desde la rutina, y claro, si tienes una chica que quizás está con inclinación suicida, te centras en eso, pero no vas trabajando en esto otro
(1RVA Ec M)

E. Planificación y ejecución de actividades de promoción de salud con énfasis en salud oral en la residencia.

En algunas residencias hay una planificación anual de actividades de promoción de la salud con el CESFAM, mientras que, en otras residencias estas actividades surgen de forma más espontánea, aunque todas coordinadas con el centro de salud.

Dentro de las actividades que se han realizado se encuentran: Charlas sobre salud sexual y reproductiva, charlas de hábitos saludables acompañadas de clases de actividad física o de zumba, charlas abocadas a la nutrición, dermatología, entre otras.

“Primero, comentarte justamente que ayer en la mesa que te comentaba de las personas que están en salud, se hacen talleres. Sobre todo en APS. APS es como más participativo en eso. Ellos vienen dos veces al año a hacer charlas a las niñas de nutrición. Vienen odontólogos, matronas, pediatras, entonces hacen como unas charlas saludables y es durante todo el día.” (2REM Lf M)

En cuanto a la planificación y ejecución de actividades de promoción de salud oral, la experiencia es particular en cada residencia. En algunas se menciona que se realizan talleres de higiene oral una vez al año organizados por el CESFAM. En otras residencias, las Facultades de Odontología de Universidades como la Universidad de Chile, la Universidad de las Américas o la Universidad Bernardo O’Higgins, realizan jornadas de educación en salud oral. Y, finalmente, hay residencias en las que no ha habido ninguna actividad con relación a esta temática.

Algunos participantes mencionan que a pesar de que se han realizado actividades de educación y promoción de salud oral, éstas se consideran insuficientes, dado que el perfil de los NNA de las residencias se caracteriza por la dificultad para incorporar todo tipo de hábitos, entre ellos de higiene oral, por lo que se necesita un reforzamiento más constante para concientizarlos sobre la importancia del cuidado de su salud oral.

“Yo creo que dentro del marco también de lo preventivo nos hacen falta operativos que vengan a hablar a los niños que les vengan a incorporar la salud oral como un elemento relevante dentro de la salud y salud en general. Yo creo que también por ahí va el tema dentro del concepto operativos.” (1RLP St H)*

Un director menciona la experiencia que tuvieron con una Universidad, enfatizando en la necesidad de generar convenios, sobre todo para lograr recibir atenciones de especialidad. A pesar de ello, es una tarea que no han podido realizar a largo plazo.

“En algún momento hace dos años atrás vinieron, nosotros estuvimos trabajando de la mano con la Universidad (...), logramos generar con ellos un convenio que fue como con los alumnos en práctica en realidad, para que a los chiquillos le hicieran un tratamiento dental, entiéndase, limpieza, una supervisión constante y ellos en ese contexto vinieron también a hacer una capacitación de higiene dental y un montón de cosas, pero lamentablemente nosotros intentamos llegar un poco más allá con ellos, intentamos generar un convenio adicional que tenía que ver con la reparación dental de los chiquillos, un tratamiento ya más de ortodoncia y endodoncia, pero la verdad que fue difícil y después el convenio de un día para otro como que se empezó como a diluir en el fondo, porque los chicos alumnos en práctica terminaron su proceso, se fueron, la universidad nunca más los contactó, nosotros quisimos ir y la verdad es que no nos pescaron, fue como una situación

bien extraña” (1RVA Rc H)

5.2.2 Vinculación de la residencia con prestadores de salud

A. Percepción y forma de vinculación con centros prestadores de salud.

Para mediar la comunicación entre el encargado de salud y los centros prestadores de salud existe un cargo proveniente del SPE denominado “referentes”, éstos tienen la función de posicionar a los NNA pertenecientes a las residencias como sujetos prioritarios para la atención en salud. En base a lo mencionado por los entrevistados hay referentes en diferentes niveles de acción, la figura más nombrada es el “referente del PRAPS Mejor Niñez” que trabaja la vinculación con el CESFAM, pero también se nombran otros como “referente del Hospital” que trabaja la vinculación con el hospital de referencia y “referente del Servicio de Salud” que supone ser un ente encargado de salud a nivel regional.

En todas las residencias analizadas el “referente del PRAPS” es una mujer, quien se encarga de gestionar y priorizar las horas de atención de salud en el CESFAM, levanta las solicitudes de derivación al hospital mediante la comunicación con las otras referentes y orienta al equipo residencial sobre el cómo proceder en base a distintas situaciones en salud que le ocurran a los NNA de las residencias. Ella, en general, tiene directa comunicación con el encargado de salud. Solo una residencia menciona carecer de referente dado que ésta se fue con licencia de post natal, la reemplazaron durante un tiempo y luego nadie ocupó el puesto.

“nosotros trabajamos con la referente de salud de la residencia que está ubicada en el CESFAM, que en este caso es una matrona actualmente. Hoy día acá en Recoleta se instaló, como lo está haciendo en otras comunas, también se instaló el equipo PRAPS, que es un equipo intermediario del servicio Mejor Niñez y los servicios municipales.” (1RVA Rc H)

“Si, tenemos una referente de salud que es la trabajadora social del CESFAM. Y ella nos hace como la subida a las otras referentes que son ya de intersectoriales, regionales, lo que nosotros necesitamos ella va subiendo como la información. Nuestra primera línea es llegar a ella con consultas, con atenciones, si se demora mucho en una atención también le pedimos a ella que eleve como esta solicitud a las otras referentes de salud para que apresure la gestión” (2RLP St M)

Con respecto a la referente del Servicio, una directora comenta que solicitó comunicarse con ella para vincular de mejor manera la residencia con los centros de salud e identificar a las NNA pertenecientes a la residencia como sujetas de priorización en la atención de salud. Comenta que existe un Sistema Intersectorial de Salud Integral (SISI) que tiene como función acompañar y visibilizar a la población del SPE.

En cuanto a la percepción que tiene el equipo tutor de las residencias sobre la vinculación con los centros de salud, se observan diferencias entre los centros de APS y los hospitales, siendo sólo la vinculación con los CESFAM una experiencia positiva, en donde se reconoce una buena comunicación y gestión. En muchos casos se considera al CESFAM como una red de apoyo, que además, ofrece capacitaciones al equipo residencial en el caso de ser necesario. En cambio la vinculación con los hospitales resulta ser más complejo, tildándolo de “burocrático”.

“... para mí es increíble porque en realidad la distancia que hay con la experiencia en otros centros médicos, la que nosotros tenemos acá en la Comuna de Santiago, es que de verdad es par a par con un centro de salud privado. Nosotros tenemos la ventaja que establecimos muy buenas redes con el centro de salud de acá, el CESFAM Matta sur, y ellos nos proveen de las necesidades, nos satisfacen esas necesidades de salud casi inmediatamente. O sea, si un día requerimos una atención de urgencia, no tenemos que ir al hospital, a la urgencia del hospital, sino que podemos pedir una hora, un sobrecupo, y nos atienden ese mismo día en el

CESFAM con un especialista. Así que creo que nosotros tenemos ahí suerte, tuvimos suerte, tenemos muy buena relación con ese centro médico, tenemos un centro médico que se preocupa más allá de lo que significa simplemente atender a los niños y darles la hora. Tenemos un centro médico que nos provee también de capacitación y formación.” (1RLP St H)*

“En el sector de hospital, que viene siendo sector terciario si no me equivoco, es más complejo. En general siempre hay mucha burocracia. De hecho, en cuanto a temas como salud mental, no hemos encontrado salud mental y especialidades particularmente. Hemos tenido hartas dificultades con las transferencias que realizan de forma interna y derivaciones que se hacen mal, la verdad. Y han generado hartas contratransferencias, lo que repercute también en el tiempo que los niños esperan en las atenciones médicas.” (1RLP St H)

En el caso de la RLP ubicada en Quinta Normal se menciona que trabajan juntos con el CESFAM, estableciendo 2 reuniones de planificación anuales donde plantean objetivos anuales y luego se evalúa su cumplimiento.

El Director de la REM ubicada en Ñuñoa hace referencia que la vinculación con los centros de salud dependerá en gran medida, del conocimiento de las prestaciones y programas vigentes que ofrece el sistema de salud para la población perteneciente al SPE por el equipo de salud y de la residencia, de esta forma se ocuparán los servicios de una manera óptima.

“... pero la vinculación depende un poco de la expertise, la preparación que tienen que tener, las competencias que tienen que tener los profesionales, porque, bueno, como en todas las cosas también es verdad, como que tenemos que tener nosotros constantemente una capacitación permanente de cuáles son las prestaciones, los servicios que están hoy día vigentes en el sistema de salud a nivel general, como que si el profesional conoce la red, puede sacar un mejor

provecho de la red” (1REM Ññ H)

Con respecto a la percepción sobre las diferentes personas que componen el equipo dental hay variadas apreciaciones. En primer lugar, se identifica que el encargado de gestionar las horas dentales es parte del mismo equipo dental y no la referente del PRAPS, tema considerado como un problema debido a que no siempre se comprende el contexto residencial.

“Cuesta también que quizás las personas de allá entiendan la modalidad que tiene el hogar, porque no somos una mamá con un hijo que lleva a su niño al dentista”

(3RLP St M)*

B. Percepción de la oferta de prestaciones en salud con énfasis en prestaciones odontológicas.

Se perciben deficiencias en las prestaciones en salud mental por parte del servicio público, no alcanzándose la cobertura necesaria. Las atenciones psicológicas se otorgan con baja frecuencia, afectando la oportunidad de atención y continuidad de los tratamientos, además de haber un déficit de especialista en salud mental y falencias en las competencias necesarias en el personal. Un director relata la ausencia de derivaciones a psiquiatría, por lo que se debe buscar la prestación de forma particular.

“... o sea tenemos niñas con cuadro súper complejo de salud mental y tienen su última atención con psiquiatra en diciembre, o sea son meses sin ningún monitoreo y al final lo que hacen es duplicar recetas, duplicar recetas, que sí se agradece porque al menos permite mantener como la continuidad de un esquema farmacológico, pero tampoco permite hacer un seguimiento correcto como de la situación salud mental de la niña.” (1RVA Lp M)

“... a diferencia ahí que es lo que nos pasa con el tema de salud mental, si bien es cierto, se da cobertura, pero sí queda al debe, no se logra dar cobertura a todo lo que se necesita.” (1REM Lf M)

En cuanto a las prestaciones relacionadas con salud física y las que entrega la APS hay una buena percepción en general.

Con respecto a las prestaciones odontológicas que ofrece la atención en el CESFAM existe una buena recepción por parte de las residencias, sin embargo se consideran insuficientes (cuando se habla de especialidades) dado que muchos aquejan la falta de atenciones en especialidades, particularmente ortodoncia y endodoncia, teniendo que buscar la prestación en atención particular debido a listas de espera prolongadas para acceder a la atención o la ausencia de derivaciones. En algunas residencias relatan directamente quedar sin la prestación, ya que no pueden costearla por el alto valor y la cantidad de NNA que la requieren.

“la principal dificultad está en lo que he comentado antes, en las prestaciones entregadas, hasta el tope que hay, entendiéndolo que es salud primaria, y desde ahí, ¿cuál es el otro acceso? No hay derivaciones a hospital, entiendo que también las derivaciones son mucho más, el tiempo de espera es mucho mayor, pero nos quedamos como súper limitados respecto de hacer casi como un check que tuvo una atención, pero no hay una mayor profundización (..) Insisto, por ejemplo, si es un tratamiento mucho más costoso, claro, tenemos que financiarlo nosotros, pero cómo lo vamos a ir haciendo también si son, no sé, 10 chicas, por ejemplo. El tema también de los acompañamientos, si es que requieren, no sé, frenillos, o evaluaciones mucho más profundas en relación al ámbito de salud oral.” (1RVA Ec M)

En la RLP de Quinta Normal mencionan haber realizado una gestión a nivel

intersectorial para recibir el PRAPS Sembrando Sonrisas en la residencia, percibiendo esta prestación como algo muy positivo, ya que el equipo asiste a la residencia y se educa a las ETD sobre el cuidado y mantención de la salud oral de los niños y niñas de la residencia.

Un director hace referencia a la ley 21.302 que explicita que los NNA que se encuentran bajo el cuidado del Servicio tienen una garantía de exigibilidad y el sistema de salud debe atenderlos en forma oportuna, eficiente y priorizada. Por lo que, le gustaría que el sistema de salud estableciera una agenda en los centros de salud con las diferentes residencias de su comuna para ofrecer una atención en salud oral más bien “personalizada”, y que las prestaciones dentales a las que acceden no sean solamente en forma espontánea.

“Yo te diría que me encantaría que la periodicidad de los operativos en salud bucal se realice. O sea, que no sea por una suerte de espontaneidad de oferta del sistema de salud, sino que el sistema de salud establezca un cronograma, un calendario, una agenda semestral o anual, con los centros con los cuales están en su territorio y a los cuales debe atender. Hay una ley que es la 21.302, que habla sobre garantías y derechos de los niños, que es relativamente nueva, tiene 2, 3 años, de los niños y niñas que se encuentran en el sistema de protección y ellos y ellas tienen una garantía, una supuesta garantía de exigibilidad y es que el sistema de salud debe atenderlos en términos oportunos, eficientes y priorizados. Siendo el elemento de visualización del sujeto de atención el elemento que hoy día yo no veo. Si nosotros nos colocamos dentro del escenario de que requerimos de una atención en salud bucal, dental, por ejemplo, que es más frecuente probablemente encontremos una respuesta de parte del sistema, más temprana, más tarde, pero vamos a obtener horas, sin lugar a dudas. El punto es que esa pieza dentaria, por ejemplo, que perdió el niño o niña y que era una definitiva, pudo haberse evitado si nosotros hubiésemos tenido la asistencia temprana y preventiva del sistema de salud.” (1RLP St H)*

En el caso de los NNA neurodivergentes se considera que existe un problema en la disponibilidad de oferta para que estos sean atendidos efectivamente, la que se encuentra vinculada con la falta de capacitación de los odontólogos en la atención primaria, lo que ocasiona el retraso de la atención debido a tener que esperar la atención por odontopediatría.

C. Percepción sobre el acceso a la atención en salud, con énfasis en salud oral, por el equipo tutor.

La mayoría de las residencias relatan que el acceso a la APS es expedito y eficiente, ya que tienen una coordinación muy buena y estrecha comunicación con la referente del CESFAM para la gestión de atenciones.

El problema cursa en el acceso a la atención secundaria, siendo el acceso a la atención de especialidades complejo dado la cantidad de profesionales y los tiempos de espera. Varios directores mencionan que, dentro del ámbito especialidades, el acceso a salud mental se ve entorpecido por la falta de profesionales y el desconocimiento del correcto protocolo de referencias y contrarreferencias de salud mental y psiquiatría, que ocasiona problemas en la derivación.

“Salud más general está cubierto en el CESFAM, pero ya las especialidades se vuelven súper complejas desde las crisis como en relación a la cantidad de profesionales que hay, el acceso, los tiempos de espera se vuelven bastante complejos.” (1RVA Ec M)

“En el sector de hospital, que viene siendo sector terciario si no me equivoco, es más complejo. En general siempre hay mucha burocracia. De hecho, en cuanto a temas como salud mental, no hemos encontrado salud mental y especialidades particularmente. Hemos tenido hartas dificultades con las transferencias que

realizan de forma interna y derivaciones que se hacen mal, la verdad. Y han generado hartas contratransferencias, lo que repercute también en el tiempo que los niños esperan en las atenciones médicas.” (1RLP St H)

Un director menciona que el sistema provee terapia psicológica para los NNA, sin embargo, hay problemas de continuidad de la atención (por la frecuencia de las citas) y de especialización del recurso humano.

“El niño requiere terapia psicológica. ¿El sistema me lo provee?, sí me lo provee el hospital, pero la terapia es cada tres meses en el COSAM. O una vez al mes en el COSAM y tampoco tienen ellos la expertise. Y además, como es un niño institucionalizado y dependiente del servicio de protección especializada, tiene que ir a la oferta del servicio de protección especializada y esa oferta está colapsada. Entonces, es como que hay una suerte de segmentación y falta de servicio, básicamente, de la disponibilidad de esa oferta en las instancias donde ya sabemos dónde podemos ir a buscarla. No hay cupo o no hay especialización.”
(1RLP St* H)

Sólo una residencia mencionó que existe un buen acceso a la atención en hospitales, y esto es debido a la existencia de comunicación con un referente que coordina las atenciones a nivel hospitalario, situación que difiere de las otras comunas.

“Es muy buena, tenemos acceso a una muy buena red, además, tenemos muy buenos referentes del servicio. Tenemos una conversación y un contacto muy fluido con los dos referentes, con las dos referentes (...) que tenemos nosotros. Nos corresponde el CESFAM lo franco y Hospital Félix Bulnes. Y en caso de otras derivaciones, como de otorrino, cosas así, vamos al San Juan de Dios. Pero ese contacto también lo hacemos a través del referente del servicio (...) del hospital.”

(2RLP Qn M)

Con respecto particularmente al acceso a la atención en salud oral, algunas residencias consideran que hay un buen acceso, otras consideran que el acceso es “engorroso y poco expedito”.

Gran parte considera que las horas para odontología son escasas y que el equipo de dental es muy estricto con respecto a los horarios, a diferencia de otras áreas de la salud, por lo que acceder a la atención, una vez perdida la hora, es complejo.

En el CESFAM existe una encargada de priorizar las horas de atención en salud de los NNA pertenecientes a las residencias, ésta se denomina “Referente del PRAPS Mejor Niñez”. Según lo relatado en algunas residencias, este referente gestiona y agiliza todas las horas de atención en salud, excepto las atenciones odontológicas, por lo que el acceso a la atención dental no se puede gestionar con las mismas facilidades que poseen las otras áreas de la salud.

“Nosotros no deberíamos perder horas dentales, porque nos cuesta mucho recuperarlas, porque la referente también no es la encargada de las horas dentales. Entonces tendríamos que pedir, disculpe la expresión informal, prenderle velitas al papa para volver a tener una hora dental.” (1RLP St H)

“como que las horas son muy escasas, entonces por lo mismo como que hay que como medio pelear para que... pero claro cómo son tan escasas las horas, o como hay pocos profesionales al parecer de odontología” (2RLP St M)*

Por otra parte, existe una confusión con respecto a la derivación a ortodoncia, describiendo que la información que entregan en el CESFAM es que posterior a los 12 años no se puede derivar, lo que es percibido como un problema para acceder

a esta atención mediante el sistema de salud público.

La directora de la RVA de Estación Central menciona que no hay acceso a atención de urgencia dental, por lo que deben esperar a los controles para ver el motivo de ésta, que a esas alturas, ya evolucionó. Este relato se relaciona con lo mencionado en la RVA de Estación Central en la que indican carecer del acceso a la atención hospitalaria en caso de urgencias, dado que el Hospital Roberto del Río, que les corresponde por territorio no otorga atención para adolescentes mayores a 14 años y menores a 18 años, quedando éstos sin atención. Se hace hincapié por el encargado de salud que, según su conocimiento, el Hospital legalmente debe atender a todos los NNA menores de 18 años.

“Sin embargo, no obstante, en las urgencias, dentro de los hospitales, todavía existe un vacío legal, hay una nueva ley en donde el hospital de niños tiene que atender sí o sí hasta los 18 años, aunque no pasa eso. Hay veces que el Roberto del Río solamente atiende hasta los 14, 15 años, 14 años con 11 meses y tal día. Y las urgencias de adultos tienen que estar arriba de 18 años, entonces hay un vacío entre los 14 y los 15 años, hasta los 17 y 18 años. Entonces, ¿qué pasa con esos jóvenes? Entonces, como problemática de urgencias, ha sido bastante difícil dentro del ámbito de salud” (2RVA Rc H)

“Entonces, cuando chicas han tenido algún malestar, no hay urgencia odontológica, y hay que esperar una hora, y ahí ya pasó el rato, y ya pasó el dolor, o se cronificó, y tampoco va a ser el espacio de atención. Yo creo que esas son las principales barreras como al que podemos acceder.” (1RVA Ec M)

Según menciona un director, se identifican dificultades en el acceso a la atención en salud oral de los NNA que presentan alguna neurodivergencia, esto debido a que los dentistas que se encuentran en el CESFAM no están capacitados para atenderlos y los derivan de inmediato a odontopediatría.

