

TRABAJO INVESTIGACIÓN



Determinación del Derecho a Salud bucal: mujeres postparto e hijos en Santiago de Chile.

Determination of the Right to Oral Health: postpartum women and children in Santiago de Chile.

Carolina Amaro¹, Valentina Fajreldin^{2*}, Marco Cornejo², Iris Espinoza², Andrea Muñoz², Angela Franco³, Sonia Concha⁴, Romina Presle²

1. Servicio de Salud de Reloncaví, Puerto Montt, Chile.
2. Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
3. Facultad de Odontología, Universidad de Medellín, Medellín, Colombia.
4. Facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia.

* Correspondencia Autor: Valentina Fajreldin | Dirección: Olivos 943, Independencia, Santiago de Chile | Teléfono: +569-95184904 | E-mail: vfajreldin@odontologia.uchile.cl
Trabajo recibido el 12/08/2022
Trabajo revisado 20/11/2022
Aprobado para su publicación el 04/12/2022

ORCID

Carolina Amaro:
ORCID: 0009-0004-6446-7619
Valentina Fajreldin:
ORCID: 0000-0002-5898-3906
Marco Cornejo:
ORCID: 0000-0001-9147-5754
Iris Espinoza:
ORCID: 0000-0001-8949-8885
Andrea Muñoz:
ORCID: 0000-0002-4633-0713
Angela Franco:
ORCID: 0000-0001-8579-058X
Sonia Concha:
ORCID: 0000-0003-3092-520X
Romina Presle:
ORCID: 0009-0002-8118-2856

RESUMEN

Comprender desde la determinación social de la salud el papel de los procesos generales, particulares y singulares sobre la realización del derecho a salud bucal de mujeres en periodo de post-parto en Santiago de Chile. Diseño cualitativo exploratorio con mujeres primíparas o múltiparas en primer trimestre postparto, beneficiarias FONASA usuarias de Chile Crece Contigo. Se aplicó encuesta de clasificación social, exámenes clínicos, entrevistas semiestructuradas o grupos de discusión. Para el nivel general se analizó profusa información referencial. Existen procesos generales que favorecen la realización del derecho a salud bucal como las políticas de protección integral a la infancia, la priorización de la atención en salud en gestantes; la existencia de derechos adquiridos para la embarazada: permiso pre y post natal y fuero maternal. Desfavorece el modelo de desarrollo neoliberal y consecuentes condiciones de pobreza, la inequidad de género y el énfasis cultural en la responsabilidad femenina sobre el cuidado. Los procesos críticos actúan en los tres niveles del modelo teórico. Si bien en el nivel particular se identifica un avance en las políticas públicas, este no redundará en una efectiva realización del derecho a nivel singular pues enfrenta elementos estructurales del nivel general, sobre todo en el ámbito laboral y cultural.

PALABRAS CLAVE

Derecho a salud bucal; Mujeres; Parto y puerperio; Determinación social de la salud.

Int. J. Inter. Dent Vol. 16(2); 125-131, 2023.

ABSTRACT

Objective: To understand from the framework of social determination of health the role of general, particular and singular processes in the realization of the right to oral health for women in the postpartum period and their newborn children during the first year of life, in Santiago de Chile. **Materials and Methods:** Exploratory qualitative design with FONASA beneficiary women and newborn children. A social classification survey, semi-structured interviews and focus groups were applied to primiparous or multiparous women of childbearing age in the first postpartum trimester, beneficiaries of the Intersectoral Program Chile Crece Contigo. **Discussion.** For the general level, extensive reference information was analyzed. **Results:** Some general processes favor the realization of the right to oral health, such as comprehensive protection policies for children, the dynamics of the health care system, and the existence of acquired rights for pregnant women, such as pre and post-natal, and maternity leave. The processes that disfavor its realization are the neoliberal development model, the conditions of poverty, gender inequity (income, employment/unemployment) and cultural factors such as the emphasis on female responsibility for care. **Conclusions:** The critical processes for the realization of the right to oral health act at the three levels of the theoretical model. There is an advance in public policies at the individual level. However, this does not result in an effective realization of the right at a singular level since it confronts structural elements of the general level, especially in the work and cultural field.

KEY WORDS

Oral health right; Women; Childbirth and puerperium, Social determination of health.

Int. J. Inter. Dent Vol. 16(2); 125-131, 2023.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es constitutiva del bienestar y la calidad de vida de las personas por medio de funciones biológicas y sociales esenciales⁽¹⁾, que en el caso de muchas mujeres se inscribe en el marco de procesos vitales de producción y reproducción⁽²⁾. Debido a los sesgos de la cultura sanitaria en torno del llamado *binomio madre-hijo*, la mujer ha sido tradicionalmente concebida sólo en su rol materno⁽³⁾. Si bien el enfoque biomédico y su énfasis biológico e individual ha sido hegemónico en el campo de los estudios de condiciones de salud –también para la odontología–, una serie de corrientes críticas contrapesan esta postura. Una de ellas es el modelo interpretativo basado en la propuesta teórica de Breilh⁽⁴⁾ denominado Determinación Social, para explicar la génesis y desarrollo de la inequidad en salud⁽⁵⁾. Desde esta perspectiva, el proceso de salud, enfermedad y atención resulta de la distribución desigual de poder y se produce por condiciones económicas y políticas concretas, más allá del campo sanitario, de modo que interesan los procesos de producción y reproducción en los niveles general, particular y singular, que se articulan de manera dialéctica en la realidad^(4,6). Este estudio asume que la condición bucal y la atención odontológica de la mujer durante la gestación y el post-parto, representan un hecho socio-biológico complejo que se debe analizar en el marco del perfil epidemiológico de los grupos sociales de pertenencia y de las políticas macro de la sociedad donde se inscribe.

