

SALUD BUCAL-SALUD COLECTIVA
Deconstruyendo la práctica odontológica

ANDREA OBREGÓN Y ANALÍA SENDRA
(compiladoras)



Obregón, Andrea y Analía Elba Sendra. *Salud bucal salud colectiva: deconstruyendo la práctica odontológica*
1ª ed. Rosario: Laborde Libros Editor, 2020.
178 p.; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-677-296-9

1. Salud Bucal. I. Título.
CDD 617.601

1º Edición: septiembre de 2020

Diseño de tapa: Paola Murias

© LABORDE EDITOR – 2000 ROSARIO
3 DE FEBRERO 1065 – TEL/FAX: (0341) 4498802
ROSARIO (C.P. 2000) – ARGENTINA
Página Web: www.labordeeditor.com.ar
Email: labordeeditor@yahoo.com.ar
leopoldolaborde@hotmail.com

QUEDA HECHO EL DEPÓSITO LEGAL QUE ESTABLECE LA LEY
11.723.
MARCA Y CARACTERÍSTICAS GRÁFICAS REGISTRADAS EN LA
OFICINA DE PATENTES Y MARCAS DE LA NACIÓN
IMPRESO EN ARGENTINA

Prólogo

Sara Fe de la Mella Quintero¹

Tengo el placer de presentar a los lectores el siguiente texto de colegas argentinos que han querido transmitir sus experiencias, sus relatos, sus historias vividas. En cada uno de ellos hay un anhelo de mejoras continuas en la salud oral de su país, donde la construcción colectiva desde su reducido espacio ha estado marcada por el pensamiento individual, por lo que no ha sido ni será fácil lograrlo.

La variedad de historias o de artículos contados desde la posición de los autores en cada una de ellas marca las diferentes problemáticas a las que se han enfrentado teniendo como base una formación puramente curativa y donde los cambios de paradigmas desde lo biológico y lo social no priman en el pensamiento odontológico.

Estos colegas no aceptan lo habitual como natural a pesar de encontrar disímiles obstáculos a lo largo del camino. No poder implementar políticas públicas adecuadas en salud bucal ha sido una de ellas, pero no se rinden.

No se han visto detenidos para compartir experiencias, para llamar a la reflexión y han trabajado con todo tipo de población necesitada y abandonada a lo largo del tiempo.

La accesibilidad, la gratuidad y la generación de espacios de construcción colectiva son sus más grandes sueños. Son un grupo de “patriotas”, como los llamaríamos en mi país. Un grupo de valientes que luchan por la integralidad odontológica y porque la salud bucal sea parte de la salud general en medio de tanta crueldad e inequidad en materia de salud presente en el mundo.

¹ Sara Fe de la Mella Quintero. Dra. en Estomatología. Especialista de 1º y 2º grado de Estomatología General Integral. Msc en Salud Bucal Comunitaria. Profesora auxiliar e investigadora de la Facultad de Estomatología de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba. Jefa de la Cátedra y Departamento de Estomatología Integral en la Universidad de Villa Clara, Cuba.

Muy acertadamente trabajan con adultos mayores, con pacientes en los cuales su salud mental no los acompaña, con jóvenes abandonados, perseguidos por diferentes causas; sin importar diferencias de etnias y culturales, tratando desde su entorno de modificar incluso el ambiente; pero donde todos tienen algo en común: una salud bucal deteriorada y sin prioridad por parte de muchos actores sociales y políticos.

Aplaudo a estos colegas por la elección de cada uno de sus artículos y sobre todo por el modo en que saben expresar sentimientos pero también de hacer ciencia. Por ello este texto puede ser de utilidad no solo para aquellos que trabajan en la salud bucal, sino también para los que quieren poner su granito de arena para que la sociedad donde viven sea un poco mejor, pues demuestra que cuando se quiere, se puede, y no se necesitan de grandes riquezas ni recursos del consultorio odontológico. Lograr la participación comunitaria y social es un reto, pero también una necesidad. Desde ya les recomiendo la lectura y ojalá pueda llegar a muchas personas dispuestas a colaborar en materia de salud bucal. Espero que lo disfruten igual que yo.

Prólogo 2

Juan Maximiliano Herrmann¹

Las páginas de este libro contienen relatos de experiencias y reflexiones en torno a la práctica y la formación de posgrado de odontólogos y odontólogas de la Concurrencia de Odontología General y de Familia del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

El placer de la lectura de los borradores previo al ingreso a imprenta me generó también la necesidad de sistematizar la riqueza del material.