“Desde ahí que no es muy comprensible, por ejemplo, el que hoy día tú llegues a un hospital, a un dentista en un hospital a la atención dental de un niño y en el hospital no sepan cómo atender a ese niño, porque tiene lo que tú decías, en el caso de la condición autista, es autista y, por lo tanto, no pueden intervenir como lo harían con un niño normalmente que le pasas un juguete o le muestran un video y se relaja y puedes ver la boca. En este caso no, es mucho más complejo que eso. Se atomiza finalmente la salud y el acceso depende más bien de la experiencia de los profesionales que intervienen. - Oh, qué suerte, nos tocó una dentista que sí tiene experiencia en niños con autismo -.” (1RLP St H)*

En el caso de una de las residencias de modalidad REM, la directora relata que el acceso a la atención odontológica se reconoce como complejo, ya que no se puede acceder a tratamientos, teniendo que recurrir con las niñas y adolescentes a otros recintos. Indica que sólo reciben atención, en el caso de urgencias, cuando hay presencia de dolor o molestia, pero no se realizan controles en salud oral.

“Odontología obviamente es una de las áreas que más nos cuesta, porque es difícil encontrar tratamiento, urgencias sí, porque bueno, sacan el diente que está mal o la muela y se acaba, pero tratamiento es muy difícil, entonces, muchas veces nosotros trabajamos con particulares o con convenios, tuvimos convenio con la Universidad de Chile, después también con la Universidad de los Andes. (...) en realidad el dentista va cuando hay una necesidad, porque hay dolor de muela o porque hay algo, no es que vayan a un control periódico, eso no.” (1REM Bu M)

D. Capacitación en salud al equipo tutor.

La capacitación del equipo tutor se considera una temática muy relevante, sobre todo la capacitación dirigida a las ETD dado la complejidad del rol que cumplen.

Ellas son pieza clave del vínculo con los NNA, por lo que en general las capacitaciones que se realizan van dirigidas a su labor.

Se menciona en bastantes residencias que en conjunto con el CESFAM se organizan capacitaciones de primera respuesta en salud física y mental, primeros auxilios, uso de inhaladores, prevención del consumo de drogas, entre otras. También se menciona que la encargada de salud constantemente las concientiza sobre diferentes temáticas de salud para un mejor abordaje con los NNA en las residencias.

Otro punto al que se hace referencia es que se deberían realizar capacitaciones sobre las prestaciones que ofrecen los Servicios de Salud, debido a que esto ocasionaría que la red de salud se pudiese ocupar de una manera más eficiente.

“cada cierto tiempo, hay una reunión con el CESFAM, a principios de año, básicamente, y nos proponen algunos talleres para el cuidado de los niños durante todo el año, desde enfermedades respiratorias, digamos, nutrición, con temas que como a nuestra población debieran interesarnos. A veces viene la encargada del CESFAM acá a conversar conmigo, con el grupo, con el equipo técnico y la enfermera.” (1RLP Qn M)

“bueno, como en todas las cosas también es verdad, como que tenemos que tener nosotros constantemente una capacitación permanente de cuáles son las prestaciones, los servicios que están hoy día vigentes en el sistema de salud a nivel general, como que, si el profesional conoce la red, puede sacar un mejor provecho de la red. No sé si respondo, por ahí va un poquito lo que tú me estás preguntando.” (1REM Ññ H)

5.2.3 Mantención y cuidado de Salud Oral de los NNA de la residencia

A. Estrategias de organización para abordar el cuidado de la salud oral en NNA

En base a los relatos se reconocen dos grandes estrategias para abordar el cuidado de la salud oral en los NNA, éstas guardan relación con la supervisión y acompañamiento del cepillado dental y el refuerzo del hábito de higiene oral.

Se considera a las ETD como principales encargadas de orientar y supervisar las instancias de higiene oral, realizando el acompañamiento in situ en caso de los más pequeños y los niños con TEA. Tarea que no siempre se logra debido a que en promedio por educadora hay 4 niños, y, además, muchas veces algunos se encuentran desregulados, por lo que la atención se concentra en ellos.

En una de las RLP de Santiago mantienen un listado que se debe tickear cada vez que los niños se cepillan, utilizando éste como método de monitoreo. En la REM de Ñuñoa se realiza un llamado desde la casa administrativa en la que la encargada de salud se comunica con las casas donde viven los NNA y pregunta sobre el cepillado de diente de los niños, a modo de supervisión.

“Ahí como la supervisión yo creo que a veces como que queda al debe igual, porque tienes que pensar que hay tres educadoras del día, entonces sería tres educadoras para doce niños, entonces estamos hablando de cuatro niños por educadora, es bastante difícil como genera una dinámica de control.” (1RLP St H)

“igual hace un tiempo tuve que hacer como un check list para los chiquillos para que fueran como tachando y se lavaran sus dientes, porque igual esto es como más tarea de la ETD, como el supervisar que los chiquillos se laven sus dientes después de cada comida, pero como son 12 niños, a veces tampoco es tan así, la supervisión no es tan completa, a veces los niños van solo al baño a lavarse los dientes y su lavado de dientes no es tan eficiente” (2RLP St M)

En general existe un refuerzo del hábito de cepillado luego de cada comida. Como ya se mencionó las ETD son las que se hacen cargo de concientizar sobre esto a los NNA de la residencia, y a su vez la encargada de salud se hace responsable de concientizar a las ETD sobre la mantención de los hábitos de higiene oral. El rol de la terapeuta ocupacional también se ve relacionado con apoyar en el refuerzo de hábitos de higiene.

En una de las REM, una educadora menciona que como estrategia para mantener el hábito les dicen a las niñas que no podrán asistir a cierta actividad si no se lavan los dientes o hacen referencia al mal olor que produce no cepillarse los dientes para motivar que lo realicen.

“Entonces, claro, ya después de la comida, ahí es donde les reforzamos

- Recuerden que después de comer tienen que ir a lavarse los dientes -.

Y si, por ejemplo, hay alguna actividad en particular, lo utilizamos, digámoslo, como reforzador.

- No pueden asistir a la actividad o no van a ir aún a la actividad hasta que ustedes no se laven los dientes. Imagínense lo incómodo que es para la otra persona conversar con ustedes, que ustedes tengan los dientes sucios, tengan mal olor en la boca, eso es incómodo -.” (3REM Bu M)

El rol del director(a) en las residencias con respecto al cuidado de la salud oral de los NNA guarda una mayor relación con la coordinación del equipo, generar instancias donde estén las ETD, y el equipo técnico para fijar estrategias sobre esta temática. También en la apertura de redes para conseguir insumos o presupuesto en caso de ser necesario, para iniciar alguna prestación de fuentes externas que tengan relación a salud oral o incluso para contar con los insumos de higiene oral necesarios en la residencia.

“De, por ejemplo, si tenemos una prestación o la ayuda de un agente externo, que yo sé que a lo mejor puede llegar con un recurso adicional, incluso desde el voluntariado. Va a haber alguien que lo va a estar esperando y va a habilitar un espacio para poder hacer una convocatoria. Ahora, si la prestación que nosotros podemos conseguir involucra que van a llegar profesionales pero no hay insumos, yo aperturo otra red donde también pueda empezar a conseguir los insumos que necesitamos si tenemos un espacio y tiempo de planificación suficiente. Y para tener tanto el recurso humano disponible en términos de, digamos, desde la perspectiva de la protección, o sea, crear espacios seguros también donde los chicos puedan tener una atención saludable. También buscar un capital mínimo, aunque sea, para poder tener los insumos que se necesiten. Pero yo lo voy a intencionar desde mi rol en la reunión de distribución del trabajo, que nosotros tenemos los lunes, por ejemplo.” (1REM ÑÑ H)

Con respecto a la obtención de utensilios de higiene oral se realiza de distintas formas dentro de los centros residenciales. Las residencias que pertenecen a Fundaciones, como por ejemplo las RVA de Estación Central y La Pintana, realizan un pedido mensual a la Fundación con los utensilios que necesitarán, almacenándolos en bodega. En el caso de las REM ubicadas en La Florida y Buin, junto con una de las RLP ubicada en Santiago y la RVA de Recoleta, una persona parte del equipo técnico es la encargada de realizar estas compras en conjunto a las de mercadería, éste es llamado “encargado de casa”, “encargado de mantenimiento” o “la administrativa”. En la RLP ubicada en Quinta Normal la encargada de hacer las compras de utensilios de higiene oral es la misma Directora. La otra RLP ubicada en Santiago no hace referencia sobre quién específicamente compra los utensilios, pero sí hace alusión a que reciben bastantes donaciones, y que hace muy poco recibieron una donación de muchos productos de higiene oral por parte de Cruz Verde. Al igual que la anterior, la REM ubicada en Ñuñoa tampoco especifica quién realiza la compra, pero sí relatan que el director es quién lo coordina. En el caso de la RVA de Recoleta y una de las RLP de Santiago

mencionan que la persona que realiza la compra de los utensilios lo hace a través de una “red”, que son una serie de empresas que ofrecen una canasta de productos a menor costo que en el mercado, de esta forma abaratan costos.

“La administrativa, ella es la que compra los útiles como generales. Ella es la que hace eso, junto con el director, con la compra. Eso se hace por licitaciones, entonces se tiene que ganar como el mejor postor. Entonces son tres que se quieren licitar y los tres pueden ofrecer estos productos. Entonces se gana con esa persona que tiene esos productos. Casi siempre el que se elige es el más barato, pero no de mala calidad.” (2RVA Rc H)

“en general nosotros utilizamos lo que es la red, que es como de compra, como que bajan los costos las empresas, para que nosotros obviamente podamos comprar como determinados insumos. (..) La red es como distintas empresas lo que hacen es como dar como una determinada canasta de insumos, y los venden a bajo costo, entendiendo que ciertas organizaciones, por ejemplo, sin fines de lucro también requieren como la compra de estos insumos” (1RLP St H)

Un director hace referencia que la compra de los utensilios de higiene se realiza con recursos que provienen de Aldeas SOS, y que el presupuesto que él destina siempre es el mínimo, ya que debe optimizar al máximo los recursos. Además, relata que en el caso de que los dentistas indiquen algún utensilio en específico de mayor valor no pueden comprarlo debido a que se quedan cortos de presupuesto.

“ese recurso baja directamente de la organización. Nosotros tenemos presupuestado, pero por ejemplo, si yo voy a gastar 50.000 pesos mensuales en productos, digamos, de higiene bucal, siempre necesito 80.000. No sé si me explico, yo presupuesto lo mínimo, pero siempre me falta. Entonces nosotros siempre estamos buscando en la red, también ir acá al mall Quilín, ir a la tienda,

no sé, al negocio de la PYME, y así estamos consiguiendo siempre lo que nos va faltando, digamos. Si bien lo asume el costo, la organización, no el servicio público, sino que lo asume la aldea propiamente tal, pero asume a la base el mínimo. (...), lo mismo en higiene bucal. Quizás voy a comprar la pasta más económica, el cepillo más económico, pero quizás dentro de la recomendación, como no hay una buena higiene, me podría indicar a un odontólogo que necesita un cepillo específico, que necesita a lo mejor dos cepillos o tres, dependiendo del tratamiento que tenga que seguir, ahí quedamos tirados Constanza. No nos alcanza para eso.” (1REM Ññ H)

Abordando las solicitudes más específicas de cepillos o pastas de dientes dictada por los dentistas, en la RLP de Santiago y la RVA de Estación Central mencionan que no existe restricción alguna para adquirirlo, en cambio en la RVA de La Pintana dado que se solicitan los utensilios a la Fundación, debe ir la solicitud acompañado de la indicación del dentista en una receta.

Con respecto a qué tipo de utensilios de higiene oral comprar la mayoría basa su decisión en cuanto a la experiencia personal, mencionando que nunca han obtenido una guía de cuál es la mejor opción.

“la verdad es que nunca me he preocupado de buscar un cepillo adecuado, yo creo que yo lo veo más que nada por la experiencia que tiene uno, o sea, por ejemplo, a mí el cepillo duro me hace mal, por ende, yo compro siempre el mediano, entonces me he dado cuenta que los chiquillos, cuando yo les compré una vez el duro, andaban todos quejándose de que la encía, que la encía, entonces yo dije, ah, pues ahora envíenos el mediano, después cambiamos al blando, entonces como que hemos ido variando, pero nunca hemos tenido como una guía respecto a cuál es el adecuado, cuál es el producto, por ejemplo, para el que es más pequeño, cuál es la pasta de dientes, a lo mejor, más adecuada, no, creo que no tenemos esa guía.” (1RVA Rc H)

B. Incorporación de hábitos de higiene oral y conocimiento sobre la importancia del cuidado de salud oral de los NNA.

El hábito de higiene oral que poseen los NNA al ingresar a las residencias se considera deficiente siendo una situación muy difícil de revertir. Generar hábitos de higiene oral en ellos y concientizar sobre la importancia del cuidado de la salud oral son relatadas como tareas difíciles. En ocasiones esto se relaciona con diagnósticos de depresión, en los cuales es más desafiante aún, manejar e incorporar hábitos de higiene.

“Cuando llegan las chicas, a veces que vienen muy, muy dañadas y en ese daño es que ni siquiera saben cómo lavarse los dientes o tener una rutina establecida de que - me tengo que lavar los dientes cierta cantidad de veces al día, cada vez que como -, eso no está y en eso se va acompañando” (1RVA Ec M)

“Incluso te diría que no sé si todas las chicas se lavan los dientes, ¿ya? Eventualmente yo creo que puede haber una o dos, que una puede ser más intermitente y la otra que en este momento está como con una situación de depresión, bueno, que de hecho está afuera, está hospitalizada en este momento, su situación como de higiene personal era bajísima, o sea, no la lográbamos manejar mucho más de levantarse, comer y volver a dormir.” (2RVA Ec M)

En la mayoría de las residencias hay una rutina diaria establecida que incluye entre varias cosas, ir a lavarse los dientes después de los horarios de comida y antes de acostarse. En la RVA de Estación Central mantener la rutina se reconoce un trabajo difícil tanto por el perfil complejo de las jóvenes, como por la coordinación del equipo de trabajo.

“yo te diría que una de las dificultades que tiene la residencia y que estamos intentando hoy día levantarlo como pie de inicio es que la rutina de la casa es

desorganizada, ¿ya? Y eso tiene que ver con que el perfil de la chiquilla es muy complejo, ¿ya? Con escasos hábitos, con muchas dificultades en la adquisición de hábitos. Entonces hoy día estamos en un momento en el que sí, hay una rutina estructurada, digo, como si hay, en el sentido de que la armamos.” (2RVA Ec M)

En cuanto a las instancias de cepillado se acompañan dependiendo del perfil y edad de los NNA. En el caso de las RLP se reconoce que, al ser más pequeños los niños, necesitan de alguien que los esté viendo y repasar el cepillado, sobre todo los niños con TEA, a pesar de que no siempre se puede generar el acompañamiento debido al contexto residencial. En cambio en las REM y RVA se busca lograr la autonomía e independencia en la incorporación de hábitos de higiene, por lo que se les recalca el momento de cepillado, pero ellos deben hacerse responsables de realizarlo.

“Sino que se intenta trabajar como de autonomía y de la independencia de los chicos. O sea, viendo que trabajando en este tipo de espacios, por la edad trabajamos a la vida independiente y adulta. Entonces, seguir fomentando y recalcando las edades, o sea, las necesidades que debe hacer cada uno. En el sentido de que tienes que lavarte los dientes, después de levantarse, lavarte los dientes después de almorzar, después de lavarte los dientes.” (2RVA Rc H)

Con respecto al cómo realizar de forma correcta el cepillado, en general en las RLP se identifica a la encargada de salud como la persona encargada de enseñarles en base a las indicaciones de los controles dentales. En una de las RLP colocaron letreros didácticos en el baño enseñando que sector de la boca ir cepillando paso a paso, de esta forma los niños aprenden de mejor forma y tienen el refuerzo constante cuando se lavan los dientes. En cambio, en otra RLP, la encargada de salud menciona tener en la enfermería un macromodelo junto con un revelador de placa, de esta forma les enseña a los niños cómo realizar el cepillo de forma correcta. En las REM o RVA donde hay adolescentes reconocen más complejo el

proceso de enseñanza, ya que al ser más grandes es difícil que sigan órdenes y presten atención, además, indican que no todos saben ocupar la seda dental, por lo que necesitan ayuda en ese aspecto.

“tenemos como letreritos como te decía en los baños, entonces como que son determinados cepillados por ejemplo en la parte izquierda, después determinados cepillados en la parte derecha, zona superior, inferior, lengua. Entonces como que es súper práctico. Por ejemplo, cuando los niños se están lavando ellos te muestran por ejemplo los afiches.” (1RLP St H)

“yo lo llevo a la enfermería, y tenemos una boca grande, entonces le lavamos los dientes, o yo lo acompaño, y la otra vez igual compramos un líquido, bueno, que no compramos, nos lo regalaron de la Facultad de la UNAB, un líquido como morado, que como que en el fondo dejaba ver cuando los dientes no estaban bien limpios. Entonces lo usamos con algunos de los pequeñitos, justamente con los que les cuesta más el tema del cepillado, también es algo que refuerzo constantemente con las educadoras” (2RLP St M)*

“Uy yo creo que son adolescentes, entonces es más complicado el dar una orden, que las sigan, es difícil, o sea nosotros les podemos aconsejar y todo el tema, tenemos acceso a cambiarle los cepillos, darle la pasta, le damos enjuague bucal, hilo dental también, pero nos pasa que, por ejemplo, hay algunas chiquillas que se frustran porque no saben usar el hilo.” (3RVA Lp M)

Otros aspectos que considerar sobre el cuidado de la salud oral de los NNA es que algunos pernoctan en sus casas o se van los fines de semana, por lo que solo se puede controlar los hábitos de higiene en el horario que están en la residencia y reforzar el cuidado de la salud oral con los papas. También sucede que reciben muchas visitas y para las personas que vienen a verlos los dulces son considerados un premio, por lo que en general es complicado controlar cuántos dulces comen. En

el caso de las adolescentes influye el hábito tabáquico que poseen, el cual también es abordado al momento de concientizarlas sobre el cuidado de su salud oral.

“... hay muchas personas que entran, salen de la residencia y el tema de los dulces de repente es un tema también, como premio, como premios para esto, premios para lograr esto, y hay veces que no nos podemos meter en eso tampoco, no podemos decirle a todo el mundo – no, no le dé un dulce, no, no le dé esto - , entonces al final lo único que nos queda a nosotros es cumplir con el cepillado de dientes y eso.” (3RLP St M)*

“Hay chicas, no sé qué, - muéstrame que te lavaste los dientes – porque también fuman y fuman bastante, entonces, como que es más importante, - oye, se te van a poner como los dientes amarillos, tienes que cuidarte, no puedes ser joven y tener placa -, como lo que todo el rato le estamos como recordando en cuanto a lo cotidiano de lo importante que es.” (3RVA Ec M)

“Pero ya después muchos niños salen con pernocta a quedarse a sus casas, salen el fin de semana y nadie cuida eso. A pesar de que la Carito y las duplas hacen mucho como recordatorio a los papás, que los niños no coman esto, que los niños no coman esto otro, pero no pasa que nos apoyen en eso, entonces al final, de repente, quedamos como con las manos atadas en ese sentido” (3RLP St M)*

5.2.4 Protocolos en salud oral para los NNA pertenecientes a la residencia

A. Registro de atenciones dentales

En cuanto al registro de las atenciones en salud oral, todos los centros residenciales poseen un formato prácticamente idéntico para anotar toda la información que se desprende de ellas. En algunas residencias trabajan con una carpeta de salud, otras con un cuaderno, pero en todas se registran los mismos datos con respecto a la atención: Qué profesional realizó la atención; fecha y horario; en qué consistió;

quién asistió como compañía; indicaciones descritas; archivar recetas. En instancias esta información es rellena por el dentista y, en otras, por la persona que acompaña al NNA.