La Constitución Política en Chile no reconoce la salud como un derecho social sino sólo el derecho de elección individual en torno del prestador público o privado. La noción de salud se centra en lo asistencial y curativo, dentro de un modelo subsidiario que tiene lógica neoliberal en lo político^(7,8). Chile es uno de los países con mayor desigualdad de ingresos per cápita, con un C. de Gini de 0,501, y marcadas inequidades como la concentración de ingreso y riqueza⁽⁹⁾. En indicadores sociales como educación o vivienda, aún existen brechas en la calidad y acceso⁽¹⁰⁻¹²⁾. La población se encuentra fuertemente segregada en las grandes ciudades como su capital, Santiago, lo que habitualmente repercute en el acceso y calidad de bienes públicos⁽¹³⁾.

En relación con las políticas laborales, la mujer goza del descanso prenatal de 6 semanas y post natal de 12 semanas. Desde el año 2011 la Ley 20.545 incorporó el permiso postnatal parental que puede extender el reposo de la madre por 12 semanas adicionales o 18 semanas en caso de reincorporarse a sus labores. Además se contempla una modalidad de descanso posnatal del padre, de común acuerdo. Asimismo, se dispone en Chile de fuero maternal que mantiene el empleo e ingresos de la madre durante el lapso de un año. La madre cuenta con una hora diaria para lactar dentro de su jornada laboral, hasta que el/la hijo/a cumpla 2 años de edad, así como derecho a cuidados en establecimientos parvularios hasta esa edad, con cargo al empleador. Finalmente también se dispone de una licencia por enfermedad de hijo menor de 1 año⁽¹⁴⁾.

En salud se concentran y plasman las inequidades de manera estructural⁽¹⁵⁾ a pesar que desde el 2004, con la dictación de la ley 16.966, comienzan a desarrollarse algunas inclusiones que se concretan el 2009 con el GES (Garantías Explícitas en Salud) de salud oral de la embarazada, que asegura acceso, calidad, oportunidad y financiamiento para un conjunto de prestaciones sanitarias predefinidas⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, existiendo paralelamente estrategias de incentivo económico para el cumplimiento de metas sanitarias vinculadas con altas odontológicas integrales para este grupo⁽¹⁹⁾, las que recientemente se vieron afectadas pues se excluyeron de los esquemas de incentivo el año 2021. Asimismo, existen políticas focalizadas en la niñez, como el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC)⁽²⁰⁾ amparado por la ley 20.379, con coberturas de alrededor de 80% de todos los recién nacidos en Chile^(21,22), que representa un programa de acompañamiento de la mujer en su proceso de crianza. Si bien ChCC no considera por sí mismo la atención odontológica de los niños, sus áreas de acción en la atención primaria se cruzan con distintas estrategias en salud oral realizadas en este nivel con enfoque preventivo y promocional desde 0 a 19 años¹.

Este es el marco general donde se sitúa la posibilidad de realizar los derechos en salud y en especial el de salud bucal para la población objetivo de este análisis.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El diseño del estudio en su fase de terreno fue visado por el Comité de Ética Científica de la Facultad de Odontología de la Universidad de

Chile¹. Previo al trabajo de campo, este equipo desarrolló una fase de diagnóstico documental sobre el sistema político, económico y sanitario en el país, con especial énfasis en la salud bucal, para construir el modelo sobre el *nivel general* en que se inscribe el problema. La fase de campo, por el contrario, tiene una metodología cualitativa y exploratoria con uso de técnicas aplicadas por los autores de este trabajo debidamente calibrados. El terreno fue desarrollado entre los años 2016 y 2017 en las comunas urbanas de sectores populares de la periferia de la ciudad de Santiago (Cerro Navia y La Florida, en el norponiente y oriente respectivamente), en centros de atención primaria. El universo fueron mujeres sin distinción etaria, primíparas o múltiparas cursando el primer trimestre postparto, residentes de dichas comunas, y cuyo hijos recién nacidos pertenecieran a la estrategia ChCC. La muestra se formó por conveniencia, entre un listado de usuarias que ingresaron a atención odontológica en el contexto del GES Salud Oral de la Embarazada, interesadas en participar del estudio.

Se consideró un total de 26 mujeres: 14 de ellas participaron en una sólo ocasión a través de 2 grupos de discusión (para el *nivel particular*); y 12 de ellas formaron una cohorte durante 12 meses (para el *nivel singular* de la experiencia). Con ellas se efectuaron tres visitas: la primera al momento de reclutamiento para examen clínico con base en los criterios del sistema ICDAS (International Caries Detection and Assessment System), aplicación de encuesta de caracterización y de entrevista semiestructurada; la segunda a los seis meses para una nueva indagación por eventos relacionados con la salud bucal propia o de sus hijos (eventos de morbilidad, demanda de atención, resultados de la demanda, prácticas de cuidado, etc.); y la tercera se realizó a los 12 meses, para revisiones clínicas y entrevista final.