Los capítulos conforman un entramado de textos en un contexto, y es acá donde no puedo despojarme de cierta mirada de epidemiólogo y preguntarme por “quien”, “donde” y “cuando” fueron escritos, a lo que agregaría un para de preguntas más: ¿que materia prima utilizaron los autores para producir la obra?, y ¿cuál es el sentido de la producción?

En síntesis, cinco preguntas que intentaré responder.

Respecto del “quien” podemos decir que además de autora/es singulares, hay un sujeto colectivo conformado por un grupo de profesionales de la odontología en un ciclo de formación en

¹ Médico (Facultad de Medicina. UNR); Especialista en Medicina General y Familiar (Facultad de Medicina. UNR); Especialista en Epidemiología (Facultad de Medicina. UNR); Magister en Salud Pública (Centro de Estudios Interdisciplinarios. Instituto Lazarte. UNR); Egresado del Programa Certificado en Epidemiología para Gestores de Salud Pública (John Hopkins University, Bloomberg School of Public Health & Consortium of Latin American and Spanish Academic Institutions). Docente de Epidemiología en las Maestrías del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR). Director del Programa para el Estudio de las Desigualdades Sociales en Salud del Instituto de Cooperación Latinoamericana de la Universidad Nacional de Rosario (ICLA-UNR). Coordinador de los Policlínicos PAMI I y II de la ciudad de Rosario.

servicios públicos de salud de la provincia de Santa Fe. Señalo especialmente la dimensión colectiva como un logro del proceso formativo de la Concurrencia, la que sin negar su núcleo disciplinar, lo pone en cuestión para ubicarlo en el campo de la Salud Colectiva: necesariamente interdisciplinar e intersectorial.

Respecto del “donde” y el “cuando”, los capítulos transitan por instituciones públicas provinciales, mayoritariamente de salud (Centro de Salud 13 Fonavi, Centro de Salud “Barrio Toba”, Centro de Salud 12 de Octubre, Hospital Escuela Eva Perón, Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila, Hospital Geriátrico Provincial), por instituciones de reclusión (Unidad Penitenciaria de Las Flores de la ciudad de Santa Fe, Instituto de Recuperación del Adolescentes de Rosario –IRAR-) y por territorios barriales (barrios Qom, Fonavi de Seguí y Rouillon) de la región metropolitana de Rosario, a lo largo una década (2008 a 2019).

Cada experiencia aborda ambas variables, tiempo y espacio, desde una perspectiva histórica y situada en un territorio concreto, presentándonos desde instituciones de salud a condiciones de vida en los barrios pobres de la ciudad; desde las políticas sanitarias basadas en la Atención Primaria de la Salud, a los proyectos de inclusión social y habitacional como la “Misión Sueños Compartidos” y el “Plan Abre”.

La “materia prima” utilizada en la obra aparece en los múltiples conceptos que podemos ubicar como constitutivos de la salud pública y la Salud Colectiva latinoamericana. Categorías tales como accesibilidad, equidad, integralidad, trabajo en equipo, interdisciplina, saberes populares, intersectorialidad, tecnologías “blandas” y “duras”, adscripción, entre otras, son utilizadas con insistencia para ampliar la práctica disciplinar de la odontología con el objetivo de garantizar el acceso a la atención de la salud bucal de los sectores más vulnerados y vulnerables de nuestra sociedad: jóvenes en conflicto con la ley, pueblos originarios, niñas y niños de barrios pobres, personas privadas de la libertad, internados en hospitales monovalentes, adultos mayores institucionalizados, etc.

Esta insistencia abre a una pregunta: ¿será que la práctica hegemónica de la odontología está atrapada entre la beneficencia

y el mercado? Y de ser así, ¿será que las autoras y los autores buscan una tercera vía? Inscribir dentro de la salud pública el acceso a servicios integrarles de odontología garantizados por el Estado, reconociendo que se trata de un derecho: el derecho que todo ciudadano tiene a recibir una atención sanitaria de calidad, integral y equitativa.

En tal sentido considero que estamos en condiciones de arriamar una respuesta a la última pregunta. El propósito de la obra no es otro que interpelar de un modo crítico no solo a la disciplina, sino también a la salud pública y sus lógicas institucionales. El cuidado de la salud bucal debe ser concebido como parte del derecho al cuidado integral de la salud, y para ello la odontología debe formar parte de los equipos e instituciones de salud. Ahora bien, no de cualquier forma (un servicio más, pobre y fragmentado), sino una disciplina que integra junto a otras el campo más amplio del cuidado de la salud. Ello no es posible sin la actitud reflexiva de los propios profesionales, en los espacios de práctica y de formación.