En la plataforma SIS del Servicio de Protección debe ir el registro de todas las atenciones en salud que se realicen en los NNA pertenecientes al Servicio a modo de verificador, por lo que de esta forma resulta más expedito traspasar la información.

“Acá las niñas tienen un cuaderno de salud, ¿ya?, que es lo que las tutoras o quien acompaña en los controles, o sea, mental, de salud física y dental, se lleva este cuaderno y se les pide a los profesionales dentistas que escriban, por ejemplo, en qué consistió la atención, que vaya con una firma y que vaya con un timbre y con indicaciones, ya. Si el dentista no lo hace, a veces lo completa la tutora, pero queda la información registrada, ya, y lo que nosotras tenemos también son, en un drive tenemos también como cada atención de salud de la chiquilla descrita también y con indicaciones, fecha, profesional que atendió, profesional que acompañó, como que así hacemos también seguimiento a la atención de las niñas.” (1RVA Lp M)

“... todo lo que nosotros dejamos como registro, o que tenemos como registro de atención, nosotros por cada evento tenemos que subirlo al sistema de grado de cada niño, que es el SIS. Entonces el SIS es el Sistema de Base de Datos de Mejor Niñez, al cual nosotros tenemos que rendir cuenta finalmente de cuáles son las atenciones de salud que tuvieron” (1RLP St H)

B. Proceso de atención dental, desde el contacto inicial hasta la obtención de la atención.

En el relato de los participantes se abordaron diferentes temáticas que pueden ordenarse bajo una lógica cronológica:

- Solicitud de hora de atención dental.
- Comunicación y Planificación residencial para llevar a cabo el acompañamiento a la atención dental.
- Traslado hacia centro de salud.
- Atención dental y registro.

Con respecto a la solicitud de la hora de atención dental, el encargado de salud es quién la realiza mediante un correo a la referente del PRAPS o al encargado de dental.

En una RVA la trabajadora social relata que cuando ella gestiona las horas mediante mail, éstas no se priorizan, a diferencia de cuando las ETD se dirigen directamente al CESFAM a solicitarlas. En otra RVA el director también comenta que al momento de solicitar las horas de atención dental no hay ningún tipo de priorización.

“Mira, en realidad, si las he pedido yo, son más lentas, si van las chicas directamente al mesón, son más rápidas, ya, cuando digo como más lentas es porque a mí me pueden dar hora para un mes, a diferencia de las chicas es que en ocasiones pueden sacar horas de una semana para otra, ya” (2RVA Ec M)

“efectivamente se contacta a la contraparte del CESFAM para poder ver la posibilidad de conseguir una hora, entiéndase que la hora se consigue como lo haría cualquier mortal dentro de la comuna, no hay una excepcionalidad para nosotros.” (1RVA Rc H)

Con relación a la comunicación y planificación para coordinar la compañía a la atención dental de los NNA, se relata en gran parte de las residencias que una vez agendada la hora de atención dental, la registran en un calendario al que tiene acceso todo el equipo, de esta forma se visualiza todas las actividades que hay día

a día con los diferentes NNA y se coordina con mayor facilidad en el caso de que se solape con otra actividad.

La compañía del NNA al centro de salud la organiza el equipo de ETDs en conjunto con la encargada de salud. En algunas residencias se menciona la existencia de una jefa de turno o ETD referente, siendo ésta la persona que destina quién lo llevará a la atención. Idealmente se privilegia a la ETD que tenga más afinidad con el NNA.

Una encargada de salud relata que del CESFAM los “retan” cuando no asisten a las horas, ya que están vulnerando el derecho a la salud.

“Da lo mismo como quién va. Siempre va el trato directo. Somos tres personas atrás, una coordinadora y dos educadoras de trato directo. Cualquiera de las tres puede ir. Dependiendo de cómo vamos organizando la casa, si hay más horas ese día, como quién tiene más afinidad con esta persona, o quién tiene conocimiento de esta chica y todo el tema. Pero todas podemos ir.” (3RVA Ec M)

“... la mandamos al WhatsApp un día antes y destinamos personas para que la lleven, entonces, por ejemplo, si tiene control tal niño a las 13:00 nosotros ponemos una ETD que lo va a llevar, lo ponemos como con nombre ahí, qué niño tiene el control, en dónde, la hora y se envía y ahí la persona sabe que tiene que llevar el niño a esa hora al control, porque a nosotros igual nos llegan como retos del CESFAM si nosotros perdemos horas con los niños, porque al final estamos vulnerando también su derecho a salud.” (2RLP St M)

Para realizar el traslado hacia el centro de salud de los NNA se destaca la cercanía del CESFAM con las distintas residencias, por lo que en su mayoría el trayecto se puede hacer caminando, aunque está condicionado por el horario y el clima, pudiendo trasladarse también en transporte público, Uber o auto/van particular que

poseen algunas residencias.

Es importante mencionar que la instancia que se genera entre el NNA con la persona que lo acompaña al realizar el trayecto se considera una instancia positiva y de interacción uno a uno, que muchas veces no pueden tener en la residencia, por lo que les gusta irse caminando.

“Mira, el CESFAM queda ahí mismo, queda a unas cuadras, entonces las niñas se van caminando, y van caminando y para ellas es maravilloso, porque igual salen a la residencia, caminan un rato, van con la tía, entonces para ellas es magnífico.

Ahora si está lloviendo, la lleva el auto de la residencia.” (2REM Bu M)

“Incluso salir con los niños en ese trayecto es igual como beneficioso para ellos como, van conversando contigo, vas escuchando tú con un audífono y otro se lo pasas a ellos y vas escuchando música. Entonces eso igual los distrae, es como rico también para ellos salir con una interacción uno a uno, así que eso también es un facilitador.” (1RLP St H)

Se considera que el acompañamiento del NNA, no solo comprende acompañarlo en el traslado, sino que también estar en la atención dental, llevar la carpeta/cuaderno de salud y registrar toda la información relacionada con la atención dental firmada por el profesional, dado que esta información debe quedar registrada en el SIS por parte de la residencia.

En la RVA de Recoleta, dado que hay jóvenes mayores de edad, el director es enfático en mencionar que a ellos igual se les acompaña y que es muy importante para el equipo residencial estar presente debido al vínculo que poseen con ellos.

“el acompañamiento tiene que tener dos cosas, debe asistir la persona,

acompañar en la atención y llevar la carpeta de salud, porque ahí va a quedar como un medio verificador de que la atención se sostuvo y, por lo general, también llevar la cita por cualquier cosa.” (2RVA Ec M)

“En el proceso siempre estamos nosotros acompañando, independiente de que sean mayores de edad los chiquillos, porque hay 2 mayores de edad acá, independiente de que sean mayores de edad, siempre estamos igual acompañando, y no necesariamente porque sean mayores de edad los vamos a dejar solos, al contrario, para nosotros igual es re importante estar en esas atenciones, porque efectivamente los chicos igual demandan la presencia de uno, entiéndase por el vínculo que tienen con nosotros, pero respecto a los más pequeños siempre estamos también ahí, entramos incluso, nos permiten entrar a la sala de dental para poder estar acompañando siempre a los chiquillos en esos procesos.” (1RVA Rc H)

C. Prestadores de salud privados / clínicas universitarias.

Se les preguntó a las residencias si han necesitado ocupar la red de prestadores privados para atenciones dentales, y, de ser positiva su respuesta, cómo accedían a ésta. Algunas residencias comentaron que no han tenido la necesidad de acudir a centros privados para atención en salud oral. En el caso de las RVA y REM la mayoría ha tenido que recurrir a la búsqueda de atención de especialidades, siendo la más repetida ortodoncia, también han necesitado atención de endodoncia y odontopediatría.

En el caso de las RLP la necesidad de búsqueda de atención en prestadores privados se ha dado por la necesidad de adaptación a la atención de los niños y niñas. Con respecto al acceso a estas prestaciones, una de las RLP de Santiago realizan la búsqueda de atención en base al “amiguismo”, y se intenta que por medio de voluntarios se consiga la atención dental.

“... particular dependemos bastante del “amiguismo”, como del “conocer a.. un odontopediatra que tenga la hora, el espacio”, tener también la facilidad de, no sé, desde ver el bono, de cómo pagarlo, porque a veces si bien la Fundación, otras veces es como en realidad que justo dijeron como “no, ya démosle, no importa, no es necesario pagarlo” entonces como esas facilidades también aporta.” (1RLP St H)

En el caso de la RVA de Recoleta comentan que una de las principales tareas del encargado de salud es la búsqueda de lugares, idealmente, gratuitos, ya que las mayores necesidades de atención en salud oral que tienen son de endodoncia y ortodoncia. Se menciona que han acudido a lugares cercanos como “Clínica Dávila” o “Clínica BUPA”, teniendo que costear las atenciones muchas veces con dinero del director de la residencia. Comentan la existencia de “Mercado Público”, una plataforma transaccional administrada por ChileCompra a través de la cuál más de 850 organismos públicos compran productos y servicios a empresas de todos los tamaños y de todo el país, en el cual hay una oferta de prestadores disponibles a los que pueden acudir para solicitar un presupuesto. El sistema funciona de tal forma que el Servicio les solicita pedir tres presupuestos para seleccionar uno y costear las atenciones necesarias, siendo estas reembolsadas. El director menciona este sistema como no funcional, dado que la oferta de prestadores en Mercado Público es escasa, y no han podido coordinar con más de una para realizar presupuestos.

“Porque nosotros para poder comprar un servicio, y bien digo comprar, tiene que ver con un servicio, ya entiéndase dental, ortodoncias, que son bien caros. Yo te puedo asegurar que el programa cuenta con los recursos para poder costearlo. El problema se genera que nosotros para poder costear un proceso dental de ese tipo, tiene que ser todo a través de lo que se conoce como Mercado Público, y son pocas las entidades, por no decir nulas, las entidades que están en Mercado Público ofreciéndote un convenio dental con el cual uno puede acceder, y eso

para nosotros también significa tiempo. O sea, acá hace menos de dos meses vino una clínica dental privada a hacer un chequeo a los chiquillos para generar un presupuesto, pero yo no puedo hacer la compra de ese servicio si no tengo tres presupuestos. Entonces esos otros dos, nadie los quiso venir a hacer, y, por ende, la iniciativa de querer hacer algo con los chiquillos quedó en el aire. Yo creo que ahí está también el problema, o sea, mientras tengamos los recursos, pero no los podemos utilizar por todas las complicaciones administrativas que existen en el servicio público, no se puede hacer.” (1RVA Rc H)

En el caso de la REM de Ñuñoa el director relata que mantienen atenciones permanentes en el Instituto Nacional de Ortodoncia (INO), y que solicitan un presupuesto anual para poder costear las atenciones.

“Ya sé que, no sé, en el INO... Nosotros hemos mandado chiquillos también con tratamiento a muchos lugares, hemos puesto brackets, ya yo creo que unos siete u ocho chiquillos que también han seguido tratamiento ahí en ese sentido, entonces, no se pierden la hora, hay un recurso que está de forma constante y yo peleo el presupuesto del otro año siguiente también, porque llevo un dato estadístico: - Este año ¿cuánto gastamos en este chiquillo? - ... Y el otro año yo voy a pelear ese presupuesto, para no perderlo, digamos.” (1REM Ññ H)

En una de las RLP de Santiago, tuvo que acudir a atención fuera del sistema público ya que fue imposible realizar la atención de un niño en el CESFAM debido a su temor al dentista. La dentista que lo atendió le aconsejó a la encargada de salud que se comunicara con una estudiante de odontología de la Universidad Andrés Bello, debido a que ella podría realizar un trabajo de adaptación a la atención, por lo que la encargada de salud levantó esta solicitud con el director y hoy mantienen a dos niños de la residencia con atención en la Universidad.

“yo le comento que estábamos en gestión por el CESFAM y ella me habla de esta Facultad de la UNAB, entonces me dice – voy a llamar porque los precios son accesibles – y al final la misma niña de la urgencia, que ya ni me acuerdo como se llama, me hizo la gestión interna con una compañera de ella que atendía allá en la UNAB. Y la niña me contactó, no sé po, al día siguiente, y me dice, me explica el tema de los aranceles. Yo lo converso en la residencia, como esta necesidad era más específica, una también... porque nuestro principal, o más que nuestro, voy a hablar por mí, porque fue en base a mi gestión, porque obviamente que era importante que el niño tuviera los dientes limpios, sanos, eh... pero también un punto bien importante para mí era poder quitarle ese miedo. Como que yo me metí en la cabeza que había que ayudarlo a procesar que esa atención dental no iba a ser terrible, que esto tenía que cambiar... como que tenía que resignificar un poco esta experiencia que él tenía, y me lo metí en la cabeza. Lo conversé en la residencia, existía la posibilidad en cuanto al presupuesto de acceder a estas atenciones dentales ahí en la UNAB, y comenzamos (...) A mi jefatura (...) que es el director. Se conversó en análisis de caso, en el fondo que... Nosotros tenemos todos los lunes reunión de análisis de caso y estas problemáticas internas más yo las expongo y es como – mira, tengo esta situación, creo que esto... - y ahí ya pu, fue unánime la decisión de mantenerlos ahí, porque les ha hecho super bien. Y ahí, por supuesto, en el fondo, se aprueba que podemos continuar con eso.”

(2RLP St M)*

5.2.5 Facilitadores y barreras en el proceso de provisión de los servicios de salud oral.

A. Facilitadores identificados por el equipo tutor para acceder a la atención en salud oral.

Con respecto a la **disponibilidad** de los servicios en una de las residencias se identifica la **presencia del área de Odontopediatría** en el Consultorio 1 como un facilitador, dado que se obtiene una rápida respuesta mediante la gestión de la encargada de salud para realizar la atención.

“... también del consultorio 1, que es otro como anexo que tiene el hospital San Borja, que ahí, por ejemplo, vamos a odontopediatría, también tiene súper buena respuesta, con las gestiones mías ha bastado” (2RLP St M)*

En cuanto a la **accesibilidad** a los servicios en algunas residencias el relato indica la **buena vinculación, coordinación y comunicación** que se tiene con los diferentes CESFAM para la solicitud de horas o para gestionar cambios en caso de eventualidades. En el caso de las RLP de Quinta Normal y Santiago, se relata que ni siquiera es necesario acudir a los hospitales en caso de urgencia, o hacer la fila en la mañana en el CESFAM para obtener cupo, sino que se coordina y se otorga una hora en caso de dolor o alguna molestia que tenga alguno de los niños.

“La buena comunicación que tenemos con el CESFAM, totalmente. Tenemos súper buenas redes, entonces, ese ya es un plus para que las cosas funcionen. Porque nosotros no tenemos que andar yendo muy temprano, haciendo una fila para pedir una hora. Si tenemos una emergencia dental que nos ha pasado, no nos vamos al San Juan de Dios, o sea, aquí el CESFAM se da vuelta y nos atiende. Somos muy afortunados, porque somos muy prioritarios en el lugar y conocen a los niños, ya saben quiénes son.” (2RLP Qn M)

“La coordinación que tenemos con Verónica, que es... ayuda a que sea un poco más expedito, a que sea también como priorizado cuando también se requiere. O sea, si yo tengo a un niño que tiene un dolor en la muela, en general lo llevamos a la urgencia dental, pero si yo puedo llevarlo al CESFAM con mayor facilidad y como la gestión se hace rápidamente, perfecto, ¿cachai?, me evito llevarlo a la urgencia y que lo pase mal y todo eso. Ese es el primer facilitador.” (2RLP St M)*

Se identifica por las residencias que la **buena comunicación, gestión y**

coordinación del CESFAM con la encargada de salud permite optimizar los tiempos y recursos, por ejemplo, se ve reflejado en la experiencia de una residencia en donde la EDT que se agendan varias atenciones de las jóvenes en residencia durante una misma jornada.

“... yo creo que la Caro que gestiona la hora, porque como son de residencia hay como un vínculo, o sea, ya la chica que agenda ahora en el CESFAM sabe que la Caro es de residencia, y que generalmente necesita una cantidad de horas como muy seguidas, porque la Caro planifica como... ya, una va a ir a las 4, la otra a las 4 y media, a las 5. Entonces, esa facilidad, que nosotras si la conseguimos allá, nos van a dar como para uno o dos meses más. Entonces, esa facilidad es bacán y súper óptima para esta situación.” (3RVA Lp M)

La **cercanía física** que tienen todas las residencias a los CESFAM es un facilitador para asistir a las atenciones dentales. Al igual que la compañía efectuada por una **persona de confianza y afinidad** con el NNA que acuda a la atención dental.

“Yo creo que la cercanía del centro es un facilitador en distancia y comunicación, si porque en realidad incluso salir con los niños en ese trayecto es igual como beneficioso para ellos como, van conversando contigo, vas escuchando tu con un audífono y otro se lo pasas a ellos y vas escuchando música. Entonces eso igual los distrae, es como rico también para ellos salir con una interacción uno a uno, así que eso también es un facilitador” (1RLP St H)

La **comunicación y coordinación a nivel interno** de la residencia se identifica como otro facilitador para acceder a la atención dental, debido a que permite establecer y designar de forma programada quién asistirá con el NNA a la atención, además permite gestionar con anticipación en caso de que existan más actividades en la residencia en ese rango de horario.

“La comunicación de la residencia y el CESFAM es muy fluida, funciona muy bien la gestión de las atenciones y horas. Además, otro facilitador que se reconoce es la organización proveniente desde la encargada de salud y el sistema estructurado que tiene para coordinar todo.” (1RLP St H)*

“... con la organización que se da en la residencia, no solamente de mi parte, si no que, de parte de todos, que el fondo, todos se sincronizan un poco para que esto se pueda llevar a cabo, ¿cachai? Si no puedo ir yo, va la educadora, la educadora me pregunta, el tema de traslado sería otro facilitador.” (2RLP St M)*

La asistencia a las atenciones dentales con un **acompañante de confianza** se identifica como un facilitador, debido a que se relata que al momento de asistir a la hora agendada el NNA se sentía en mayor comodidad de asistir con algunas tías particularmente.

“O sea, pasan los niños por un montón de turnos, pasan por un montón de tías y hay muchas veces que no quieren ir nomás con esa persona... por eso siempre se intenta que vaya la tía más cercana al niño, que casi siempre el mismo niño dice – tía MJ quiero ir con usted al dentista -, pasa que es un poco complicado para ellos, pero en general a los demás no cuesta tanto” (3RLP St M)*

En cuanto a la **aceptabilidad** del servicio en Estación Central se menciona que una dentista es la que realiza todos los ingresos, y las chicas de la residencia quieren ir a atenderse con ella, se destaca que su actitud es muy agradable y les ayuda a resolver todas las dudas. Por lo que, el **vínculo que posee la dentista con las adolescentes** se considera un facilitador.

Otro facilitador que se identifica en cuanto a la aceptabilidad por parte del centro de salud guarda relación con el **cambio de paradigma** que se ha instaurado en los

funcionarios y profesionales del CESFAM, **el reconocer a las adolescentes de la residencia como pertenecientes al SPE** en el presente es un factor facilitador para propiciar la atención, en cambio en el pasado, cuando se reconocía a las adolescentes como pertenecientes del SENAME, la atención era distinta, existían sesgos asociados al estereotipo que se tenía sobre esta población.

“Hay una doctora que no me acuerdo el nombre, que es la que hace siempre los ingresos y como que tratamos de que ella nos atienda. Porque creo que igual hay un dentista y a las chicas no les gusta atenderse con hombres, entonces idealmente es que siempre sea ella porque es muy amable, muy agradable, como que nos responde todas nuestras preguntas.” (3RVA Ec M)

“Yo creo que el que estemos visibilizadas en el CESFAM es algo bastante significativo para nosotras, como el saber que podemos sacar una hora, de que en ocasiones nos han dado horas de nuevo con el objetivo de que podamos efectivamente ir. Mirar eso como algo que no pasaba hace tres años atrás. No era una variable como a favor, sino más bien en contra, algo que frustraba también en muchas oportunidades al equipo, sentir que íbamos y éramos vistos todavía como SENAME, como con ciertos sesgos de discriminación. Hoy día eso no sucede. (2RVA Ec M)

B. Barreras identificadas por el equipo tutor para acceder a la atención en salud oral.

En relación con la **disponibilidad** de los servicios. La **escasez en la disponibilidad de horas y falta de profesionales capacitados** para la atención fueron considerados como barreras. En cuanto a los profesionales, en la RLP de Santiago, Pleyades, se considera una dificultad para acceder a la atención que los dentistas no estén capacitados para atender a niños que tengan TEA u otros diagnósticos en salud mental. Además, se identifica que hay pocas horas dentales y largas listas de espera al momento de necesitar atención con sedación en el Hospital.