El siguiente cuadro resume la correlación entre técnicas de estudio y nivel de análisis del modelo:

Cuadro 1: Síntesis temporal de instrumentos aplicados según Nivel teórico

Técnica	Diagnostico documental	Encuesta de caracterización	Examen clínico	Grupo de discusión	Entrevista en profundidad
Nivel general	X				
Nivel particular				X	
Nivel singular		X	X		X

Los instrumentos utilizados derivaron del estudio multicéntrico los que fueron adecuados a la realidad local (pautas de entrevista y de grupo (anexo 1), y encuesta de caracterización socioeconómica aplicada⁽³⁾. La variable derecho a la salud bucal se operacionalizó: contar con condiciones de vida que permitan el cuidado bucal, estar afiliada a la seguridad social, acceder a la atención odontológica durante la gestación y tener comprensión de la información sobre el cuidado bucal propio (anexo 2).

La data cualitativa se procesó mediante software Atlas.ti[®], utilizando categorías de análisis derivadas de las pautas de entrevista/grupos y emergentes, considerando el enfoque teórico de determinación social de la salud. Luego del análisis cualitativo, los resultados fueron triangulados a fin de establecer la convergencia y complementariedad entre las distintas fases e instrumentos aplicados. A partir de ello fueron estructuradas la matriz de procesos críticos y el perfil de determinación social en torno de la posibilidad de realización del derecho a la salud bucal de las mujeres en postparto.

RESULTADOS

Las mujeres que participaron de los grupos de discusión -que no participaron del examen clínico ni de la encuesta- representan el nivel particular del análisis de este estudio, en el sentido de que da cuenta de una dimensión colectiva de apreciación y percepción del fenómeno de interés. La Tabla 1 describe desde este discurso los procesos que favorecen y que desfavorecen la realización del Derecho a Salud Bucal en las mujeres en etapa de post-parto. (tabla 1)

Para la cohorte o nivel singular (Anexo 3), el perfil refleja que más de la mitad es joven entre los 21 y 30 años al momento del estudio. Solo la mitad posee educación media completa. Si bien todas están

Anexo N°1: Instrumentos cualitativos de recolección de datos

Guía o Pauta de Entrevista Semiestructurada

Dimensión General

- Descripción de la persona y su entorno cercano
- Consulta por su paridad, su embarazo reciente, condiciones de vida

Dimensión Calidad de Vida y Salud General

- Situación de salud actual
- Historia de su salud
- Historia y Situación de atención de salud
- Uso de Medicinas alternativas
- Indagar en la cultura médica de la gestante y mujeres en periodo de postparto, y sus nociones en torno a la salud bucal de sus hijos y su importancia relativa respecto de otros aspectos de salud

Dimensión Salud Bucal y Embarazo

- Identificar creencias y conocimientos en torno a salud y cuidado bucal
- Identificar los mismos elementos respecto de salud bucal, embarazo y periodo de postparto
- Relación de su historia de atención en salud bucal
- Modos de auto-atención y uso de medicinas alternativas

Dimensión Facilidades y Dificultades para el cuidado de la salud bucal

- Identificar dificultades y facilidades en la atención de salud bucal
- Mismos elementos respecto del auto cuidado
- Mismos elementos relativos al cuidado de sus hijos

Guía o Pauta para Grupo de Discusión

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

Dimensión Calidad de Vida y Salud General

Dimensión Salud Bucal y Embarazo

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

Anexo N°2: Operacionalización categoría derecho a la salud bucal y fuentes de información según marco metodológico.

Instrumento	Indicador
Encuesta y entrevista.	Tener condiciones de vida que permitan el cuidado bucal (adecuada alimentación, acceso a elementos de cuidado, escolaridad, ente otros)
Encuesta	Estar afiliada a la seguridad social.
Encuesta	Haber recibido atención odontológica durante la gestación (incluye educación, prevención y atención resolutive).
Encuesta y entrevista	Haber recibido información y tener conocimientos claros sobre el cuidado bucal propio y de su hijo, antes y después del parto.
Entrevista	Tener comprensión de la información sobre el cuidado bucal propio y de su hijo
Encuesta y entrevista	Haber tenido acceso a la atención odontológica si ha sentido la necesidad y lo ha demandado.
Encuesta y entrevista	Haber recibido la atención oportuna e integral hasta resolver el problema.
Examen	Tener buen estado de salud bucal.
Entrevista	Conocer los derechos propios y del niño y ejercerlos.
Entrevista	Haber tenido la oportunidad de reclamar el derecho a la salud legalmente y ser atendido el reclamo.

cubiertas por el seguro público de salud (FONASA), más de la mitad se encuentra en el tramo más bajo de afiliación, que el estado cubre de manera subsidiaria, de modo que las prestaciones no generan gasto de bolsillo. Casi un 70% depende económicamente de su pareja. Todas ellas poseen empleo formal al momento del embarazo. El embarazo impacta en su ejercicio laboral en más de la mitad de las mujeres, conservando el empleo luego del parto solo el 25% de la muestra. Respecto a la atención odontológica, el 100% de mujeres señalaron necesidad de atención dental y fueron remitidas a consulta odontológica durante el embarazo habiendo completado el tratamiento un 58% en el contexto de la estrategia de Garantías Explícitas en Salud (GES). El 67% de las mujeres consideró que su hijo necesitaba atención bucal –lo que podría interpretarse como un resultado de la sensibilización que los programas promocionales han instalado en este segmento de la población- y sin embargo, el 100% no había solicitado cita odontológica para su hijo.