Considero que estas páginas, obra de este sujeto colectivo, logran con creces el objetivo propuesto. El trabajo y la formación de posgrado en la Concurrencia a lo largo de estos años han sido muy prolíficos. Seguramente quedaron pendientes las reflexiones de muchos más profesionales que pasaron por el espacio, y que sabemos trabajan en servicios de otras localidades de la provincia: Rufino, Venado Tuerto, Villa Gobernador Gálvez, Casilda, Santa Fe, Esperanza, Rafaela, Recreo, Santo Tome, entre otras.

¿Será entonces que podemos esperar una próxima obra?
Ojala ocurra...

Rosario, 25 de mayo de 2020

Este libro: ¿por qué y para qué?

Analía Elba Sendra¹

Andrea Obregon²

“Para cambiar el mundo es necesario cambiar las maneras de hacer el mundo, es decir, la visión del mundo y las operaciones prácticas por las cuales los grupos son producidos y reproducidos. La lucha de las clasificaciones es una dimensión fundamental de la lucha de clase”.

Pierre Bourdieu.

La intención de esta publicación es poder compartir, una pequeña parte de las experiencias que transitamos en los últimos años desde la gestión y desde el espacio de formación de la

¹ Odontóloga (Facultad de Odontología Universidad Nacional de Rosario-UNR) Maestrando en la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanús-UnLa). Trabaja como Jefa de Servicio de Odontología del Hospital Eva Perón de Granadero Baigorria, Provincia de Santa Fe. Ex Tutora de la Concurrencia de Odontólogos Generalistas y de Familia 2010-2013. Ex Coordinadora Provincial de Servicios Odontológicos, Provincia de Santa Fe 2014-2015. Ex Coordinadora de Salud Bucal Nodo Rosario, Provincia de Santa Fe 2015-2019. Miembro de la Asociación Santafesina de Medicina General(ASMGy F) /Federación Argentina de Medicina General(FAMG

² Odontóloga. (UNR). -Magister en Magister en Salud Pública (12-2011). Instituto de la Salud Juan Lazarte. CEI. UNR. - Master en Políticas y Gestión en Salud. Europa- América Latina. (07/2012) Universidad de Bologna. Sede Bs. As- Italia. Trabajadora en Salud Pública. Rosario. Santa Fe. - Profesora Adjunta. Cátedra de Odontología Social II. Departamento de Odontología Social, Preventiva y Sanitaria. Facultad de Odontología. UNR. -Ex Directora Provincial de Odontología. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. 2008-2014.Ex Coordinadora del Nodo Salud Rosario. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. 2014-2015. -Ex Responsable de la Concurrencia de Odontólogo Generalista y de Familia. Ministerio de salud Provincia de Santa Fe. 2010- 2015. Docente de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar. Miembro de la Asociación Santafesina de Medicina General(ASMGy F). Integrante de la Comisión de Salud Bucal y Odontología Crítica de la FAMG.

Concurrencia de Odontología General y de Familia (Resolución 0779/10) en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe. Seguramente son muchas más, las prácticas y trabajos que no puedan ser relatados en esta obra, pero pensamos que puede constituirse en un elemento más de aquel que siempre es nuestro objetivo “la reflexión crítica de las prácticas en salud”.

Asimismo, deseamos que se constituya en un estímulo no solo para plasmar por escrito el trabajo realizado sino, para compartir la trayectoria realizada por muchos y muchas trabajadoras y, que en este compartir, se pueda transmitir el compromiso y la convicción con que fueron realizados.

Este libro describe algunas prácticas de gestión en salud en la Provincia de Santa Fe realizadas en el período 2008/2019, y parte del trabajo realizado por los/las concurrentes y tutores /as que transitaron y transitan la Concurrencia y que, en su mayoría hoy son trabajadores del sistema público de Salud.

La Concurrencia de Odontología General y de Familia se inicia como una estrategia más de un proyecto de salud donde se reconoce la obligación del Estado en la formación y ante la necesidad de pensar dispositivos que contribuyan a la transformación del modelo de atención y de gestión. Pensar este dispositivo tuvo la intencionalidad de poner en acto la interpelación constante del proceso de trabajo en salud bucal.