“Y bueno, no todos los profesionales están capacitados también para trabajar con niños con otros diagnósticos, como TEA, entonces, ahí hemos tenido que estarla peleando un poquito para que los niños puedan recibir sus atenciones y la demora es mucha, es mucha, es mucha, las listas de espera son muy largas hasta el día de hoy no recibimos llamada para este niño, entonces, se nos ha hecho complicado, el otro día tuvieron que sacarle una muela por urgencia, porque igual se han demorado harto” (2RLP St M)

“En el hospital se hace todo lo que es con sedación, por ejemplo, que es otro tipo de intervención, y eso sí se demora harto, se demora varios meses más, casi 6 meses creo que llevamos con un niño, y esa... yo creo que es como la mayor barrera” (2RLP St M)

“Yo siento que son poquitas las horas que tienen como mensual para entregar, entonces si a veces nosotros perdemos una hora, ya sea porque la tenemos que anular, porque el niño se siente mal, o el niño tiene otra intervención que es más prioritaria que quizás la salud dental en ese momento, si la anulamos, ya tenemos que pedir ahora como para un mes más o quizás dos meses más, no es tan accesible”. (2RLP St M)

En cuanto a las barreras relacionadas con la **accesibilidad** a los servicios se consideró cuando no se logra trasladar a los NNA al CESFAM debido a problemas en la **coordinación del equipo residencial** para designar al acompañante del niño, situación que se da en algunas oportunidades dada la falta de personal disponible para acompañarlo, o porque surgió alguna eventualidad como la desregulación de algún niño en la residencia.

“Podría ser, por ejemplo, que no haya quien la lleve, que eso no nos ha pasado

recientemente, pero sí puede pasar de que, por ejemplo, que la dupla esté en visita, que la directora esté en reunión, que la coordinadora también, generalmente, está en reunión con la directora, y que, por ejemplo, en el caso de hoy, que mi compañera se ausentó, entonces que esté solo, solo una dupla. En ese caso, como, no hay forma, porque no tenemos quien se quede con el resto de las chiquillas. Podría ser eso, o que la niña no quiera ir.” (3RVA Lp M)

En ocasiones no se logra asistir a atenciones de especialidad debido a problemas en la **accesibilidad física** por dificultad en el traslado, ya que el hospital queda muy lejano a la residencia y la locomoción colectiva es mala.

“... después de traslado, a veces, cuando son en el hospital o más lejos, o sea, en el CESFAM no hay problema, pero cuando ya hay interconsulta, aquí estamos como muy alejados y hay muy mala locomoción colectiva, digamos, entonces a veces no podemos movilizarnos.” (1REM Bu M)

Se identifican **problemas en la articulación entre la residencia con los centros prestadores de salud** como una barrera de acceso a la atención en la RVA de Estación Central, dado que el equipo tutor menciona no contar con atención de urgencia dental, y se evidencia la ausencia de búsqueda de orientación con respecto a que conducta tomar para resolver la urgencia.

“Tampoco existe urgencia odontológica, entonces, cuando chicas han tenido algún malestar, no hay urgencia odontológica, entonces esperamos una hora, y ahí ya pasó el rato, y ya pasó el dolor, o se cronificó, y tampoco va a ser el espacio de atención. Yo creo que esas son las principales barreras como al que podemos acceder.” (1RVA Ec M)

La RLP de Quinta Normal reconoce el **desconocimiento del funcionamiento de la red de salud**, específicamente del Hospital San Juan de Dios, lo que se identifica como una barrera de acceso. Relatan que en caso de existir una urgencia en horario no hábil no saben cómo proceder, ya que siempre que ha ocurrido una urgencia ha sido en horario hábil y pueden acudir al CESFAM. La encargada de salud relata que hay un referente SISI en cada hospital, pero que no se conocen, por lo que es más complejo establecer una red.

“... sí nos pasara, y ojalá nunca nos pase, una urgencia dental en fin de semana, en horario no hábil, tenemos que ir al San Juan de Dios, ese nos corresponde a una urgencia dental. Y yo creo que eso va a ser bomba. No sabemos nada, iríamos a ciegas. Si bien en todos los hospitales hay un referente del SISI, no los conocemos a todos, sería bacán, pero cuesta mucho hacer redes.” (2RLP Qn M)

Con respecto a la **aceptabilidad** del servicio se identifica como una barrera la **ansiedad dental**, muchos niños y niñas se niegan a asistir a las atenciones por tener miedo a los procedimientos. Por otro lado, a veces no se encuentra disponible la educadora significativa del niño, o con la que tiene un vínculo más cercano para que lo acompañe, y eso también genera inseguridad de asistir al dentista con otra persona.

“Hay veces que yo he llevado muchas veces a la X y el Y que no tienen comportamientos raros, o sea, dejan y todo y yo estoy ahí con ellos, pero cabe que el siguiente día yo no vengo. Entonces, si ese día también tienen que ir, ya tienen que ir con otra tía y si esa tía no viene a trabajar, tienen que ir con la que esté nomás y eso dificulta igual la ida al dentista, les da miedo... Y al médico en general, como tanto médico general como el tema dental.” (3RLP St M)*

“Cuesta también que quizás las personas de allá entiendan la modalidad que tiene el hogar, porque no somos una mamá con un hijo que lleva a su niño al dentista. O

sea, pasan los niños por un montón de turnos, pasan por un montón de tías y hay muchas veces que no quieren ir nomás con esa persona... pero no hay otra persona que los lleve. Entonces, pasa que es un poco complicado para ellos, pero en general, a los demás no cuesta tanto.” (3RLP St M)*

En muchas ocasiones sucede que el NNA **no quiere asistir** a la hora dental debido a encontrarse **desregulado o muy mal emocionalmente** dado al recibimiento de visitar, esto se puede dar tanto cuando no reciben visitas, como cuando las reciben.

“... desregulaciones, por ejemplo, que el niño o la niña esté muy mal afectivamente ese día, porque no tuvo visita, o porque sí la tuvo, y tenemos que reagendarla, porque en realidad no podemos sacarlo del hogar.” (1RLP St H)

Con respecto al **contacto** con el servicio, otra barrera identificada fue la percepción de la duración de la atención, debido a que la **duración de las atenciones en salud oral** tienden a ser reducidas, por lo que el profesional no se toma el tiempo de adaptar al NNA a la atención odontológica, y no se logra realizar, lo que es un gran problema cuanto éste se encuentra con dolor.

“¿Qué pasa? Que pese que odontopediatría no tiene una gran lista de espera y nos suelen llamar en general pronto, a veces las necesidades de los niños son más específicas. ¿Qué pasa? Que, por ejemplo, quizás también puede ser un poco como una barrera, los tiempos de atención son más reducidos. Entonces me pasó, por ejemplo, que ya con este primer niño que tuve que llevar a la urgencia dental, lo llevé al Exequiel, porque estaba quejándose por un dolor de muela, claro yo recién llegada, le veo la boquita, y era un niño que evidentemente tenía dificultades, o sea yo le vi y dije – ay – me dolió a mi ¿cachai? chuta lo llevé a la urgencia del Exequiel, en paralelo hice la gestión con (...) para que pudiera conseguirnos una hora dental. Y claro, o sea, fue super difícil, o sea, tuvimos que

afirmarlo para sacarle la muela, porque estaba así como muy mal y porque él ya no se dejaba atender nada y no se logró.” (2RLP St M)*

El conocimiento del usuario sobre la importancia y necesidad de continuidad de tratamiento se percibe como una barrera la continuidad del tratamiento, en la RVA de Estación Central se relata lo complejo que es mantener los controles en salud una vez que las adolescentes egresan de la residencia.

“Pero si en una semana me dan una hora y la chica hizo abandono o egresó, no voy a tener a esa chica para asistir con ella. Ya que yo creo que es como un poco lo que nos sucede con los tiempos, pero que no son los tiempos solamente de la atención dental, yo creo que también nos sucede como en términos generales, te pueden dar una hora para tres meses más, pero acá puede en tres meses la chica no estar porque fue egresada, porque modificó su dirección y se fue a otra región eventualmente y no siguió con sus atenciones” (1RVA Ec M)

Finalmente, se identifica una **falta de adaptación del servicio en base al perfil del usuario** como una barrera de contacto. Ésta se da debido a que no todos los dentistas se encuentran capacitados para la atención de NNA con necesidades especiales, y no se evidencia en base al relato que los profesionales de la salud tomen alguna medida al respecto, sino que proceden a derivar la atención.

“... el acceso depende más bien de la experiencia de los profesionales que intervienen. - Oh, qué suerte, nos tocó una dentista que sí tiene experiencia en niños con autismo -, pero es algo que casi nunca pasa, y nadie hace nada, solo tenemos que esperar a que nos llamen.” (1RLP St H)*

5.2.6 Categorías Emergentes

A. Responsabilidad e interés del referente afectivo (familiar) de los NNA con el cuidado de la salud oral.

Con respecto al nivel de compromiso e interés que existe en la familia o referente afectivo de los NNA en la salud de éstos, la única residencia que se pronunció sobre esta temática fue la RLP de Santiago, Guadalupe Acoge. Relataron que ellos poseen una unidad de salud que tiene como uno de sus objetivos el vincular a las familias o referente afectivo en las atenciones médicas y/o tratamientos complejos. Este trabajo lo realizan considerando que, en algún momento, lo ideal es que los niños retornen a su hogar de origen.

“También la unidad de salud tiene un rol bien importante de vincularnos con las familias con las que hoy día pretendemos el regreso de los niños. Ciertamente, hay familias inhábiles con las cuales no vamos a trabajar, pero trabajamos entonces con familias externas. A la unidad de salud en realidad le es indiferente, lo que tienen que buscar es el referente afectivo con el que se está trabajando y con ese adulto o referente se involucra ese referente en todo lo posible y donde se pueda se incorpora... horas médicas se suma al progenitor o progenitora. Si hay un tratamiento más extenso también se celebran reuniones con ese progenitor y se le informan en qué va a consistir y por qué razón va a ocurrir.” (1RLP St H)*

Con respecto a la percepción sobre la involucración de los padres, la educadora relata que, los padres, en general, no participan en las atenciones en salud, a pesar de que se les comunica, y que, en el caso de los niños que se atienden en la Universidad, por ejemplo, lo cual requirió un gran esfuerzo y trabajo, los padres tampoco valoran la gestión y lo ven más como una obligación de la residencia.

“K y M, que son los dos casos más como importantes, los atendemos aquí en la UNAB creo, porque los casos eran ya, o sea, si no, era sacarles la muela, era

como algo particular, y gastan un montón de plata en ello, gastan un montón de plata en que los niños puedan tener sus dientes bien, y después los papás no ven ese esfuerzo. ¿Por qué? Porque creen que igual es obligación del hogar hacerlo, aunque no debería.” (3RLP St M)*

*“A mí me gustaría que se involucraran las familias. No tenemos como contacto de que alguna familia hay que llevar el médico a algún niño. Son como pocas las personas que participan en eso, pero casi nada y, quizás, eso sería un poco más, no sé... que los niños estén más en confianza, su mamá, su papá en este caso. Pero no recibimos ese apoyo, no vienen porque normalmente ellos trabajan en la semana y las horas son en la semana.” (3RLP St*M)*

B. Recursos/herramientas provenientes del SPE hacia las residencias.

Durante las entrevistas algunos directores hacen referencia a los recursos y herramientas que les provee el SPE para el funcionamiento de la residencia. Éstos mencionan que la subvención que reciben por parte del SPE, solo alcanza para cubrir de un 30-47% del gasto total que implica el funcionamiento residencial, siendo esta cantidad suficiente sólo para abarcar las remuneraciones de los trabajadores. Por lo que, gastos en alimentación, insumos básicos, pago de servicios, infraestructura, entre otros, deben costearlo particularmente.

“La verdad es que nosotros con la subvención... yo quiero responder un poquito más atrás... con la subvención nosotros no cubrimos ni el 30%, dependiendo del 40% del gasto, del 100% del funcionamiento del programa, o sea, qué te quiero decir con eso... que con el aporte estatal nosotros sólo pagamos remuneraciones de profesional. Por lo tanto, todo lo que tiene que ver con alimentación, insumos básicos, pago de servicios, equipamiento, todo, lo paga la aldea. Por así decirlo, todo lo paga Aldeas Infantiles SOS a través de campañas, donaciones, etcétera.”

(1REM Ññ H)

Un director menciona que otro factor importante a considerar son las capacitaciones que se realizan por parte del SPE, siendo éstas insuficientes y con un formato estándar, cuando debiesen ser planificadas en base a las particularidades de las residencias.

Se hace hincapié en que en estos espacios residenciales hay una alta rotación de personal dada la complejidad de trabajar con NNA vulnerados en sus derechos y las bajas remuneraciones. Se considera que si el SPE fuese capaz de realizar capacitaciones y otorgar las condiciones óptimas y espacios adecuados para éstas, podría verse como una estrategia para cuidar al recurso humano que trabaja en las diferentes residencias.

“creo que este año, a diferencia de otro año, nos ha invitado a mayores capacitaciones, pero también son nunca pensando en la realidad y en la necesidad propia de cada programa, porque somos todos distintos. Entonces, esto es como una familia, los hijos no son todos iguales. Entonces, y no se piensa en la necesidad particular de la residencia ni en los tiempos. Por ejemplo, la última capacitación partía a las 8 de la mañana y el personal entra a las 9 acá, y si hay algún episodio de desregulación en la noche, los profesionales estaban haciendo turnos de noche excepcionales y después costaba mucho poder sumarse a ese tipo de capacitaciones. Entonces, yo creo que tiene que ser muy particular, muy focal, tiene que haber recursos particulares por cada residencia y, también, tiene que ser muy conversado, para poder pensar también en los profesionales, porque ahora hay un fenómeno detrás de todo esto, que el Servicio, ni los tribunales ni los centros medios cautelares se hacen cargo de esto, es la altísima rotación de profesionales que existen en estos espacios laborales... Y no duran por lo mismo... Entonces, por eso yo creo que el capital humano hay que cuidarlo desde lo que tú mencionas, desde qué tipo de capacitaciones, desde qué contenido estoy bajando, de que la persona tenga espacio realmente también para poder

trabajar. Pero yo les digo, hay un contenido que yo no lo puedo bajar en 10 minutos. Yo necesito el espacio, necesito una oficina, necesito una sala, necesito un proyecto, no sé... pensar en cosas que a veces pueden ser tan obvias, pero que en verdad hay que pensar un poquito más en los profesionales también... Si yo cuido a las personas que van a hacer este trabajo, también estoy cuidando a los jóvenes de la residencia.” (1REM Ññ H)

C. Perfil de NNA pertenecientes al SPE.

Muchos de los participantes hicieron referencias en las entrevistas al perfil que poseen los NNA al ingresar a la residencia, encontrándose varias características en común entre ellos.

De los relatos se desprende que la mayoría de los NNA viene de contextos altamente vulneradores: inhabilidad parental, negligencia en los cuidados de integridad física y mental, inasistencia a controles de salud, entre otros, provocando esto una gran complejidad y un trabajo desafiante al momento de la incorporación de hábitos.

“Mira... yo creo que ellos vienen de contextos tan vulneradores que, finalmente, partiendo de la base, nosotros asumimos una responsabilidad, pero por una negligencia que parte desde el contexto donde ellos vienen, digamos. Entonces, tenemos una brecha significativa en términos de salud oral o bucal” (1REM Ññ H)

“... por cierto, pero en salud y, especialmente, lo que dice en relación con los controles y la salud oral también, todo el rato, desconfiamos de que efectivamente se hayan realizado los controles, porque, además, vienen de una parentalidad que es inhábil, por algo están acá. Entonces, si son tan inhábiles, probablemente hayan sido inhábiles también en los cuidados de la salud del niño.” (1RLP St H)*

6. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar la percepción del equipo tutor respecto al proceso de provisión de servicios y gestión local en salud, con énfasis en salud oral de NNA en centros residenciales del SPE dentro de la Región Metropolitana, con el fin de generar recomendaciones para su mejora en distintos niveles de acción. Dado el contexto de desconocimiento del fenómeno, el abordaje exploratorio permitió ahondar en múltiples temáticas como: la implementación de OOTT en residencias; la percepción de necesidades y problemas en salud, y su priorización por parte del equipo tutor; la vinculación entre las residencias y los centros prestadores de salud; entre otros aspectos, lo que permitió, a su vez, identificar tanto facilitadores como barreras presentes en dicho proceso.

Los resultados obtenidos brindan información valiosa sobre cómo los NNA acceden a los servicios de salud, con énfasis en salud oral, cómo es la gestión interna de las residencias respecto a esta área. Además, otorgan una amplia visión de las diferencias que existen en función a la residencia en la que se encuentren amparados.

La importancia de conocer lo ya mencionado radica en tres aristas, por un lado, la serie de acontecimientos ocurridos los últimos años, que situaron en tela de juicio el resguardo y cuidado de los NNA que el SPE debía proveer; la gran reforma al escenario institucional y normativo con la creación del SPE el año 2021 en reemplazo del SENAME; y, por último, la particularidad de la población estudiada, NNA vulnerados en sus derechos (Comisión Investigadora del Servicio Nacional de Menores, 2013; Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021; Estrada & Jara, 2023).

En el marco de la investigación, las nueve residencias que participaron en el estudio poseían una administración distinta, lo que se consideró que podía tener incidencia en diferencias del funcionamiento residencial.

Las residencias ubicadas en Estación Central, La Florida, Ñuñoa y La Pintana, pertenecen a fundaciones de nivel nacional, que trabajan en conjunto con otras residencias de su misma administración pertenecientes al SPE emplazándose a lo largo del país, y como tal, poseen procesos centralizados, como por ejemplo, la solicitud de compra de insumos hacia la Fundación, la contratación del recurso humano, entre otros. Cabe destacar, que la RVA de Estación Central es administrada por la Fundación de beneficencia Hogar de Cristo (HDC), organización reconocida a nivel nacional, no sólo se encarga del cuidado y protección de NNA vulnerados en sus derechos, sino que cuenta con cientos de hogares a lo largo del país, bajo el resguardo de convenios con SENADIS, SENAMA, SENDA, entre otros. En cambio, las residencias de María Ayuda Corporación de Beneficencia, Aldeas Infantiles S.O.S Chile y Fundación Padre Semeria, ubicadas en la comuna de La Florida, Ñuñoa y La Pintana, respectivamente, se dedican exclusivamente al cuidado de NNA pertenecientes al SPE. (Fundación Padre Semeria, 2023; Hogar de Cristo, 2024; María Ayuda, 2024; Aldeas Infantiles SOS Chile, 2024).

En el caso de las tres RLP ubicadas en Santiago y Quinta Normal, forman parte de Fundaciones y ONG más pequeñas, las que se encuentran diseñadas para contar solamente con un centro residencial, por lo que la operativización del funcionamiento de la residencia se encuentra ligado únicamente a la realidad de esta misma. (Hogar Casa Santa Catalina, 2024; Fundación Guadalupe Acoge, 2024; Fundación Pléyades, 2024).

El caso de la Congregación Pequeñas Hermanas Misioneras de la Caridad Don Orione es especial, ya que alberga a niñas y adolescentes en conjunto con adultas en situación de discapacidad. Posee un convenio con SENADIS, al igual que la Fundación HDC, pero en vez de contar con residencias independientes, habitan todas las niñas, adolescentes y mujeres de 6 a 61 años en un complejo de varias casas, posicionando esta residencia en una realidad muy distinta a las otras, ya que las niñas y adolescentes se ven inmersas en un contexto social más diverso (Casa

Caridad Don Orione, 2024).