La Tabla 2 da cuenta del detalle discursivo que grafica el análisis. Según muestra la información clínica del estudio, las mujeres

Anexo N°3: Caracterización población Nivel singular.

1. Caracterización del grupo	% (n)
Edad:	
- Entre 21 a 30 años	58 (7)
- Entre 31 a 40 años	41,7 (5)
Nivel de escolaridad	
- Básica Incompleta	8,33 (1)
- Básica Completa	16,6 (2)
- Media Incompleta	8,33 (1)
- Media Completa	50 (6)
- Técnico Profesional	16,6 (2)
- Universitaria	0
Tramo FONASA	
- Tramo A o PRAIS	67 (8)
- Tramos B, C y D	33,3 (4)
Recibimiento de subsidio por parte del estado	
- Si	33,3 (4)
- No	58,3 (7)
- No sabe	8,3 (1)
2. Dependencia Económica	
Principal responsable económico del hogar	
- Ellas mismas	25 (3)
- Esposo/ Compañero	66,6 (8)
- Otro Familiar	8,3 (1)
3. Situación Laboral de la Mujer	
Estado Laboral de las mujeres antes del embarazo	
- Trabajaban antes del embarazo	50 (6)
- No trabajan antes del embarazo	25 (3)
- No responde la pregunta	25 (3)
Estado Laboral de las mujeres postparto	
	%(n)
- Se encontraban trabajando	25 (3)
- No se encontraban trabajando	50 (6)
- No responde a la pregunta	25 (3)
4. Situación Habitacional	
Vivienda en la que habita	
- Vivienda de familiar	58,3 (7)
- Alquilada	8,3 (1)
- Propia pagándose	16,6 (2)
- Propia pagada	16,6 (2)
Número de habitantes en la vivienda	
- 9 personas	8,3 (1)
- 5 personas	16,6 (2)
- 4 personas	41,7 (5)
- 3 personas	33,3 (4)
Número de dormitorios por vivienda	
- 4 dormitorios	16,6 (2)
- 3 dormitorios	16,6 (2)
- 2 dormitorios	58,3 (7)
- 1 dormitorio	8,3 (1)
5. Atención odontológica de la mujer embarazada y puerpera	
¿Fue derivada a consulta odontológica durante su embarazo?	
- Sí, y asistió a la cita	91,6 (11)
- Sí, pero no asistió a la cita	8,33 (1)
- No fue remitida	0
¿Finalizó Tratamiento Odontológico Integral durante el Embarazo?	
- Si	58,3 (7)
- No	41,7 (5)
¿Considera que su hijo necesita atención odontológica?	
- Si	67 (8)
- No	33 (4)
¿Solicita cita con el odontólogo para su hijo?	
- Si	0
- No	100 (12)

Tabla 1: Procesos Particulares que facilitan o limitan el ejercicio del Derecho a la Salud Bucal: resultado grupos de discusión.