Finalmente, la residencia ubicada en Recoleta es la única de administración Municipal, lo que retira del escenario organizaciones independientes, siendo el rol de administración asumido exclusivamente por el Estado (Municipalidad Recoleta, 2020).

Es importante considerar la diversidad de las comunas en la que se encuentran inmersas las diferentes residencias, lo cual, en parte, puede explicar las diferencias en gestión interna y en el proceso de provisión de servicios entre estas. La caracterización de las comunas incluidas en este estudio se detalla en el Anexo N°7.

Las comunas en las que se emplazó el estudio presentan realidades que difieren en términos de población, pobreza multidimensional, recursos disponibles y acceso a la salud, en la que se pueden evidenciar desigualdades. Por ejemplo, La Pintana destaca como la comuna con la mayor tasa de pobreza multidimensional (27%), lo que contrasta con Ñuñoa, que tiene la tasa más baja (5,2%). Esto puede sugerir diferencias en las condiciones de vida y acceso a servicios básicos, como la salud. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024).

En términos de disponibilidad de presupuesto por habitante, Santiago posee \$356.790, mientras que Estación Central registra el monto más bajo, con \$172.710, indicando desigualdades en los recursos destinados a satisfacer las necesidades comunales, lo que podría impactar en áreas como la designación de gastos a los servicios de salud. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024).

Otro aspecto importante es la cantidad de centros de salud que haya en la comuna, en el caso de los CESFAM, La Florida, con una población de 366.916 habitantes, posee 9 CESFAM, mientras que Ñuñoa, con 208.237 habitantes, solo tiene 2. Lo que indica que hay diferencias en la distribución de centros de APS, que pueden no siempre relacionarse con las necesidades poblacionales. (Biblioteca del Congreso

Nacional de Chile, 2024)

Con respecto a gastos asignado al área de salud, la comuna de La Florida es la que designa más presupuesto, lo que se puede ver asociado con su cantidad de habitantes, en cambio la comuna de Quinta Normal designa un presupuesto mucho menor.

Cabe destacar la situación de Estación Central, que muestra una alta tasa de pobreza (22,8%) y baja disponibilidad presupuestaria (\$172.710). Esto refleja una situación de vulnerabilidad que podría requerir atención prioritaria en la asignación de recursos y servicios. Respecto a La Pintana, presenta la mayor tasa de pobreza multidimensional y a pesar de esto, cuenta con el gasto anual en salud más alto y el mayor número de CESFAM, lo que puede indicar una mayor vulnerabilidad en temas de salud. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024).

Estos datos pueden afectar directamente en el Índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU), éste evalúa 6 dimensiones: condiciones laborales; ambiente de negocios; condiciones socioculturales; conectividad y movilidad; salud y medio ambiente y vivienda y entorno, posicionando a las comunas de Chile en distintos niveles que indican la calidad de vida de sus habitantes. El año 2021 el ICVU evidenció que La Pintana era la comuna con el nivel de calidad de vida más bajo dentro de la RM, situación que difiere completamente de comunas como Ñuñoa o Santiago que poseen un alto nivel de calidad de vida. Al desglosar este índice, podemos observar, que en la dimensión de conectividad y movilidad, que considera proximidad al transporte público y permeabilidad urbana, la comuna de Buin se considera como una de las dos comunas con peor índice. En el caso de la dimensión “condiciones socioculturales” que comprendía la evaluación del acceso a la educación superior, vulnerabilidad social y pobreza multidimensional, tanto las comunas de Buin como La Pintana presentaban un bajo índice, antecedentes que se condicen con el Índice de Prioridad Social (IPS) realizado el año 2022 por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia que posiciona a La Pintana como la comuna de mayor IPS (Orellana y

cols., 2021; Área de Estudios e Inversiones Seremi de Desarrollo Social y Familia Región Metropolitana, 2022).

Debe subrayarse que, dentro de las residencias que participaron en el estudio, las residencias, RLP Pleyades y RLP Guadalupe Acoge, pertenecen a la comuna de Santiago, lo que implica que se pudo observar cómo un mismo contexto comunal determinado puede influir en la provisión de servicios y la gestión local en salud oral en 2 realidades distintas.

Para conocer en su totalidad el proceso de provisión de servicios de salud en la población de NNA pertenecientes al SPE, según cada residencia, es fundamental entender la organización y gestión local en temas de salud, dado que detrás de esta población que acude a los Servicios de Salud se encuentra un equipo de personas responsables de su tutela que debe trabajar mancomunadamente bajo un marco regulatorio. Las Orientaciones Técnicas establecen las directrices para la ejecución correcta de la modalidad residencial, encontrándose en ella la estrategia de operativización de sus componentes, sin embargo, la implementación de esas OOTT va a depender de la gestión interna de cada residencia, lo cual también puede generar diferencias de el acceso a salud, y en los cuidados y hábitos en salud. (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, s.f)

Las OOTT declaran que se debe proveer el acceso a la salud a los NNA respecto de prestaciones de salud primaria o especializadas, asistencia a controles respectivos con acompañamiento de personal de la residencia y que cada NNA debe contar con una carpeta individual con sus antecedentes y atenciones en salud. También indica sobre el resguardo de una alimentación saludable y los cuidados de higiene, disponiendo de productos y utensilios de aseo personal. Finalmente, aborda sobre la administración de fármacos y su indicación exclusiva por el profesional de salud. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). A pesar de que los participantes desconocen que estas temáticas se encuentran normadas por las OOTT, a excepción de la administración farmacológica, si existe el cumplimiento

de éstas en la práctica residencial, en todas las residencias dada la información entregada a lo largo de las entrevistas.

Para evaluar la implementación de las OOTT en cada residencia, en primera instancia, se definió indagar en el nivel de conocimiento que existía por el equipo tutor sobre la información en salud proporcionada en la misma, hallándose un vasto desconocimiento en los entrevistados, siendo los directores y algunas encargadas de salud quienes más manejaban información sobre el lineamiento, sin demostrar total dominio. A pesar del desconocimiento de lo relatado en salud en las OOTT, esto no se tradujo en su incumplimiento. (Proctor y cols., 2010).

Otro factor importante para evaluar la implementación es la aceptabilidad o grado de satisfacción que se posee con respecto a lo estipulado en las OOTT. En el caso de dos directores, se relata insatisfacción, mencionando que no existe una propuesta clara en las OOTT para gestionar la salud de los NNA, siendo éstas sólo recomendaciones que dejan a la interpretación la forma de abordar los temas de salud. Además, se refieren a que lo estipulado por la norma técnica no siempre se condice con los recursos entregados por el Servicio para su cumplimiento, tema que alude al “costo de implementación”, indicador directo a la hora de evaluar la implementación de un programa. (Proctor y cols., 2010). Según la ley 20.032, que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados, el recurso financiero que ofrece el Servicio va de 8,7 a 17,4 UF mensuales por cada NNA que habite en la residencia, lo que, según algunos directores, alcanza a cubrir sólo el 30-47% del costo total del programa residencial, siendo suficiente sólo para la remuneración de los trabajadores. (Ministerio de Justicia, 2005).

Otra temática que se aborda en las OOTT es la importancia del trabajo intersectorial, enfatizando en la debida coordinación y vinculación con el sistema de salud y la activación de redes locales. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). La conformación de alianzas estratégicas con figuras destacadas del sector salud y otros sectores, se considera una ayuda relevante para el desarrollo de la misión que

se tenga, y contribuye, a su vez, a la percepción de apoyo de los equipos de salud comunales. (Vergara y cols., 2012)

La activación de la articulación intersectorial solamente se vio reflejado en las residencias de Quinta Normal y Estación Central. En el caso de la primera residencia en donde la encargada de salud relata la coordinación con otros CESFAM pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Occidente para la realización del PRAPS Sembrando Sonrisas en las residencias. Y en el caso de la RVA de Estación Central, la trabajadora social, persona que cumple el rol de encargada de salud, hace referencia a reuniones entre la dupla psicosocial de la residencia y un analista de salud del Servicio para discutir casos de complejidad de salud que requerían mayor ayuda. El Manual metodológico para el fortalecimiento de procesos declara que el analista de salud es parte de una mesa denominada “Equipo de gestión intersectorial”, que trabaja en conjunto con el analista de coordinación intersectorial para abordar situaciones de complejidad dentro de la temática de salud integral en los NNA. (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2024).

El año 2018 bajo el contexto de la seguidilla de informes y noticias de vulneración de derechos de los NNA pertenecientes al SENAME, la PDI realizó una investigación en la que se develó que en el 66,3% del total de residencias el ETD no poseía la formación profesional ni técnica en el área de salud, siendo requisito único para el cargo contar con enseñanza media completa. (Ceballos Espinoza y cols., 2018), situación que no ha variado en gran medida en la actualidad, necesitándose sólo formación técnica para el mismo. El director de la REM ubicada en Ñuñoa, relató que, bajo su perspectiva, esto no presentaba un problema. En cambio, la directora de la RVA de Recoleta, comentó que ellos sólo contratan para el cargo de ETD a técnicos en enfermería o personas con algún curso en salud, considerándolo necesario para la psicoeducación en salud de las niñas y adolescentes de la residencia y haciendo énfasis que en la normativa no hay ninguna exigencia sobre formación en salud que debiese tener el cargo de ETD, lo

que se percibe como un error. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021).

El 2022 se realizó un estudio que tenía como objetivo analizar la percepción de niñas y/o adolescentes respecto al tipo de atención y cuidados recibidos en una residencia de la V región, perteneciente al SPE, con el fin de definir lineamientos de intervención que permitieran realizar mejoras desde la organización. Éste postuló como recomendación que debería actualizarse el perfil de selección de las ETD, ya que, idealmente, las personas que ocupan este cargo debiesen presentar competencias que equilibren tanto los aspectos técnicos como las habilidades personales relacionadas con la afectividad. En el marco de este estudio, efectivamente se considera que no basta tener sólo como requisito un “título técnico” para cumplir la compleja labor de las ETD, si no que se considera necesario una constante capacitación en diferentes materias, como en promoción de la salud, específicamente en salud oral y prevención de enfermedades bucodentales, entre otras. (Cisternas Flores, 2022)

La identificación de problemas y necesidades de salud es primordial para la planificación sanitaria (López de Castro & Rodríguez Alcalá, 2003). Además, la valoración de la percepción y opinión de la comunidad es clave para que se dé una buena gestión por parte de los Servicios de Salud. (Vergara y cols., 2012). Al indagar sobre la percepción e identificación de necesidades en salud de los NNA de las residencias por el equipo tutor, una respuesta que se repitió por varios participantes, fue la distinción entre las necesidades de salud física y mental, siendo éstas últimas las más requeridas acorde a la grave vulneración de derechos que han experimentado los NNA en conjunto a experiencias traumáticas. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

Dentro de las causas de ingreso más frecuentes de la población de NNA al SPE, se encuentra la negligencia grave, lo que implica la incapacidad en el tutor responsable de cumplir la labor de necesidades básicas del NNA, tales como mantener la higiene personal, cuidar de la alimentación y proteger su descanso. (García Cruz y cols.,

2019; Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). El equipo tutor considera que gran parte de las necesidades en salud física de los NNA de las residencias provienen justamente de una falencia en estos hábitos. La ausencia de correctos hábitos alimenticios en conjunto a la pérdida de sueño guarda directa relación con la obesidad en el infante, uno de los principales factores de riesgo de múltiples enfermedades (Warncke Monsalve, 2017, Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, 2022). A su vez, la escasez de hábitos de higiene oral y alimenticios, también fueron identificadas por el equipo tutor como las principales responsables de las necesidades en salud oral que poseen los NNA.

El manejo de la ansiedad dental se identifica como una de las principales necesidades en las residencias de modalidad RLP, siendo ésta, causa de la imposibilidad de atención odontológica. La ansiedad dental en NNA es una de las situaciones más difíciles de manejar a la hora de la atención odontológica, ésta puede ser considerada un sentimiento de miedo, del cual no se identifica su origen (Oliveira & Colares, 2009; Ríos Erazo y cols., 2014). Las experiencias asociadas al miedo se pueden deber a la alteración del desarrollo neurológico en ciertas zonas cerebrales, el que, a su vez, puede estar vinculado con experiencias de maltrato durante fases de este desarrollo (Amores Villalba & Mateos Mateos, 2017). Conociendo que la población de NNA pertenecientes al SPE proviene de realidades de negligencia grave y maltrato, se encuentra una vinculación entre las experiencias previas al ingreso residencial y la ansiedad dental.

En cuanto a la priorización de los diferentes problemas de salud, el equipo tutor de casi todas las residencias relata que, bajo cualquier caso, la prioridad es la salud mental. Por ejemplo, una directora relata que cuando se ven enfrentados a adolescentes con tendencia suicida, deben priorizar la salud mental por sobre otras problemáticas, como es el caso de los requerimientos de ortodoncia. Estudios señalan que el maltrato en la infancia constituye un factor de riesgo para generar alguna psicopatología y conducta suicida, lo cual respalda la priorización que el equipo tutor hace a los problemas de salud mental de los NNA. (Kokoulina &

Fernández, 2014)

La residencia ubicada en La Pintana fue la única que identificó a la salud ginecológica como prioridad, debido a que en ella viven 6 mujeres adolescentes. La salud sexual y reproductiva es una temática muy relevante para la población adolescente, siendo, por tanto, primordial la educación en esta materia (Obach y cols., 2017).

Con respecto a las herramientas que proporciona el Servicio se encuentra el “Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes vinculados a la Red de Programas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores” (PRAPS Mejor Niñez) el que tiene como propósito principal “mejorar las condiciones de salud de NNA que participan del SPE y SENAME, ya sea con vulneración de derechos o bajo la Ley de Responsabilidad Penal adolescente, respectivamente; asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud.” (Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota Dirección Atención Primaria, 2024). La información con respecto a este PRAPS es escasa, no están disponible las OOTT para conocer en profundidad en que contempla la operativización del PRAPS, la información disponible se desprende de las resoluciones exentas de las municipalidades que se adjudican el PRAPS y de las bases de licitación del “Primer estudio sobre la implementación del Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes vinculados a la Red de Programas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores”. En el PRAPS existen referentes, encargados de mejorar las condiciones de salud general y mental en NNA vinculados a los programas de la red, por medio de la realización de procesos psicológicos individuales y familiares, de coordinaciones con programas de la red Mejor Niñez, de la gestión con profesionales de la red asistencial del Servicio de Salud correspondiente y de la gestión intersectorial para la implementación del convenio. Los referentes se distribuyen en tres niveles: Central, Servicios de Salud y de Establecimientos por separado (Subsecretaría de

Salud Pública, 2024). Cuando se habló de la vinculación que poseían las residencias con los centros de salud en las entrevistas, se mencionó la comunicación con la “referente del PRAPS”, la que se ubicaba en el CESFAM y era la principal fuente de coordinación de horas de atención.

En muchas residencias se mencionó que la referente coordinaba todas las horas de atención de salud, excepto las horas de atención dental, para las cuales, o la referente se comunicaba con el equipo dental (como una intermediaria), o las mismas residencias debían comunicarse con éste para agendar las horas correspondientes, siendo, por tanto, complejiza la gestión, no existiendo las mismas flexibilidades para reagendar como con las otras áreas de salud. No se ahondó en el porqué de esta situación, dado que los participantes lo desconocían. Esto resulta controversial, debido a que el PRAPS describe la priorización de la atención en salud oral de la población de NNA pertenecientes al SPE. Además se mantiene una relación con el Programa CERO, por tanto esta población debiese estar inscrita en el programa y tener los controles de salud oral de acuerdo con su perfil de riesgo, los que debiesen, también, ser priorizados según indica la normativa. (Ministerio de Salud, 2024; Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota Dirección Atención Primaria, 2024).

Se percibe una deficiencia en la oferta de prestaciones en salud mental y en la disponibilidad de profesionales con la expertise necesaria en ésta. A pesar de que en los últimos años se ha avanzado en materias de salud mental a nivel nacional, la capacidad de respuesta de la APS se ve limitada por variables como la insuficiente asignación de recursos en esta área, además de la variabilidad de la capacidad de respuesta en los diferentes centros de APS, determinando diferencias en el acceso y la calidad de atención (Errázuriz y cols., 2015; Sepúlveda y cols., 2018). Otro factor que considerar es la formación universitaria insuficiente en materias de salud mental en los profesionales (Minoletti y cols., 2018).

Con respecto a la oferta de prestaciones odontológicas, el Visor Ciudadano, portal

web del MINSAL que revela el estado de listas de espera mediante un acceso personal, informa que, a junio de 2024, las listas de espera odontológicas llegaron a 490.965 pacientes, con un tiempo de espera de hasta 594 días para algunas especialidades. En Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial se alcanza un número elevado de 110.260 casos (Gobierno de Chile Noticias, 2023; La Tercera, 2024). Las extensas listas de espera se perciben como una de las principales complicaciones en la oferta de prestaciones odontológicas por el equipo tutor, sobre todo en las prestaciones de ortodoncia y endodoncia, mencionando que los NNA de las residencias no pueden acceder a la prestación en tiempos adecuados, muchas veces quedando directamente sin la atención. Cabe destacar que las listas de espera no siempre se deben a una falta en la disponibilidad de oferta, sino que también a una deficiente gestión de los recursos por parte de la red asistencial, como, por ejemplo, baja resolutivez en APS, fallas en los procesos de referencia y contrarreferencia, problemas de gestión de las listas de espera, entre otros (Vergara y cols., 2012). Respecto a esta última, la Contraloría General de la República realizó una auditoría en diferentes hospitales a lo largo del país durante este año, develando irregularidades en la gestión de lista de espera, posicionándola como una problemática de carácter nacional que requiere urgente resolutivez (Carvajal, 2024).

El problema de acceso a prestaciones de ortodoncia también fue mencionado bajo otra perspectiva por el equipo tutor, revelando cierta confusión con respecto a los requisitos de los NNA para optar a la derivación a esta especialidad, dado que, la derivación a ortodoncia es hasta los 12 años, y al llevar a los niños previo a esta edad, en muchos casos el profesional determina que no es pertinente realizar la derivación, situación que les aqueja profundamente, ya que no poseen los medios para acceder a este tratamientos de forma particular. Al respecto, en un escenario en que un odontólogo general de CESFAM aplica correctamente el protocolo de procesos de referencia y contrarreferencia de ortodoncia de su Servicio de Salud, efectivamente se puede dar que el NNA no cumpla con criterios técnicos para la derivación, lo cual se debe explicar de forma clara al paciente y acompañante para

que entiendan los motivos de no poder acceder a la prestación de ortodoncia. El problema ocurre cuando el odontólogo general no logra identificar que, si bien el NNA no cumple con los criterios técnicos para derivarlo en el presente, sí tiene necesidad de tratamiento de ortodoncia, o cuando logra identificar esta situación, pero no tiene las herramientas para abordarla, ya sea por falta de capacitación o por insuficiente oferta en ortodoncia preventiva e interceptiva en APS. La ortodoncia preventiva busca evitar la aparición de maloclusiones, por otro lado, la ortodoncia interceptiva tiene como objetivo la identificación y corrección de potenciales irregularidades y malposiciones durante el desarrollo del complejo dentofacial, reduciendo o incluso eliminando la necesidad de una segunda fase de tratamiento ortodóncico (Khursheed Alam, 2012).

La prevalencia de población de NNA con TEA ha ido en un aumento progresivo en los últimos años, contexto que ocasionó la creación de la reciente ley 21.545 que “Establece la Promoción de la Inclusión, la Atención Integral, y la Protección de los Derechos de las Personas con Trastorno del Espectro Autista en el Ámbito Social, de Salud y Educación”, que fortalece la capacitación de las redes asistenciales para proporcionar la atención adecuada a esta población. (Yañez y cols., 2021; Ministerio de Salud, 2023). La atención odontológica para pacientes con TEA plantea un gran desafío, dado el fenotipo cognitivo-conductual y las alteraciones sensoriales que poseen estos pacientes (Krämer y cols., 2015), por lo que el odontólogo debe estar capacitado para la atención de esta población en los centros de APS. Directores de las residencias perciben una falta de capacitación en el profesional, para la atención de NNA con necesidades especiales, ocasionando un grave problema de acceso a la atención odontológica y la necesidad de derivación a odontopediatría de los pacientes, imposibilitando su atención inmediata.

Los PRAPS odontológicos forman parte de la oferta de prestaciones disponibles en salud oral, estos poseen un apartado en sus OOTT con respecto a la población de NNA pertenecientes al SPE, donde se declara que éstos deben ser considerados y priorizados a través de un trabajo coordinado con el equipo de salud y el intersector

para otorgar atención efectiva y oportuna en todos los centros de salud (Ministerio de Salud, 2024). El trabajo coordinado con el intersector para emplear el PRAPS Sembrando Sonrisas, solo fue mencionado por una residencia, la RLP de Quinta Normal. Con respecto a las otras residencias y a los otros PRAPS no hubo ninguna mención de un trabajo coordinado que priorizase la atención de esta población.

Dado que el equipo tutor de la residencia toma completa responsabilidad de la crianza de los NNA, y deben mantener los cuidados en salud correspondientes, se indagó sobre cómo es la mantención y cuidado de salud oral de los NNA dentro del centro residencial.

La adquisición de hábitos de higiene oral es un factor fundamental a la hora del cuidado y mantención de salud oral de los NNA, esto refleja ser una gran problemática según relatan los diferentes equipos tutores. Estudios revelan que la negligencia parental y maltrato infantil incide directamente en patrones conductuales de los NNA, considerándose, entre ellos, dificultades para el cumplimiento de reglas y normas y problemas en la adquisición de hábitos. Por tanto, que estos adquieran en su rutina diaria el hábito de cepillado de dientes es más complicado que en el común de la población infanto-juvenil (Císcar Cuñat y cols., 2021; Basoalto Rodríguez & Diaz Moreno, s.f.).

Los participantes abordan que, tanto para la realización del acompañamiento y ayuda en las instancias de cepillado como para la elección de los utensilios de higiene, se basan en sus experiencias personales. Algunas ETD relatan reforzar el cepillado en los niños y niñas más pequeños en base a las recomendaciones del dentista, también mencionan que no tienen una especie de guía que los ayude a realizar correctamente estas acciones.

En cuanto a las atenciones dentales de los NNA, se ahondó en cómo es el proceso desde que solicitan la hora de atención hasta que ésta se concreta en cada residencia. Esta información, más lo relatado anteriormente, permitió identificar

facilitadores y barreras en el proceso de provisión de los servicios de salud oral, agrupándolos en las diferentes etapas que contemplan este proceso: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Contacto. (Tabla N°6 y 7) (Tanahashi, 1978)

La plataforma SIS es el sistema que utiliza el SPE para que se registre toda la información de los NNA como método de verificación de indicadores de evaluación hacia las residencias (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2024). Al respecto, todas las residencias mencionaron que el registro de las atenciones de salud dental se realizaba en esta plataforma web y debía incluir la descripción de la atención, indicaciones, recetas, fecha de próximos controles, etc.

Tabla N°6: Facilitadores identificados en el proceso de provisión de servicios de salud oral.

Etapas del proceso	Facilitador	Discusión
Disponibilidad	Atención de odontopediatría en CESFAM N°1	Respecto a la disponibilidad de especialidades, cabe destacar que el CESFAM n°1 Dr. Ramón Corbalán Melgarejo, cuenta la particularidad, de que, se realiza la atención secundaria de especialidades en la misma estructura física del CESFAM, estando ubicado en el segundo piso, lo que se puede ver relacionado con lo mencionado en la RLP de Santiago.
Accesibilidad	Buena comunicación entre la residencia y el CESFAM	En las RLP de Santiago y la de Quinta Normal se recalca la buena y fluida comunicación con la referente del CESFAM cuando presentaban dudas o necesitaban ayuda en el caso de urgencias dentales o necesidad de agendar horas de atención dental. Se destaca que las encargadas de salud de estas residencias mencionaban una fluida comunicación por WhatsApp, relatando que bajo

		cualquier duda que manifestaban, la respuesta era casi inmediata, lo que se puede deber a lo expedito de esta red de comunicación.
	Eficiente coordinación y gestión de horas de atención dental	Importante denotar que este facilitador es la experiencia de algunas residencias como las RLP ubicadas en Santiago y la RLP de Quinta Normal. Información opuesta al relato de otras residencias, en las horas de atención dental, lo que puede guardar relación con que la referente del CESFAM no puede gestionar ella misma estas horas, situación que se daba en las RVA de Estación Central y Recoleta.
	Cercanía física entre residencia y CESFAM	En todas las residencias se relató que el CESFAM quedaba a una distancia tan próxima que permitía acudir caminando, exceptuando que por alguna circunstancia tuvieran que ocupar otros medios de transporte. Se podría definir la cercanía física como el único facilitador transversal a todas las residencias, ya que los otros facilitadores son en base a situaciones particulares de cada residencia y la experiencia que tienen con sus centros de salud.
	Coordinación interna residencial	En una de las RLP de Santiago se destacaba la buena organización en el equipo bajo el mando de la encargada de salud. Es importante destacar que en esta residencia existía una “Unidad de Salud”, por lo que la coordinación interna constaba de una organización estructurada, desde la planificación, hasta el espacio físico de infraestructura.
	Acompañante de confianza a las atenciones dentales.	La compañía del NNA a las atenciones dentales por una ETD de confianza se considera un gran facilitador en general, dado que la instancia se tornaba agradable y el NNA se sentía cómodo

		yendo a su hora al dentista. Se puede evidenciar esta situación por el cargo de “educador significativo”, que existía en el organigrama de algunas residencias. Lo que generaba una complicidad más cercana entre el educador y el NNA asignado.
Aceptabilidad	Vínculo entre adolescentes con la dentista del CESFAM.	Es relevante consignar que la percepción de la atención muchas veces se puede ver influenciada por el nivel de empatía y amabilidad que demuestre el profesional, característica que en diferentes estudios se ha visto reflejada en la percepción de la atención por odontólogas mujeres (Smith & Dundes, 2008).
	Cambio de paradigma en la percepción de profesionales y funcionarios de la salud sobre los NNA pertenecientes al SPE	El cambio de paradigma de la percepción que poseían los funcionarios y profesionales del CESFAM sobre los NNA pertenecientes a ocasionado una mejor aceptación del servicio por parte de esta población, debido a que en el pasado se las estigmatizaba bajo estereotipos asociados a la población perteneciente al SENAME, lo que resultaba incómodo al momento de ir a los centros. Cabe destacar que la población de SPE (ex SENAME) era altamente estigmatizada debido a los NNA que provenían de centros de privación de libertad, dado sus antecedentes delictuales. (Riquelme Tapia & Troncoso Fazio, 2017), factor que, en base a la ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención de salud, no debiese tener relevancia, debido a que la ley estipula que “toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a

		que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria (...)” (Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, 2012).
Contacto	-	No se identificaron facilitadores.

Se destaca que en las tres RLP (dos en Santiago y una en Quinta Normal) fue en donde se identificaron más relatos con respecto a facilitadores para la atención, lo que se puede ver relacionado con la ausencia de necesidad de atención en especialidades, exceptuando odontopediatría, que fue mencionado como un facilitador en base a su disponibilidad y al perfil del niño o niña que habita en las residencias, dado que estas tres comparten el mismo rango etario.

Tabla N°7: Barreras identificados en el proceso de provisión de servicios de salud oral.

Etapas del proceso	Barrera	Discusión
Disponibilidad	Escasez de horas de atención dental	Se identifica que existe una escasez en la disponibilidad de horas de atención dental, situación que es relatada por algunas residencias, como las REM de Ñuñoa y Buin; y las RVA Estación Central y Recoleta. Aunque existen percepciones contrapuestas totalmente a lo indicado en estas residencias.
	Falta de profesionales capacitados	Se identifica que no hay suficiente disponibilidad de profesionales capacitados para la atención de NNA neurodivergentes. En la RLP de Santiago, Pleyades, se considera una dificultad que los dentistas no estén capacitados para atender a niños que tengan TEA u otros diagnósticos de salud mental. Relato similar al director de la otra RLP ubicada en Santiago el cual manifiesta que encontrarse con un profesional odontólogo

		capacitado para atender a NNA con TEA data una especie de suerte. Es importante denotar que la atención de pacientes neurodivergentes debe considerar estrategias psicoeducativas abocadas a las características de estos pacientes, situación que bajo la percepción del equipo tutor no se observa. (Barbosa Orijuela, 2019).
Accesibilidad	Desconocimiento de la normativa legal por parte del Servicio de Salud o incumplimiento de la Ley bajo conciencia.	Es relevante que el equipo de salud se encuentre capacitado con respecto a la normativa que ampara a la población perteneciente al SPE, la cual explicita “Los niños, niñas y adolescentes sujetos de atención del Servicio, y sus familias, deberán ser atendidos prioritariamente en el marco de los programas vigentes en los órganos de la Administración del Estado, mediante mecanismos que permitan hacer efectiva su priorización.” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021). Por lo que, si desde la residencia acuden a los centros de salud en busca de atención de urgencia odontológica, se les debe dar la correcta indicación sobre donde recibir esta atención de parte del equipo de salud del Servicio. Si esto no sucede, se estaría incumpliendo la ley.
	Problemas de articulación entre la residencia con centro prestador de salud.	Las falencias en la correcta articulación entre las residencias y el centro de salud, se debe a la ausencia de búsqueda de orientación con respecto a las atenciones de urgencia dental por parte de la residencia. Es relevante que el equipo residencial se encuentre empoderado para proteger los derechos de salud de las niñas y adolescentes de la residencia, característica imprescindible a la hora de estar a cargo de la tutela de una población vulnerada de derechos.

	<p>Desconocimiento del funcionamiento de la red de salud</p>	<p>En el caso de la RLP de Quinta Normal se identifica el desconocimiento de la red de salud como barrera de acceso, dado que relatan dificultad para acudir a urgencias dentales al Hospital San Juan de Dios, dado que no conocen a la referente del hospital y no saben cómo funciona. Particularmente esta residencia relataba tener una gran coordinación con la referente del CESFAM lo que les permitía atender las urgencias dentales en el CESFAM, el problema aparecía cuando estas urgencias dentales se presentaban en un horario en el que no estuviera disponible la atención en el CESFAM, como los fines de semana.</p>
	<p>Coordinación del equipo residencial</p>	<p>Aunque la coordinación del equipo residencial en una RLP de Santiago fue identificado como un facilitador, en gran parte de las otras residencias se considera como una barrera de acceso, dado que se identifica compleja la coordinación del equipo, tanto por la cantidad actividades que existen en un mismo rango horario, por lo que se pueden solapar horas y es complejo organizarlo y priorizar a que acudir, tanto como por la cantidad de personal, dado que si alguna ETD se encuentra con licencia, una baja en el equipo es muy significativo a la hora de coordinar salidas de la residencia.</p>
	<p>Accesibilidad física</p>	<p>Esta barrera fue identificada en la REM ubicada en Buin. Cabe destacar que el relato se condice con los datos entregados en el ICVU, que posiciona a Buin como una de las comunas con los peores niveles de conectividad y movilidad dentro de la RM. (Orellana y cols., 2021)</p>

Aceptabilidad	Ansiedad dental	Es considerada la mayor barrera de aceptabilidad del Servicio, que se observa en gran medida en las RLP de Santiago y Quinta Normal, por lo que se ve altamente ligado con la edad de los niños y niñas, además en una de las RLP de Santiago comentan que el miedo se ve fortalecido con las experiencias de sus compañeros. La experiencia del entorno del individuo incluyendo familia o de pared en los escenarios que se desenvuelva efectivamente son un agente causal para generar experiencias de fobia dental (Klingberg & Broberg, 2007).
	Desregulaciones emocionales	Las desregulaciones emocionales es algo constantemente habitual en los NNA pertenecientes a las residencias, de hecho las OOTT hacen referencias a los protocolos que se deben seguir en estas instancias, de manera muy específica, dado a que en el perfil de los NNA se refleja una inestabilidad emocional alta, en conjunto con la baja capacidad de manejo de emociones (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).
Contacto	Duración de la atención odontológica	La duración de la atención odontológica fue evidenciada como la última barrera en la etapa de contacto, y situación que solo se evidenció en una de las RLP de Santiago. Esta va muy de la mano con la ansiedad dental y el manejo de pacientes con TEA, dado que debido a la imposibilidad de manejo en el sillón dental por parte del profesional, no se podía concretar la atención dental en el tiempo de la sesión, que en general tienden hacer 20 o 30 min. Por lo que en esos casos la residencia optaba por buscar la

		prestación por otros medios, como por ejemplo la atención en clínicas universitarias, buscando que la persona que realizara la atención se enfocara en primera instancia en la adaptación a la atención del niño o niña. Esta experiencia no fue reportada en otras residencias.
	Conocimiento del usuario sobre la importancia y necesidad de continuidad de tratamiento.	Es relevante que los NNA en conjunto con sus familia o referentes afectivos se encuentren en conocimiento de la relevancia que tiene la continuación de los tratamientos. Para que una vez que estos se encuentren fuera de la residencia no se pierda la continuidad en el tratamiento. No porque el NNA deje la residencia, implica que deja todo el proceso de atención de salud. Ellos siguen siendo un usuario FONASA que tiene derecho de atención, por lo que si el mismo usuario o el referente afectivo, entendiese la importancia de la necesidad de tratamiento, no se interrumpiría el proceso.
	Adaptación del servicio en base al perfil del usuario.	Dado el problema que se observa con respecto a la atención de NNA neurodivergentes, es absolutamente necesario que el Servicio de Salud y sus profesionales se encuentren capacitados para atender a este tipo de pacientes, sobre todo bajo el escenario de la nueva normativa, que promueve la inclusión y atención integral en los diferentes Servicios a los NNA con TEA. (Ministerio de Salud, 2023).

Cabe destacar que las barreras y facilitadores que se identificaron en cuanto a la coordinación de horas dentales, la disponibilidad de profesionales capacitados y la comunicación con el centro de salud, son compartidas por las RLP Guadalupe y Pleyades, debido a estar insertos en la misma realidad comunal, contando con

iguales políticas locales, igual infraestructura y recursos disponibles. La diferencia radica en las barreras que guardan relación con la organización a nivel interno, o con alguna particularidad de la residencia misma. Por lo que, la realidad comunal en este caso se refleja de la misma forma en ambas residencias en cuanto a la provisión de servicios de salud oral.

Finalmente, es muy importante destacar que los NNA pertenecientes al SPE se encuentran viviendo en las residencias de forma excepcional y transitoria. El cuidado residencial se considera una medida de última ratio, es decir, la última opción a considerar en el momento que los Tribunales de Familia toman la decisión de la tutela (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021). Esta situación se da, exclusivamente, porque existieron graves vulneraciones a sus derechos y no poseen más alternativas proteccionales de carácter familiar. A pesar de ello, siempre se buscará la reinserción familiar de los NNA, por lo que es fundamental el trabajo residencial con las familias o referentes afectivos externos (Ministerio de Salud, 2024). Una de las RLP de Santiago, fue la única residencia que demostró importancia y un real compromiso en el trabajo de vinculación con las familias, al menos desde la perspectiva de los cuidados de salud, incluyéndolos al momento de asistir a las atenciones médicas, informándoles sobre el diagnóstico de enfermedades o curso de tratamientos y vinculándolos en el cuidado de la mantención de salud.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

El estudio enfrenta ciertas limitaciones, como la exclusión de residencias de administración directa y de modalidades específicas, como las 'Residencias para niños, niñas y adolescentes con discapacidad' y las 'Residencias para madres adolescentes,' lo que restringió la posibilidad de explorar particularidades en estos contextos y a su vez limita tener una visión integral del fenómeno. Además, lo reciente de la creación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, junto con su estado actual de transformación en un plazo de cinco

años, puede influir en la falta de madurez en las políticas y protocolos explorados, lo que limita la estabilidad del análisis realizado. Por último, es relevante considerar que el estudio no abordó la perspectiva de los centros de salud, lo que impide la comprensión en profundidad de las dinámicas administrativas y organizativas en la provisión de servicios para los NNA.

A pesar de estas limitaciones, el emplazamiento del estudio en residencias de distinta administración y ubicación geográfica permitió tener una amplia variabilidad del fenómeno investigado. Asimismo, la inclusión de distintos roles dentro de las residencias, enriqueciendo el análisis al capturar diversas perspectivas y experiencias, lo que facilitó una comprensión más completa de las dinámicas internas y de la gestión local de la salud oral.

7. CONCLUSIONES

El presente estudio nace de la necesidad de explorar y conocer cómo es abordada en la actualidad la garantía del derecho a la salud oral de los NNA pertenecientes al Servicio de Protección Especializada. Dada la escasez de información en materias de provisión del servicio de salud en esta población, fue necesario ampliar la perspectiva y entender el proceso desde el contexto de la provisión de servicios de salud y la gestión local de manera general, con énfasis en la salud oral.

El relato de los diferentes participantes permitió identificar elementos clave en el proceso de provisión de servicios en salud, con énfasis en salud oral de esta población, revelando importantes hallazgos sobre las diferentes dinámicas internas y externas que influyen en la gestión de salud en las residencias.

Con respecto a los supuestos formulados previo a la realización del estudio, se puede afirmar que, si bien, bajo el amparo tanto del marco legal, como de las orientaciones propias, del mismo Servicio, la población del SPE debe poseer acceso a atenciones de salud de forma oportuna, eficiente y priorizada, esto no siempre se ve reflejado en la realidad. Se reconoce la existencia de políticas dirigidas a los Servicios de Salud y la estrategia de activación del intersector para poder establecer este nivel de priorización, pero en base a lo relatado por los diferentes equipos residenciales estas estrategias son insuficientes. En muchos centros de salud, los funcionarios y profesionales desconocen la normativa, por lo que, la provisión de servicios de salud dirigida a los NNA pertenecientes al SPE, se realiza sin considerar las particularidades de esta población vulnerada de derechos.

Se observó que existen dificultades en el proceso de provisión de servicios y en la gestión local en temas de salud oral en la población del SPE, las cuales se encuentran vinculadas a muchas variables, entre las que se identificaron la falta de capacitación al equipo tutor en materias de salud oral y de la oferta de prestaciones de la red asistencial; ausencia de priorización efectiva uniforme de los NNA en la

atención odontológica, a pesar de estar estipulado en la normativa vigente; falencias en la organización residencial; dificultad en la aceptabilidad del servicio debido al perfil característico de los NNA; entre otros.

Se evidenció, a su vez, que existen variadas diferencias entre los centros residenciales del SPE en el proceso de provisión de servicios y la gestión local en temas de salud oral. Sobre todo en la percepción de priorización al acceder a atenciones en salud, específicamente salud oral. Hubo residencias que relataron una excelente vinculación con los centros de salud posicionando a los NNA como sujetos prioritarios de atención y realizando una gestión efectiva, situación completamente opuesta a otras residencias que relataban un trato indistinto a los NNA por los centros de salud, debido muchas veces al desconocimiento del personal sanitario sobre la normativa vigente que protege a la población pertenecientes al SPE. También se evidenciaron diferencias entre las residencias debido a la ausencia de la activación de redes intersectoriales en la gestión residencial, aunque esto fuese una directriz en la normativa legal.

Dentro de otras problemáticas que fueron evidenciadas por los entrevistados se encuentra la insuficiencia de recursos asignados por el SPE a las residencias y la falta de protocolos específicos en las OOTT que guíen de manera clara y detallada la intervención en salud y su correcta difusión.

Las enfermedades bucodentales en los NNA impactan negativamente en su calidad de vida, afectando procesos esenciales para el desarrollo infantil, como la comunicación, la socialización y la autoestima. En el caso de la población estudiada, caracterizada por una situación de vulnerabilidad, es fundamental garantizar un acceso oportuno a los servicios de salud requeridos. No obstante, dichos servicios deben estar adaptados a las necesidades específicas de este grupo y alinearse con su contexto reparatorio, asegurando una atención que responda efectivamente a sus características particulares.