ORDEN	CATEGORIA	EXPRESIÓN
Económico	Financiamiento de programas de bienestar social (FAVORECE)	<i>Solo voy a recibir el bono post natal y el subsidio familiar, porque estoy cesante, así que no tengo caja de compensación ni nada (K, 23 años, CN) Nuestra dificultad para ir al dentista fue el tema económico, y nos facilitó ser vulnerable por estar embarazada y tener más riesgo. (M, 24, LF)</i>
	Segregación espacial en el territorio (DIFICULTA)	<i>Cuando era chica, vivíamos en el campo, entonces mi mamá nunca me llevó al dentista. Cuando crecí pedí una hora para revisión. (C, 27 años, LF) El consultorio en el que me atiendo es mejor en comparación a otros. Va a depender de los sectores y del acceso a recursos. (M, 25, LF)</i>
	Disponibilidad habitual de atención sanitaria (FAVORECE)	<i>Las facilidades para atención dental son mínimas, solamente en el embarazo hay facilidad, porque la atención particular es cara. (C, 2s, La Florida) Durante el embarazo te dan un control que es obligatorio, pero luego que el bebé cumple los primeros meses, tú quedas a la deriva y pedir una hora cuesta bastante. (M, 39, LF)</i>
	Precarización del trabajo (DIFICULTA)	<i>Tenía que buscar una sala cuna para mi hijo, el empleador y el programa lo pagaban, pero ante la oportunidad de criarlo preferí retirarme.” (M, 24, CN) Tenía hora para tomarme una radiografía, pero no pude ir porque me sentí mal. Mi trabajo es demandante y me descontaban todo lo que es atrasos. (P, 36, CN)</i>
	Componente de insumos dentro de atención sanitaria (FAVORECE)	<i>En el consultorio me dieron varias cosas, el enjuague bucal, seda dental, cepillo bucal con pasta. (M, 39, LF)</i>
	Existencia de motivaciones de lucro en equipos de salud (DIFICULTA)	<i>Mi parto anterior fue por cesárea, ya que el doctor tenía miedo de que fuera muy grande, y mi último parto también, pudo ser normal, pero por mi edad (44), el doctor prefirió cesárea. (S, 27, CN)</i>
Político	Organización de la complejidad en los servicios de salud (DIFICULTA)	<i>Yo vine a urgencias en el consultorio para sacarme las muelas del juicio y me dijeron que no realizaban ese procedimiento ahí sino en el hospital.(M, 40, LF) Pedí información a la secretaria de la dentista para ver si podía venir nuevamente, y me dijo que sí, pero me hicieron una limpieza y nada más. (M, 24, CN) Sí, ahora el hijo mío tuvo el control de los seis años...ahora tienen que salirle las muelas definitivas para que venga al consultorio a sellarse las muelas. (A,27, LF)</i>
	Acceso a Equipo Integral de Salud (FAVORECE)	<i>Todos los médicos ayudan, las matronas, las enfermeras y el matrn también (C, 25, CN)</i>
	Cobertura y Acceso efectivo a Atención Dental (FAVORECE)	<i>Del Chile Crece Contigo, uno aprende harto con lo que las parvularias enseñan estimulación, hacia el bebé y hacia la mamá.” (C, 29,CN) La matrona me dijo que tenía que pedir hora para atención dental cuando fui a control por el primer mes, y ahí me empezaron a atender. (S, 30, LF)</i>
Cultural	Redes de apoyo (FAVORECE)	<i>Los fines de semana vamos todos a la casa de mis suegros (...) ha sido muy buena, porque me ha cuidado mi mamá, mi suegra (B, 25, LF)</i>
	Representaciones de los grupos sociales de referencia (FAVORECE/ DIFICULTA)	<i>Mi hija antes no era así, no tomaba pecho ni tenía apego, y ahora no la puedo sacar ni de la pieza. Tiene un año y va al jardín, quizás sea por eso. (M, 29, CN). [En relación al Post natal] Es el apego, que el bebé sepa que él ya salió del estado en que estaba, que ahora está con su mamá para luego reintegrarse al trabajo sabiendo que el bebé está bien.(A, 56 CN)</i>

CN= Cerro Navia; LF= La Florida

tenían un promedio de 6,7 dientes afectados con historia de caries en el momento del primer examen y era predominante el componente de dientes obturados. En el momento del segundo examen el número promedio de dientes afectados con historia de caries había aumentado a 6,9, asociado a un aumento en dientes perdidos y dientes obturados, y con una mantención del promedio de dientes cariados (Anexo N°4), lo que da cuenta del mejoramiento en el acceso al manejo o tratamiento de la enfermedad pero sin demostrar un impacto en prevención de lesiones cariosas (Anexo N°4)

En coherencia con el enfoque de Determinación social, estos hallazgos deben leerse en sintonía con el nivel General del fenómeno, resultando un modelo interpretativo que integra los niveles General, Particular y Singular para sintetizar esta discusión. (figura 1)

DISCUSIÓN

En concordancia con el modelo de Determinación Social, en este estudio se reconocen 3 órdenes que marcan los procesos generales, particulares y singulares, correspondientes a un orden económico, un orden político y un orden cultural (representados en recuadros blancos).

Anexo 4: Resultados examen clínico mujeres

Ciudad	Examen	n	Prom caries no cavitada	Prom caries cavitada	Prom obturados	Prom perdidos	Prom COP-D
Santiago de Chile	1°	12	0.6	0.8	4.4	0.9	6.7
	2°	12	0.6	0.8	4.5	1.0	6.9

Si bien el orden económico y los patrones culturales de nuestra sociedad influyen directamente en la determinación del derecho a salud oral de las púerperas a modo de barreras, el desarrollo de una serie de políticas públicas que buscan disminuir las brechas e inequidades en los grupos más vulnerables, favorecen parcialmente la realización del derecho. Los procesos particulares (recuadros de color rojo y rosado) pueden influir tanto favoreciendo como desfavoreciendo la realización del derecho dependiendo de cómo se desarrollen los contextos económicos, políticos y culturales, ya que son procesos dinámicos. Asimismo, influyen los procesos singulares (recuadros de color naranja) que son mucho más dinámicos que los particulares, al estar relacionados con el entorno directo

Tabla 2: Procesos Singulares que facilitan o limitan el ejercicio del Derecho a la Salud Bucal: resultado entrevistas en profundidad.