Garantizar el derecho a la salud oral en esta población requiere un enfoque integral que aborde tanto las barreras estructurales, como las necesidades específicas de cada residencia. Este estudio destaca la importancia de articular esfuerzos intersectoriales y de fortalecer las capacidades internas de los centros residenciales para asegurar un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud oral.

RECOMENDACIONES.

Dado los resultados encontrados y discutidos a lo largo de este estudio, se emiten las siguientes recomendaciones de mejora en el proceso de provisión de servicios y gestión local en salud oral:

- Aumentar la difusión del marco regulatorio vigente que protege y prioriza las atenciones de salud de la población de NNA pertenecientes al SPE dentro de los centros de salud, tanto en los profesionales como funcionarios.
- Fortalecer la alianza con el intersector, mediante la formulación de una mesa intersectorial semestral, la que permita establecer una comunicación fluida, no tan solo con la referente del CESFAM, sino que también con la referente perteneciente a el Sistema Intersectorial de Salud Integral (SISI), generando instancias en las que se puedan diseñar estrategias conjuntas.
- Aumentar el conocimiento sobre la red asistencial y empoderamiento del equipo tutor. Es de suma importancia que el equipo tutor conozca sobre las prestaciones que pueden recibir los NNA en la red asistencial, incluyendo los PRAPS odontológicos y las atenciones GES. Además, deben conocer a qué centro asistencial acudir en base a las diferentes necesidades expresadas.
- Es necesario concientizar a los diferentes equipos residenciales, especialmente a los educadores de trato directo, sobre la importancia de los cuidados de salud oral en los NNA, dado que ellos son los principales actores en la crianza de los mismos, mediante la implementación de talleres periódicos en materias de salud oral en la población infantil y adolescente.
- Se debe reforzar la necesidad de que exista una orientación técnica específica, entendiendo las realidades residenciales. Y se recomienda que

dentro de estas recomendaciones se dé el correcto énfasis a los cuidados de salud oral. Una propuesta que se entrega es generar una OOTT similar a las “OOTT Para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia”, dado a lo conciso y explicativo del material. (Ministerio de Salud, 2024)

Debido a lo imperativo que resulta comprender la dinámica del proceso de provisión de los servicios de salud oral, el presente estudio propone la realización de futuras investigaciones que consideren la perspectiva de los centros de salud y del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Esto incluiría a actores clave en el proceso, como referentes del PRAPS, referentes del Servicio, analistas de salud, encargados intersectoriales, equipos dentales de los centros de salud, entre otros. De este modo, se podría entender con mayor profundidad la lógica administrativa y organizacional en relación con la atención de los NNA pertenecientes al SPE, contrastando las diferentes visiones y encontrando puntos de convergencia o divergencia sobre las falencias identificadas. El análisis de estas diversas perspectivas contribuiría a ofrecer una visión más completa y enriquecida del fenómeno.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aldeas Infantiles SOS Chile. (2024). *Aldeas Infantiles en Chile*. Aldeas Infantiles SOS Chile. <https://www.aldeasinfantilessos.cl/conoce-aldeas-infantiles/lo-que-hacemos/nuestros-programas-en-chile>

American Academy of Pediatric Dentistry. (2004). *Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15656436/>

Amores Villalba, A., & Mateos Mateos, R. (2017, julio-diciembre). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23(2), 81-88. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135755X17300234>

Área de Estudios e Inversiones Seremi de Desarrollo Social y Familia Región Metropolitana. (2022, mayo). *ÍNDICE DE PRIORIDAD SOCIAL DE COMUNAS 2022*. https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/INDICE-DE-PRIORIDAD-SOCIAL-2022_V2.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948, diciembre 10). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/span.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1959, noviembre 20). *Declaración de los Derechos del Niño, 1959*. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_Declaracion_DerechosNino.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos*

del Niño. UNICEF.
https://www.unicef.org/chile/media/3176/file/convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf

Asamblea General de Naciones Unidas. (1966, diciembre 16). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Naciones Unidas.
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Ashton, A. (2014, agosto). Basándose en la “experiencia vivida”: una investigación sobre la percepción, la ideación y la praxis. *Scientific Research*, 2(3).
<https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=49390>

Baggio, E., Abarca, M., Bodenmann, P., Gehri, M., & Madrid, C. (2015, julio 22). *Caries en la primera infancia en Suiza: un indicador de desigualdades sociales*.
<https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0066-y>

Barbosa Orijuela, R. (2019, diciembre 31). Atención odontológica de un paciente con autismo (tea), bajo el modelo psicoeducativo. Descripción de un caso. *Universitas Odontologica*, 38(81).

Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido* (1ra edición ed.). akal.
<https://books.google.com.pe/books?id=lvhoTqllEQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Basoalto Rodriguez, E., & Diaz Moreno, P. (s.f.). *¿Qué es la negligencia parental?* Chile Crece Contigo. <https://www.crececontigo.gob.cl/columna/que-es-la-negligencia-parental/>

Betina Lacunza, A., & Cotini de González, N. (2011). *Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos*

psicopatológicos. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2024). *Reportes comunales, 2024*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunal.html?unidad=0&anno=2024>

Cabello Ibacache, R., & Rodriguez Martinez, G. (2024, agosto). *Entendiendo a la caries dental como una enfermedad socialmente transmitida*. Scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882024000200068&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Carvajal, S. (2024, agosto 13). *Pacientes egresados sin ser atendidos y falsos fallecidos: Contraloría detecta graves irregularidades en listas de espera*. La Tercera. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/pacientes-egresados-sin-ser-atendidos-y-falsos-fallecimientos-contraloria-detecta-graves-irregularidades-en-listas-de-espera/XX2EHXVINBF73MB6MSV64M7IOY/#>

Casa Caridad Don Orione. (2024, enero). *MEMORIA 2023 Casa caridad Don Orione Buin*.

Ceballos Espinoza, F., Sotelo Moyano, C., Hevia Lepeley, G., Catalán Rubio, M. J., & Guerrero Morales, Y. (2018, diciembre). *Informe Análisis del funcionamiento residencial en centros dependientes del Servicio Nacional de Menores*. <https://media.elmostrador.cl/2019/07/informe-emilfork.pdf>

Císcar Cuñat, E., Martínez Vázquez, C., & Pérez Carbonell, A. (2021). Aproximación al estudio de la negligencia parental y sus efectos en la infancia y adolescencia. *Journal of Research in Social Pedagogy*, 39, 153-166.

Cisternas Flores, C. (2022). *Calidad de la atención desde la voz de niñas y adolescentes institucionalizadas en un sistema de protección residencial*.

Repositorio Académico de la Universidad de Chile.

<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/194110>

Comisión Investigadora del Servicio Nacional de Menores, SENAME. (2013). Informe de la comisión de familia constituida en investigadora para recabar información y determinar responsabilidades en las denuncias sobre hechos ilícitos ocurridos en hogares del Servicio Nacional de Menores. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=10254&formato=pdf>

Consejo Nacional de la Infancia. (2015). Política Nacional de Niñez y Adolescencia. <https://educarse.cl/wp-content/uploads/2017/12/Politica-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia-2015-2025.pdf>

Cooperativa. (2022, enero 7). *Caso Lissette Villa: Ex funcionarias del Sename cumplirán condena en libertad vigilada.* cooperativa.cl. <https://cooperativa.cl/noticias/pais/infancia/proteccion/caso-lissette-villa-ex-funcionarias-del-sename-cumpliran-condena-en/2022-01-07/215120.html>

Defensoría de la Niñez. (s.f.). *¿Qué se entiende por vulneración de Derechos?* Defensoría de la Niñez. https://www.defensorianinez.cl/preguntas_frecuentes/que-se-entiende-por-vulneracion-de-derechos/#:~:text=El%20concepto%20de%20E2%80%9Cvulneraci%C3%B3n%20de,no%2C%20dependiendo%20de%20nuestra%20legislaci%C3%B3n.

Depaux V, R. (2009). Gestión de la Demanda en la Atención de Salud: Un Ámbito de la Gestión del Cuidado. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 9(1, 2, 3), 19-22.

Díaz Herrera, C. (2018, enero 30). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Revista General de Información y Documentación*, 28(1), 119-142.

Echeverría López, S., Henríquez D'Aquino, E., Werlinger Cruces, F., Villarroel Díaz,

T., & Lanas Soza, M. (2020, abril). *Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social*. Scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015, septiembre). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000900011&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Espinoza-Espinoza, G., Pineda, P., Atala-Acevedo, C., Muñoz-Milán, P., Muñoz, S., Weits, A., Hernandez, B., Castillo, J., & Zaror, C. (2021, marzo). *Prevalencia y Severidad de Caries Dental en los Niños Beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de Chile*. scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2021000100166#:~:text=INTRODUCCI%C3%93N-,La%20caries%20es%20la%20enfermedad%20cr%C3%B3nica%20m%C3%A1s%20prevalente%20en%20ni%C3%B1os,et%20al.%2C%202020

Estrada, F., & Jara, M. J. (2023). “Mejor Niñez”, ¿Mejor Servicio? Análisis del nuevo Servicio de Protección Especializada de la Niñez y Adolescencia. *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2023* (pp. 498-546). Universidad Diego Portales. <https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2023/11/INFORME-ANUAL-DDHH-UDP-2023-CAP-11.pdf>

Fundación Guadalupe Acoge. (2024). *Programa Guadalupe Acoge*. Guadalupe Acoge. <https://guadalupeacoge.org/programa-guadalupe-acoge/>

Fundación Padre Semería. (2023). *¿Qué hacemos?* Fundación Padre Semería. <https://padresemeria.cl/proyecto/>

Fundación Pléyades. (2024). *Hogar Pléyades*. Fundación Pleyades. <https://www.pleyades.cl/hogar-pleyades>

Garbus, P. (2012). Accesibilidad a la atención en salud. La revisión teórica de una categoría tan clásica, como de moda. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 22(1), 15-25.

García Cruz, A. H., García Piña, C. A., & Orihuela García, S. (2019, julio-agosto). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*, 40(4), 199-210.

Giedon, U., Muñoz, A. L., & Ávila, A. (2015, julio). *Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud*.

Gobierno de Chile Noticias. (2023, mayo 18). *Ministerio de Salud presenta Portal del Paciente: Canal de comunicación ciudadano de tiempos de espera*. gov.cl. <https://www.gob.cl/noticias/ministerio-de-salud-presenta-portal-del-paciente-canal-de-comunicacion-ciudadano-de-tiempos-de-espera/>

Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33, 223-229.

Hogar Casa Santa Catalina. (2024). *Nosotros*. Hogar Casa Santa Catalina. <https://hogarcasasantacatalina.cl/nosotros/>

Hogar de Cristo. (2024). *Convenios con el Estado*. Hogar de Cristo. <https://www.hogardecristo.cl/transparencia/convenios-con-el-estado-probidad-transparencia/>

Instituto Nacional de Estadística. (2018, Junio). *Síntesis de resultados CENSO 2017*. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-y-anuarios/2017/publicaci%C3%B3n-de-resultados/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf?sfvrsn=1b2dfb06_6

Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. (2022, marzo 24). *Obesidad infantil*. Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI). <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sobrepeso-y-obesidad/obesidad-infantil>

Jara Stapfer, K. V. (2023, abril). *Evaluación de un modelo de gestión de demanda remota en el área odontológica en dos CESFAM de la Región Metropolitana*.

Khursheed Alam, M. (2012). *A to Z Orthodontics Introduction* (Vol. 1). https://www.researchgate.net/publication/261404328_A_to_Z_Orthodontics_Volume_1_Introduction

Klingberg, G., & Broberg, A. (2007, octubre 11). Miedo/ansiedad dental y problemas de manejo de la conducta dental en niños y adolescentes: una revisión de la prevalencia y los factores psicológicos concomitantes. *17(6)*, 391-406. [10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x).

Kokoulina, E., & Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *19(2)*, 93-103.

Krämer, S., Valle, M., Cubillos, M., Letelier, M. J., Véliz, A., Sepúlveda, L., & Camarda, I. (2015). *Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud*. Santiago: Universidad de Chile. Facultad de Odontología, Servicio Nacional de Discapacidad-Senadis.

La Tercera. (2024, agosto 27). *Atenciones odontológicas: las listas de espera*

silenciosas que también acechan al Minsal. ciedess. <https://www.ciedess.cl/601/w3-article-14988.html>

López de Catro, F., & Rodríguez Alcalá, F. J. (2003). Planificación sanitaria (I). *SEMERGEN*, 29(5), 244-254.

Mancera Romero, J. (2010). Gestión de la demanda en atención primaria. *SEMERGEN*, 36(5), 241-242.

María Ayuda. (2024). *¿Qué hacemos?* María Ayuda. <https://mariaayuda.org/quienes-somos/que-hacemos-donde-estamos/>

Marshall, C., & Rossman, G. B. (2006). *Designing Qualitative Research* (Fourth Edition ed.). SAGE.

Ministerio de Desarrollo Social. (2018). *Plan de acción Nacional de Niñez y Adolescencia*. <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/sobre-el-plan>

Ministerio de Desarrollo Social. (2024, Mayo). *Serie de Resultados CASEN Pobreza Multidimensional en niñas, niños y adolescentes encuesta CASEN 2006-2022*. Observatorio Social. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_Ninos_Ninas_y_Adolescentes_Casen_2022.pdf

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). *Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI)*. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi-tercera-ronda>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021, enero 5). *Ley 21.302 crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica*

normas legales que indica. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154203>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022, marzo 15). *Ley 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.* Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022, mayo). *Orientaciones Técnicas Línea De Acción Cuidado Alternativo Modalidad De Tipo Residencial Residencia Para Niños, Niñas Y Adolescentes Con Discapacidad.* Colaboradores.
<https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Orientaciones-tecnicas/>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022, Mayo). *Orientaciones Técnicas Línea De Acción Cuidado Alternativo Modalidad De Tipo Residencial Residencias De Protección Para Mayores.* Colaboradores.
<https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Orientaciones-tecnicas/>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022, mayo). *Orientaciones Técnicas Línea De Acción Cuidado Alternativo Modalidad De Tipo Residencial Residencias Para Madres Adolescentes.* Colaboradores.
<https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Orientaciones-tecnicas/>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022, mayo). *Orientación Técnica Línea de Acción Cuidado Alternativo de tipo Residencial Residencia de Vida Familiar para Adolescencia Temprana.* Colaboradores.
<https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Orientaciones-tecnicas/>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022, mayo). *Orientación Técnica Línea de Acción Cuidado Alternativo modalidad de tipo Residencial Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.* Colaboradores.

<https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Orientaciones-tecnicas/>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023, Julio). *Orientaciones Técnicas Línea de Acción Cuidado Alternativo - Modalidad de tipo Residencial: Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares*. Colaboradores. <https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Orientaciones-tecnicas/>

Ministerio de Justicia. (1979, enero 16). *Ley 2.465 crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su Ley orgánica*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=6929&idVersion=2019-01-31&idParte=>

Ministerio de Justicia. (2005, julio 25). *Ley 20.032 Regula el régimen de aportes financieros del estado a los colaboradores acreditados*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=240374>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2023, enero 12). *Ley 21.527 Crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil e introduce modificaciones a la Ley n° 20.084, sobre responsabilidad penal de adolescentes, y a otras normas que indica*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1187684>

Ministerio de Relaciones Exteriores. (1990, septiembre 27). *Promulga Convención sobre los Derechos del Niño*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=15824&idParte=>

Ministerio de Salud. (2023, marzo 10). *Ley 21.545 Establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación*. Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1190123>

Ministerio de Salud. (2024). *Orientaciones Técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de Educación Parvularia*. DIPRECE Ministerio de Salud. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/2024.02.19_OT-CEPILLADO-DE-DIENTES.pdf

Ministerio de Salud. (2024). *Orientaciones Técnico Administrativas Poblacion Adolescente en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico Programa Cero Adolescente*.

Ministerio de Salud. (2024). *Orientaciones Técnico Administrativas Programa Odontológico Integral*.

Ministerio de Salud. (2024). *Orientaciones Técnico Administrativas Programa Sembrando Sonrisas 2024*.

Ministerio de Salud. (2024). *Orientaciones Técnico Administrativas Programas GES Odontológicos 2024*.

Ministerio de Salud. (2024). *Orientación Técnico Administrativa Población Infantil en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico Programa Cero Infantil*.

Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. (2012, abril 24). *Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348&idVersion=2024-05-28&idParte=9252040>

Ministerio Secretaría General de la Presidencia. (1980). *Constitución Política de la República de Chile*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>

Minoletti, A., Soto Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., & Irrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>

Moraga Aros, L., Aubert Valderrama, J., Correa Ramirez, A., & Monsalves Villalobos, M. (2022, abril 30). *Situación de salud oral en preescolares chilenos entre los años 2007-2015: Revisión sistemática y análisis a nivel individual.*

Munayco Pantoja, E., Pereyra Zaldívar, H., & Cadillo Ibarra, M. (2020, junio 12). *Calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos con caries de infancia temprana severa.* <https://www.odon.edu.uy/ojs/index.php/ode/article/view/326/898>

Municipalidad Recoleta. (2020, junio 30). *Resolución N°2049.*

Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 19(6), 848-854.

Oliveira, M. M., & Colares, V. (2009, abril). La relación entre ansiedad odontológica y dolor de dente en niños con edades entre 18 y 59 meses: estudio en Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400005>

Orellana, A., Truffello, R., & Moreno, D. (2021). *Índice de calidad de vida (ICVU) 2021.* <https://estudiosurbanos.uc.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-Ejecutivo-ICVU-2021-1.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Declaración Universal de Derechos Humanos Historia de la Declaración.* Naciones Unidas.

<https://www.un.org/es/about-us/udhr/history-of-the-declaration>

Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Infancia*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/global-issues/children>

Organización Mundial de la Salud. (2023, octubre 5). *Cobertura sanitaria universal (CSU)*. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Organización Mundial de la Salud. (2023, diciembre 1). *Derechos Humanos*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2024, noviembre 5). *Maltrato Infantil*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Organización Mundial de la Salud. (2024, noviembre 6). *Salud bucodental*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2010, octubre 19). Resultados de la investigación de implementación: distinciones conceptuales, desafíos de medición y agenda de investigación. *38*, 65-76. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3068522/>

Quecedo Lecanda, R., & Castaño Garrido, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39. <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Ramos Galarza, C. (2020). Los alcances de una investigación. *Cienciamérica*, 9(3).

Ríos Erazo, M., Herrera Ronda, A., & Rojas Alcayaga, G. (2014, enero - febrero). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en odontoestomatología*, 30(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000100005

Riquelme Tapia, P., & Troncoso Fazio, C. (2017). *Vulneración de los derechos del niño en centros del SENAME: la inviabilidad de la reinserción social*. Repositorio de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/144854/Vulneraci%C3%B3n-de-los-derechos-del-ni%C3%B1o-en-Centros-del-SENAME.pdf>

Rodney, A. M., & Hill, P. S. (2014). Achieving equity within universal health coverage: a narrative review of progress and resources for measuring success. *International Journal for Equity in Health*.

Rodríguez, J., Andrade, C., González, A., Mansilla, C., & Zuñiga, I. (2021, Junio). *INFORME FINAL: Elaboración de una Propuesta Metodológica para Estimar la Inversión Pública Destinada a Niños, Niñas, Adolescentes y sus Familias*. <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/cms/document/liGfuBzg9t6Xf05eHViKyMUm0gj6AS9miZMD6gS6.pdf>

Rodríguez Alcalá, F. J., & López de Castro, F. (2004). Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *SEMERGEN*, 30(4), 180-189.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ta ed.). Deusto.