ORDEN	CATEGORIA	EXPRESIÓN
Económico	Condiciones de vivienda, seguridad y hacinamiento (FAVORECE/DIFICULTA)	<i>Adelante viven mis papás y mis dos hermanos que son solteros, y atrás vive mi marido, mis tres hijos y yo.” (M, 25, LF) Al frente hay unos jóvenes que lamentablemente viven solos y toman, se drogan, le pegan a su mujer, quemaron la casa. (M, 30, CN)</i>
	Costos de la atención dental (DIFICULTA)	<i>La atención dental es subvencionada en Canadá, acá en Chile no y en FONASA tampoco, incluso en el mismo hospital. (F, 35, LF)</i>
Político	Territorialidad y marginalización social (DIFICULTA)	<i>Llegaba 15 a 10 minutos tarde, porque las micros no pasaban (B, 34, LF) Antes la locomoción era excelente, ahora pasa menos. (M, 25, CN)</i>
	Programas sociales y apoyo transversal (FAVORECE)	<i>En el Chile Crece Contigo cuando salí con mi guaguita del hospital, venía ropa, la cuna, colchón, sábanas, el cubrecama, la frazada, el móvil, el jabón, la vaselina, el champú, el porta bebé, todo eso. (C,28, CN)</i>
	Calidad de la atención e información al paciente (FAVORECE)	<i>Se demoran una semana y media en darme una hora, o sea, no hay problema. (S, 27,LF) Me trataron un siete acá, en el paro me atendieron igual, al niño igual y me lo inscribieron dentro de los diez días. (M, 32, LF) El primer día que llegué al Consultorio me explicaron todos los beneficios, uno de esos era la atención bucal hasta el parto. (B, 34, LF) Me trató muy bien estando embarazada, y me dio de alta, me dijo que hasta los seis meses tenía el plan auge. (F, 37, LF) Súper buena la atención, no tuvimos que esperar tanto tiempo y aparte todavía seguimos protegidas por eso. (M 2, LF) Nosotras tuvimos ese beneficio que nos fue de gran ayuda, a mí me hicieron el tratamiento completo y me fue de gran ayuda.(M 34, LF)</i>
	Acceso efectivo al GES Salud Oral Integral de la Embarazada (FAVORECE)	<i>La dentista me informó del programa, me hizo firmar un papel, me dijo que teníamos beneficio hasta cuando el niño tuviera 6 meses. (M, 24, LF)</i>
	Representaciones de la familia y mujer (FAVORECE/DIFICULTA)	<i>Antes vivía con mi hermano, mi hija y mi sobrina, todos preescolares, estaban acostumbrados a comer dulces para estar callados. (M, 28, CN) Mi pareja llega del trabajo y me pongo a llorar, trata de consolarme, de decirme cálmate, somos primerizos, cosas así. (B, 28, LF)</i>
	Coexistencia de saberes y nociones médicos populares (FAVORECE / DIFICULTA)	<i>Cuando a los niños les suena el pecho como gatito, uno pesca un poco de diario, un aceite, lo calienta un poquito y se lo coloca. (S1, CN) Tuve un síntoma de aborto, y después me dio sobrepardo con fiebre elevada. (C, 32,CN) Yo tenía que hacerme un tratamiento de conducto y los demás dientes se me fueron quebrando, o sea, no tengo buena dentadura.(S, 27, CF) Si no te alimentas bien, los dientes se te caerán, el pelo igual. (B, 24, LF)</i>
	Efectos componente educativo sistema (FAVORECE)	<i>Al niño le limpio siempre su encía. Con un pañito con agua tibia, con bicarbonato me dijeron. (S,30, LF) Lo bueno es que ahora te explican, tú preguntas y tienes una respuesta. Antes no, antes no se daban el tiempo. (M,27, CN) La pediatra me dijo un día “Sí, que el cochayuyo era lo mejor”, por su contenido de yodo. (M, 24 CN) Yo he venido al dentista varias veces, en los embarazos anteriores siempre te enseñan a cepillarte, qué usar. (M,25, C N)</i>
	Acceso efectivo al GES Salud Oral Integral de la Embarazada (FAVORECE)	<i>La dentista me informó del programa, me hizo firmar un papel, me dijo que teníamos beneficio hasta cuando el niño tuviera 6 meses. (R, 29, L F)</i>
	Representaciones de la familia y mujer (FAVORECE/DIFICULTA)	<i>Antes vivía con mi hermano, mi hija y mi sobrina, todos preescolares, estaban acostumbrados a comer dulces para estar callados. (S, 32, CN) Mi pareja llega del trabajo y me pongo a llorar, trata de consolarme, de decirme cálmate, somos primerizos, cosas así. (B, 27, LF)</i>
	Coexistencia de saberes y nociones médicos populares (FAVORECE/ DIFICULTA)	<i>Cuando a los niños les suena el pecho como gatito, uno pesca un poco de diario, un aceite, lo calienta un poquito y se lo coloca. (P, 35, CN) Si no te alimentas bien, los dientes se te caerán, el pelo igual. (B, 25, LF) Yo tenía que hacerme un tratamiento de conducto y los demás dientes se me fueron quebrando, o sea, no tengo buena dentadura.(S,32, LF)</i>
Efectos componente educativo sistema (FAVORECE)	<i>Al niño le limpio siempre su encía. Con un pañito con agua tibia, con bicarbonato me dijeron. (M,30, L F) Lo bueno es que ahora te explican, tú preguntas y tienes una respuesta. Antes no, antes no se daban el tiempo. (S, 28, CN) La pediatra me dijo un día “Sí, que el cochayuyo era lo mejor”, por su contenido de yodo. (M, 23, CN) Yo he venido al dentista varias veces, en los embarazos anteriores siempre te enseñan a cepillarte, qué usar. (M,30, CN)</i>	

C.N= Cerro Navia; LF= La Florida

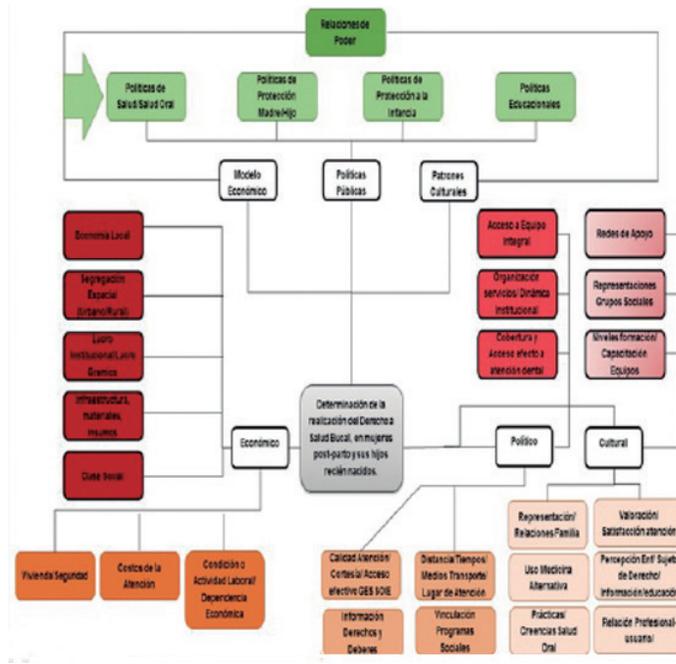


Figura 1. Modelo de Determinación Social de posibilidades de realización del derecho a la salud bucal de las mujeres en periodo de post-parto de Santiago de Chile.

de las puérperas. De este modo, los procesos generales -económico, político y social- subsumen las dinámicas del nivel particular y singular, de manera consistente con la literatura^(4,7).

A pesar de que en los tres niveles hay elementos que otorgan protección y favorecen entornos de desarrollo saludables tendientes a atenuar las inequidades del modelo de sociedad imperante -la existencias de derechos como el acceso prioritario a atención dental en las embarazadas que pareciera que marcan un antes y un después en la realización del derecho en este grupo de mujeres-, al insertarse en un medio social y económico vulnerable potencia las dificultades de realización del derecho para quienes lo experimentan en la cotidianidad.

Asimismo, el discurso de las entrevistadas dio luces respecto de que en Chile podemos agregar dimensiones emergentes. Se trata de las dinámicas laborales, de consumo y socioculturales, que pareciesen explicar, de manera más integral, la realización del derecho a Salud Bucal en el grupo de estudio. Estas dimensiones emergentes interactúan en la realidad de manera bidireccional con los procesos particulares y singulares; lo que contrasta con la verticalidad de la determinación que implica el nivel general.

El análisis del nivel general sugiere un mayor número de procesos que desfavorecen la realización del derecho a la salud bucal de estas mujeres, éstos son: el modelo de desarrollo capitalista que impacta en una concentración de riqueza, la que a su vez determina las condiciones de pobreza y la inequidad de género que se manifiesta en la distribución de los ingresos y la inseguridad-inestabilidad laboral. Asimismo, aquellos procesos que favorecen la posibilidad de realización de este derecho son las políticas de protección integral a la Infancia pues otorgan un marco de apoyo para la crianza, la existencia a nivel de atención primaria de programas de salud bucal de acceso gratuito para este grupo, la existencia del prenatal, postnatal y fuero maternal. Sin embargo, a pesar

de que las políticas públicas otorgan protección, al estar insertas en un medio social y económico vulnerable, podría limitarse la posibilidad de hacer efectivo el derecho a salud bucal.

Este estudio tiene la fortaleza de haber utilizado por primera vez aplicado al campo de la salud bucal el enfoque de Determinación Social de la Salud de Breihl. El estudio presenta algunas limitaciones, como el hecho de considerar sólo dos comunas que si bien son periféricas se encuentran en la Región Metropolitana de Santiago, que concentra el poder y los recursos en comparación con las demás regiones de Chile. Sería relevante poder desarrollar otros estudios que comparen la situación con comunas de estratos “medios altos donde no existiendo políticas de focalización sí se cumple con acceso” a derechos de la embarazada en general pero sin otros factores de vulnerabilidad adicionales.

CONCLUSIONES

Este estudio da cuenta de que existen procesos críticos inmersos en los dominios general, particular y singular que condicionan la realización del derecho a la salud bucal de mujeres en etapa de postparto, lo que es coherente con el enfoque de Determinación social. Los procesos del nivel general no son alterados por el nivel singular ni particular ya que este supedita a los niveles a dinámicas de consumo, laborales y socioculturales. Los procesos que se generan en estos niveles, se interrelacionan y modifican. El derecho a la salud bucal de la mujer depende de su condición de gestante y o puérpera y se ve favorecido por la pertenencia de este grupo de mujeres a los tramos más bajos del aseguramiento público, lo que finalmente tampoco asegura un completo goce del derecho en tanto se ve afectado por otros procesos críticos insertos dentro de dinámicas laborales y socioculturales que influyen en su ejercicio. En el nivel singular se experimenta este fenómeno de articulación bajo la lógica del nivel general. Si bien no podemos generalizar las conclusiones a la realidad país y tampoco profundizar más en el análisis desde el marco de determinación social, los resultados del estudio permiten colegir que el enfoque teórico de la Determinación social podría ser relevante de replicar en el análisis de otros procesos de salud bucal dentro de Chile, sobretudo en un actual contexto político reformista en Chile, en que se pretende llevar a cabo una serie de modificaciones en torno a derechos sociales -como el sistema de protección y pensiones-, la reforma tributaria o el cambio profundo al sistema de salud.