Scott Nicolás, K. (2009). *Descripción de la implementación de las normas de prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares a nivel primario del Servicio*

de Salud Metropolitano Sur Oriente. Repositorio Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134985/Descripci%3%b3n-de-la-implementaci%3%b3n-de-las-normas-de-prevenci%3%b3n-e-intercepci%3%b3n-de-anomal%3%adas-dentomaxilares.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sepúlveda, R., Zitko, P., Ramírez, J., & Markkula, N. (2018, octubre). Las consultorías de salud mental atención en primaria y la tasa de hospitalización psiquiátrica: estudio nacional en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.138>

Servicio de Salud Viña Del Mar – Quillota Dirección Atención Primaria. (2024). *Resolución exenta N° (1000)*. Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. https://www.ssvq.cl/ssvq/site/docs/20240508/20240508124220/2580_programa_se_name_2024___vina_del_mar__int__n_515_.pdf

SERVICIO NACIONAL DE MENORES. (2019, marzo). *Informe final auditoría social sistema de cuidado alternativo residencial*. <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2016/10/Informe-FINAL-Auditoria-Social-08-04-2019.pdf>

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (s.f.). *Colaboradores*. <https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Colaboradores/Colaboradores-acreditados/Preguntas-sobre-colaboradores-acreditados/>

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (s.f.). *Cuidado Alternativo*. <https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Programas/Cuidado-alternativo/>

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (s.f.). *Opina sobre las nuevas Orientaciones Técnicas*.

<https://www.servicioproteccion.gob.cl/nuevas-orientaciones-tecnicas.html#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20las%20Orientaciones%20T%C3%A9cnicas,ejecuci%C3%B3n%20de%20la%20oferta%20program%C3%A1tica>.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (s.f.). *Programas*. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Retrieved marzo 5, 2023, from <https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Programas/>

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2024, Junio). *Informe de Cuenta Pública Participativa*. https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-2397_archivo_01.pdf

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2024, mayo 17). *Manual Metodológico para el Fortalecimiento de Procesos de Asistencia Técnica Especializada*.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2024, junio). *INSTRUCTIVO MÓDULOARTÍCULO 30 SIS*. SIS Centro de documentación. <https://cdn.sis.mejorninez.cl/pdf/cd/instructivos/InstructivoArticulo30-Verificadores.pdf>

Smith, M. K., & Dundes, L. (2008). Las implicaciones de los estereotipos de género en la relación dentista-paciente. *Revista de Educación Dental*, 72(5). https://www.academia.edu/29415941/The_implications_of_gender_stereotypes_for_the_dentist_patient_relationship

Subdepartamento de Estudios y Análisis de Datos Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2024, mayo). *Informe ejecutivo resultados mapa nutricional 2023*. JUNAEB. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2024/09/Informe-resultados->

Mapa-Nutricional-2023.pdf

Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *Política Nacional de la niñez y adolescencia y su plan de acción 2024-2032* (Segunda edición ed.).
https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/cms/document/Resumen_ejecutivo.pdf

Subsecretaría de Prevención del Delito Ministerio del Interior y Seguridad Públicas. (2023). *Principales resultados 2ª Encuesta Nacional de Polivictimización*. Centro de Estudios y Análisis del Delito. <https://cead.spd.gov.cl/wp-content/uploads/file-manager/Presentaci%C3%B3n%20resultados%20da%20Encuesta%20Nacional%20Polivictimizaci%C3%B3n.pdf>

Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal. (2021, diciembre). *Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2021-2030.pdf>

Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal. (2010, diciembre). *Análisis de situación de salud bucal en Chile*. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/An%C3%A1lisis-de-Situaci%C3%B3n-Salud-Bucal.pdf

Subsecretaria de Salud Pública, Subsecretaría de Salud Pública. (2024, febrero 22). *Bases administrativas de licitación pública para adquisiciones bienes y/o servicios*. Mercado público.
<https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=9LJzJrXPVDHL3PyfXxucMQ==>

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the*

World Health Organization, 295-303.

UNICEF. (2000). *Maltrato Infantil en Chile*. Unicef. https://biblioteca.unicef.cl/sites/default/files/2022-11/284_Unicef_responde_Maltrato_infantil_en_chile.pdf

Vergara, M., Bisama, L., & Mondaca, P. (2012, octubre 7). Competencias esenciales para la gestión en red. *Revista médica de Chile*, 140, 1606-1612.

Warncke Monsalve, N. (2017). *Alimentación y hábitos de vida saludable en educación infantil*. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32312/TFG-G3102.pdf>

Yañez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M. A., Troncoso, L., Troncoso, M., & López, C. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes Pediatría*, 92(4), 519-525. [10.32641/andespediatr.v92i4.2503](https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503)

9. ANEXOS

ANEXO N°1: Pauta temática de entrevista

Dimensión	Pool de preguntas guías
Vinculación de la Residencia con la Salud y sus prestadores.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es su percepción sobre las necesidades de salud de los NNAJ de la residencia? ¿Se prioriza algún aspecto en específico? ¿Cuál? y ¿De qué forma? • ¿Qué vinculación posee la residencia con los centros prestadores de salud? • ¿Cómo es la organización de parte del Servicio Mejor Niñez para abordar todos los tópicos que tengan relación con la salud de los NNAJ de la residencia? Coménteme sobre la realización de planificación de capacitaciones al personal cuidador.
Nociones y apreciaciones sobre el acceso en salud oral de los NNAJ pertenecientes al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es su percepción sobre las necesidades de salud oral de los NNAJ de la residencia? • Coménteme sobre la realización de intervenciones o actividades con respecto a la salud oral en la residencia. ¿En qué han consistido?
Mantenimiento y cuidado de la Salud Oral de los NNAJ de la residencia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se relaciona su labor con respecto a la mantención de la salud oral de la población de NNAJ en las residencias? • ¿Cómo es la dinámica para establecer las rutinas de higiene en los NNAJ de la residencia y la concientización de la importancia de su salud? • ¿Cómo es el proceso de obtención y renovación de utensilios de higiene?
Protocolos establecidos para el acceso a la atención en salud oral	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted está familiarizado con las “orientaciones técnicas para el funcionamiento de los diferentes programas residenciales” ?, ¿Podría describirlo con sus palabras y especificar sus conocimientos sobre el apartado de salud? • Según las “orientaciones técnicas para el funcionamiento de los diferentes programas residenciales” se designa como labor de la residencia que los NNAJ posean una Carpeta individual con su historial de salud. ¿Cómo es el proceso de recopilación de dicha información, específicamente de la salud oral? • En caso de detectar que algún niño necesita recibir atención en salud oral, ¿Cuál es el flujo que conduce hasta llegar a la atención?

	<ul style="list-style-type: none"> • Con respecto a la pregunta anterior ¿Cuáles son las principales dificultades que pueden existir en el proceso? ¿y facilitadores? • Cuando no se logra realizar la atención mediante los prestadores de salud pública, ¿Cómo es el flujo para acceder a la atención? ¿Existe la posibilidad de atención en otro lugar para la resolución del problema? ¿Quién decide cuando es necesario acudir a otro prestador de salud?
--	--

ANEXO N°2: Codificación de la muestra

Simbología de codificación			
Sexo: M - Mujer H - Hombre	Cargo en la residencia: 1 – Director(a) 2 – Encargado(a) de Salud / Variante 3 – Educadora de trato directo (ETD)	Modalidad de tipo residencial: REM – Residencia de Protección para Mayores RLP – Residencia de Protección para lactantes y preescolares RVA – Residencia de Vida Familiar para Adolescentes	Comuna de ubicación: Ññ – Ñuñoa Bu – Buin Lf – La Florida St / St* - Santiago Qn – Quinta Normal Ec – Estación Central Rc – Recoleta Lp – La Pintana

	Sexo	Cargo en la residencia	Modalidad de tipo residencial	Comuna de ubicación residencial	Codificación
1	Hombre	Director	REM	Ñuñoa	1REM Ññ H
2	Mujer	Encargada de Salud	REM	Ñuñoa	2REM Ññ M
3	Mujer	ETD	REM	Ñuñoa	3REM Ññ M
4	Mujer	Director	REM	Buín	1REM Bu M
5	Mujer	Encargada de Salud	REM	Buín	2REM Bu M
6	Mujer	ETD	REM	Buín	3REM Bu M
7	Mujer	Director	REM	La Florida	1REM Lf M
8	Mujer	Encargada de Salud	REM	La Florida	2REM Lf M
9	Mujer	ETD	REM	La Florida	3REM Lf M
10	Mujer	Director	RLP	Santiago	1RLP St H
11	Mujer	Encargada de Salud	RLP	Santiago	2RLP St M
12	Mujer	ETD	RLP	Santiago	3RLP St M
13	Mujer	Director	RLP	Quinta Normal	1RLP Qn M

14	Mujer	Encargada de Salud	RLP	Quinta Normal	2RLP Qn M
15	Mujer	ETD	RLP	Quinta Normal	3RLP Qn M
16	Mujer	Director	RLP	Santiago	1RLP St H*
17	Mujer	Encargada de Salud	RLP	Santiago	2RLP St M*
18	Mujer	ETD	RLP	Santiago	3RLP St M*
19	Mujer	Director	RVA	Estación Central	1RVA Ec M
20	Mujer	Encargada de Salud	RVA	Estación Central	2RVA Ec M
21	Mujer	ETD	RVA	Estación Central	3RVA Ec M
22	Mujer	Director	RVA (RPE)	Recoleta	1RVA Rc H
23	Mujer	Encargada de Salud	RVA (RPE)	Recoleta	2RVA Rc H
24	Mujer	ETD	RVA (RPE)	Recoleta	3RVA Rc H
25	Mujer	Director	RVA	La Pintana	1RVA Lp M
26	Mujer	Encargada de Salud	RVA	La Pintana	2RVA Lp M
27	Mujer	ETD	RVA	La Pintana	3RVA Lp M

ANEXO N° 3: Consentimiento informado

Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar mediante una entrevista semi-estructurada o grupo de discusión en el proyecto de tesis "Implementación del acceso a la atención de salud oral en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, "Mejor Niñez" dentro de la Región Metropolitana, adscrito al proyecto "Estrategias para el Fomento de la Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con Menor Acceso a Educación y Atención en Chile" de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (FOUCh). El objetivo principal de esta investigación es analizar la implementación del acceso a la atención en salud oral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" dentro de la Región Metropolitana, con el fin de generar recomendaciones para su mejora en distintos niveles de acción.

Estas entrevistas y los grupos de discusión se realizarán de manera presencial, la cual será confirmada en 2 oportunidades: 7 días y 48hrs previo a su realización. En coherencia con las técnicas propias de la metodología cualitativa, sus respuestas en la entrevista serán grabadas (sólo por audio) y transcritas. La información proveniente de las entrevistas y grupos de discusión será utilizada solo para lo propuesto en este estudio.

Su participación es voluntaria y no tiene pago ni compensaciones. Tiene usted el derecho a retirar su voluntad de participar en cualquier momento sin que lo afecte o sufra consecuencia alguna.

Se le agradece su participación en el estudio.

Yo, _____.

RUT: _____, declaro que leí este documento, estoy de acuerdo con lo expuesto y acepto participar de este proyecto de forma libre y voluntaria bajo las condiciones propuestas. Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis.

Santiago, ___ de ___ de 202_

Firma del Participante

Usted puede consultar en cualquier momento sobre las dudas que tenga en torno al proyecto y su participación en el. Para ello, los datos de contacto son:

- Constanza Brell, alumna tesista FOUCh: constanza.brell@ug.uchile.cl
- Valentina Fajreldin, tutora de tesis vfajreldin@odontologia.uchile.cl
- Marcela Farias, responsable proyecto: mfarias@odontologia.uchile.cl


Firma Alumno Tesista


Firma Tutora de Tesis



Firma Responsable del proyecto

ANEXO N°4: Carta a centros residenciales para solicitar ingreso formal

Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas



Carta de Autorización para la Participación en Trabajo de Investigación

La residencia _____ perteneciente a la modalidad de proyecto residencial mediante su Director(a) _____, administrada por _____ autoriza a participar a miembros de su recurso humano en el proyecto de tesis "Implementación del acceso a la atención de salud oral en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, "Mejor Niñez" dentro de la Región Metropolitana", adscrito al proyecto "Estrategias para el Fomento de la Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con Menor Acceso a Educación y Atención en Chile" de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (FOUCh), el que tiene por objetivo principal de esta investigación es analizar la implementación del acceso a la atención en salud oral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en centros residenciales del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" dentro de la Región Metropolitana, con el fin de generar recomendaciones para su mejora en distintos niveles de acción.

Además de permitir el ingreso a las dependencias del centro residencial a la Srta. Constanza Brell Mendoza, alumna tesista, para llevar a cabo la realización de entrevistas semiestructuradas a miembros del recurso humano del proyecto residencial.

Santiago, __ de __ de 202__

Firma del Director(a) de la Residencia

Usted puede consultar en cualquier momento sobre las dudas que tenga en torno al proyecto y su participación en el. Para ello, los datos de contacto son:

- Constanza Brell, alumna tesista FOUCh: constanza.brell@ug.uchile.cl
- Valentina Fajreldin, tutora de tesis vfajreldin@odontologia.uchile.cl
- Marcela Farias, responsable proyecto: mfarias@odontologia.uchile.cl

Firma Alumno Tesista

Firma Tutora de Tesis



Firma Responsable del proyecto

ANEXO N°5: Caracterización de la Muestra

Caracterización de la Muestra	
1REM Ññ H	Hombre, trabajador social, director de Proyecto Ñuñohue, (3 residencias ubicadas en la comuna de Ñuñoa), perteneciente a la ONG Aldeas Infantiles SOS Chile, el cual tiene la modalidad de REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
2REM Ññ M	Mujer, encargada de salud de Proyecto Ñuñohue, 3 residencias ubicadas en la comuna de Ñuñoa, pertenecientes a la ONG Aldeas Infantiles SOS Chile, las cuales tienen la modalidad de REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
3REM Ññ M	Mujer, educadora de trato directo de "Casa pescadores II" ubicada en la comuna de Ñuñoa, residencia del Proyecto Ñuñohue, pertenecientes a la ONG Aldeas Infantiles SOS Chile, de modalidad REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
1REM Bu M	Mujer, hermana de Congregación pequeñas hermanas misioneras de la caridad Don Orione, directora de Casa Caridad Don Orione, ubicada en la comuna de Buín, de modalidad REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
2REM Bu M	Mujer, enfermera, encargada de salud de Casa Caridad Don Orione, ubicada en la comuna de Buín, de modalidad REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
3REM Bu M	Mujer, terapeuta ocupacional, educadora de trato directo de Casa Caridad Don Orione, ubicada en la comuna de Buín, de modalidad REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
1REM Lf M	Mujer, psicóloga, directora de Residencia Santa María, ubicada en la comuna de La Florida perteneciente a María Ayuda Corporación de Beneficencia, de modalidad REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
2REM Lf M	Mujer, encargada de salud de Residencia Santa María, ubicada en la comuna de La Florida perteneciente a María Ayuda Corporación de Beneficencia, de modalidad REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
3REM Lf M	Mujer, educadora de trato de directo de Residencia Santa María, ubicada en la comuna de La Florida perteneciente a María Ayuda Corporación de Beneficencia, de modalidad REM, Residencia de Protección para Mayores (con Programa)
1RLP St H	Hombre, psicólogo, director subrogante de Hogar Pleyades, ubicado en la comuna de Santiago, perteneciente a la Fundación Pleyades, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
2RLP St M	Mujer, fonoaudióloga, encargada de salud de Hogar Pleyades, ubicado en la comuna de Santiago, perteneciente a la Fundación Pleyades, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
3RLP St M	Mujer, encargada de vida cotidiana, jefa de educadoras de trato directo de Hogar Pleyades, ubicado en la comuna de Santiago, perteneciente a la Fundación Pleyades, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
1RLP Qn M	Mujer, profesora de lengua y literatura francesa, directora de Hogar Casa Santa Catalina, ubicado en la comuna de Quinta Normal, perteneciente a la ONG de desarrollo Hogar Santa Catalina, de modalidad RLP, Residencia de Protección

	para lactantes y preescolares.
2RLP Qn M	Mujer, enfermera, encargada de salud de Hogar Casa Santa Catalina, ubicado en la comuna de Quinta Normal, perteneciente a la ONG de desarrollo Hogar Santa Catalina, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
3RLP Qn M	Mujer, jefa de educadoras de trato directo de Hogar Casa Santa Catalina, ubicado en la comuna de Quinta Normal, perteneciente a la ONG de desarrollo Hogar Santa Catalina, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
1RLP St H*	Hombre, ex director de Sename año 2013, director de Residencia para preescolares Guadalupe acoge, ubicada en la comuna de Santiago, perteneciente a Fundación Guadalupe Acoge, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
2RLP St M*	Mujer, encargada de salud subrogante de Residencia para preescolares Guadalupe acoge, ubicada en la comuna de Santiago, perteneciente a Fundación Guadalupe Acoge, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
3RLP St M*	Mujer, educadora de trato directo de Residencia para preescolares Guadalupe acoge, ubicada en la comuna de Santiago, perteneciente a Fundación Guadalupe Acoge, de modalidad RLP, Residencia de Protección para lactantes y preescolares.
1RVA Ec M	Mujer, psicóloga, directora de Residencia Arica, ubicada en la comuna de Estación Central, perteneciente a la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, de modalidad RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.
2RVA Ec M	Mujer, trabajadora social, encargada de la vinculación con las redes y comunidad de Residencia Arica, ubicada en la comuna de Estación Central, perteneciente a la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, de modalidad RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.
3RVA Ec M	Mujer, trabajadora social, educadora de trato directo, coordinadora de turno, de Residencia Arica, ubicada en la comuna de Estación Central, perteneciente a la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, de modalidad RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.
1RVA Rc H	Hombre, asistente social, director de Residencia Municipal de Recoleta, ubicada en la comuna de Recoleta, perteneciente a la ilustre municipalidad de Recoleta, de modalidad de RPE, Residencia de Protección Especializada homologa a RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.
2RVA Rc H	Hombre, terapeuta ocupacional, encargado de salud de Residencia Municipal de Recoleta, ubicada en la comuna de Recoleta, perteneciente a la ilustre municipalidad de Recoleta, de modalidad de RPE, Residencia de Protección Especializada homologa a RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.
3RVA Rc H	Mujer, educadora de trato directo de Residencia Municipal de Recoleta, ubicada en la comuna de Recoleta, perteneciente a la ilustre municipalidad de Recoleta, de modalidad de RPE, Residencia de Protección Especializada homologa a RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.
1RVA Lp M	Mujer, psicóloga, directora de Residencia El Encuentro ubicada en la comuna de La Pintana, perteneciente a la Fundación Padre Semeria, de modalidad RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.

2RVA Lp M	Mujer, encargada de vida familiar de Residencia El Encuentro ubicada en la comuna de La Pintana, perteneciente a la Fundación Padre Semeria, de modalidad RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.
3RVA Lp M	Mujer, educadora de trato directo de Residencia El Encuentro ubicada en la comuna de La Pintana, perteneciente a la Fundación Padre Semeria, de modalidad RVA, Residencia de Vida Familiar para Adolescentes.

ANEXO N°6: Dimensiones que influyen en la realidad comunal.

Comunas	Santiago	Quinta Normal	Ñuñoa	Buín	Estación Central	La Pintana	La Florida	Recoleta
Población (2017)	404.495	110.026	208.237	96.614	147.041	177.335	366.916	157.851
Condiciones Socio-culturales (ICVU)	54,69	41,59	67,62	30,33	43,70	18,62	46,88	39,92
Conectividad y Movilidad (ICVU)	82,41	74,49	82,13	48,97	70,94	60,26	71,88	70,59
Salud y Medio ambiente (ICVU)	67,92	63,80	73,58	65,74	72,66	62,61	54,69	71,27
Tasa de pobreza multi-Dimensional (% personas) (2022)	16,5%	19,7%	5,2%	19,1%	22,8%	27%	13,2%	21,2%
Disponibilidad presupuesto por habitante (\$) (2022)	356.790	256.460	276.390	307.940	172.710	190.020	352.110	198.490
Gastos en Salud (\$) (anual) (2022)	24.622.879	13.384.220	24.878.074	14.857.465	No hay datos	28.295.202	58.547.205	21.618.119
N° de CESFAM (DEIS) (2024)	6	3	2	3	3	7	9	5

Fuente: (Orellana y cols., 2021; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024).