RELEVANCIA

El estudio releva la importancia de considerar a las mujeres más allá de su condición de madres y de construir políticas públicas y programas sensibles con esta perspectiva. Posiciona el enfoque de Determinación social de la salud dentro de las herramientas teóricas susceptibles de usarse en el análisis de procesos vinculados con salud bucal en Chile aportando a la vez metodología y técnicas cualitativas de captación de datos y la matriz de procesos críticos para el análisis.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos al equipo interdisciplinario de la investigación multicéntrica Chile-Colombia (Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga, Colombia y Facultad de Odontología de la Universidad de Medellín, Colombia) donde se inscribe el trabajo inicial en torno de esta temática. A los Centros de Salud Familiar La Florida y Lo Amor, donde se realizó el trabajo de campo. A las mujeres que participaron del estudio.

CONFLICTO DE INTERÉS

Declaro que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2019;120(3):234-9. doi: 10.1016/j.jormas.2019.02.004.
2. Fakheran O, Keyvanara M, Saied-Moallemi Z, Khademi A. The impact of pregnancy on women's oral health-related quality of life: a qualitative investigation. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):294. doi: 10.1186/s12903-020-01290-5.
3. Franco AM, Cornejo MA, Espinoza IL, Gallego CL, de la Roche V, Fajreldin V, et al. Procesos de determinación del derecho a la salud bucal de mujeres en postparto y sus hijos. Bucaramanga y Medellín (Colombia), Santiago (Chile), 2017. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pdds>
4. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(Supl. 1):13-27.
5. Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization, 2003.
6. Eslava-Castañeda JC. Thinking about the social determination of the health-disease process. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2017;19(3):396-403. Spanish. doi: 10.15446/rsap.v19n3.68467.
7. Lezcano MP, Cortés FM. Crise do seguro saúde no Chile: doença crônica socialmente transmissível. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2019;13(2):177-203. <https://doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2685>
8. Méndez CA, Greer SL, McKee M. The 2019 crisis in Chile: fundamental change needed, not just technical fixes to the health system. *J Public Health Policy*. 2020;41(4):535-43. doi: 10.1057/s41271-020-00241-2.
9. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Resultados encuesta Casen 2017.
10. Saavedra E. El Modelo Económico-Político de Chile: Desarrollo Institucional en la Encrucijada. *Econ Política*. 2014;1(1):115-46. doi: 10.15691/07194714.2014.004
11. PNUD. Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile | El PNUD en Chile [Internet]. UNDP [citado 2021 jun 15]; Available from: <https://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/poverty/desiguales--origenes--cambios-y-desafios-de-la-brecha-social-en-.html>
12. Gajardo S. Pobreza y distribución del ingreso en la Región Metropolitana de Santiago: Resultados Encuesta CASEN 2015. Seremi Desarrollo Social Metropolitana, 2016.
13. Martínez N, Aguayo I, Castro L, Fernández G, Mardones F, Muñoz A, et al. Retrato de la desigualdad en Chile [Internet]. En: Biblioteca del Congreso Nacional. 2012. Available from: <https://www.bcn.cl/Books/book-retrato-desigualdad-2ed/index.html#p=1>
14. Dirección del trabajo. Derechos laborales de la maternidad y paternidad en Chile [Internet]. [citado 2022 nov 17]; Available from: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-propertyvalue-22073.html>
15. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):98-106. doi: 10.1590/s1020-49892013000200004.
16. Fajreldin-Chuaqui V, Borgeat-Meza M, Danke-Hausdorf K, Valenzuela-Faunes B, Torres-Ceballos C. Desafíos de la odontología Chilena en el contexto del nuevo pacto social. *Int J Odontostomatol*. 2021;15(4):1005-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000401005>.
17. Cornejo-Ovalle M, Brignardello-Petersen R, Pérez G. Pay-for-performance and efficiency in primary oral health care practices in Chile. *Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2015;8(1):60-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.02.011>.
18. Cornejo-Ovalle M, Paraje G, Vásquez-Lavin F, Pérez G, Palencia L, Borrell C. Changes in socioeconomic inequalities in the use of dental care following major healthcare reform in Chile, 2004-2009. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(3):2823-36. doi: 10.3390/ijerph120302823
19. Bedregal P. Hacia la renovación en las políticas de infancia en Chile. *Rev Chil Pediatría*. 2014;85(1):7-11. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000100001>.
20. Chile Crece Contigo. ¿Qué es Chile Crece Contigo (ChCC)? [Internet]. [citado 2020 dic 17]; Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>
21. Bedregal P, Hernández V, Mingo MV, Castañón C, Valenzuela P, Moore R, et al. Early child development inequalities and associated factors between public and private providers at metropolitan region in Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(5):351-8. doi: 10.1016/j.rchipe.2016.02.008.
22. Torres A, Boo FL, Parra V, Vazquez C, Segura-Pérez S, Cetin Z, et al. Chile Crece Contigo: Implementation, results, and scaling-up lessons. *Child Care Health Dev*. 2018;44(1):4-11. doi: 10.1111/cch.12519.