El objetivo que perseguimos fue la formación de trabajadoras y trabajadores odontólogos/as, en el campo de la Salud Pública, cuyas cualidades técnicas están aseguradas por la formación de grado, y al mismo tiempo poder dar respuesta a las necesidades de la población que concurre a nuestros servicios, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria cuya especificidad se caracteriza por la integralidad, la equidad y la universalidad a través de toda la red.

Por otro lado, se intentó que esta Concurrencia constituya una herramienta más de jerarquización del primer nivel de atención (Centros de Salud) y apuntalarse, en dicho nivel, como el rector de toda la red de atención, a partir de los equipos de referencia de los cuales, es imprescindible que las odontólogas/os formen parte como núcleo disciplinar que debe dar respuesta a

las patologías más prevalentes de la población, y a la promoción y prevención en Salud Bucal. Dando como formato final una formación que garantice el **DERECHO A LA SALUD**.

La Odontología General y de Familia no constituye al momento una especialidad y quizás no pretendamos que lo sea (contradicción en proceso de discusión). Este es un nombre que tomamos “prestado” de los compañeros médicos generalistas, ya que consideramos, al momento de su creación que, como espacio de formación, reflejaba el espíritu y el sentido que queríamos darle a nuestras prácticas. Prácticas centradas en la población y sus padecimientos, vinculadas a los equipos de salud y con un objetivo muy claro, contribuir a la garantía de acceso al derecho a la salud.

Se estructura en un programa que se desarrolla durante dos años con actividades asistenciales y colectivas en los centros de salud. Rotaciones en efectores de mayor complejidad durante el segundo año, pero con continuidad del anclaje en el primer nivel de atención. Convencidos que el aprendizaje significativo se transita en el mismo acto en salud.

En cuanto al desarrollo teórico, comparte el dictado de clases con la Carrera de postgrado de Especialización en Medicina General y Familiar de materias de primer y segundo año vinculadas a la salud pública y a la producción de conocimiento, a partir de un convenio firmado con dicha Carrera.

En este sentido, es que pensamos que sería contradictorio armar un espacio escindido del resto de los compañeros y las compañeras que comparten esta visión, fragmentando nuevamente nuestro trabajo y contradiciendo los valores que nos orientan.

En función de esto pensamos que desde un espacio construido y en marcha, es más potente ampliar la mirada, la participación y porque no, la interpelación de nuestro trabajo cotidiano. En estos tiempos donde lo individual prevalece frente a lo colectivo, creemos que la potencia esta en conjugar las coincidencias que posibilitan extender los límites de nuestra mirada y superar aquellas diferencias que las propias disciplinas nos imponen

Al momento transitaron por la concurrencia 131 odontólogas y odontólogos, alcanzando el mayor número en la ciudad de Rosario que fue el lugar donde pudo sostenerse de forma inin-

terrumpida y trabajan actualmente en la red 48 compañeros/as egresados/as de este espacio de formación.

Finalmente, y luego de haber transcurrido unos años empezamos a reflexionar y visualizar cómo esta estrategia se constituyó en algo más significativo: la búsqueda de una nueva identidad vinculada al trabajo en salud y no a una disciplina específica.

Pensar en la construcción de una nueva identidad profesional no es una tarea de unos pocos días, es parte de un proceso histórico y cultural de un grupo en constante conformación.

En este sentido, entendemos que el camino recorrido de tan solo 10 años no es suficiente para la definición de una identidad con cierta eficacia social y deconstrucción de la misma. Pero a la vez nos parece importante dejar testimonio del recorrido transitado en estrecha relación a cómo nos identificamos como grupo y dejar en evidencia la convicción de que es posible la ampliación de nuestro objeto de estudio y de intervención. Ampliación que intentamos desde una mirada de la práctica odontológica que se diferencie de la práctica tradicional hegemónica.

¿Porque cuestionar la identidad?

Entendemos a la identidad como un proceso de identificaciones históricamente apropiadas que le dan sentido y categorización a un grupo social y a su vez le dan estructura significativa para asumirse como unidad³. El caso de la identidad profesional en la odontología históricamente estuvo asociado a cierta habilidad y destreza respecto del uso de la tecnología y el conocimiento específico de las patologías de la boca.

Esto nos interpela, no para dejar de lado ese conocimiento, sino que, en función de la complejidad de los problemas en salud, atravesados y determinados por lo social, la odontología no ha logrado el impacto poblacional esperado ni la modificación de indicadores epidemiológicos en consonancia con el avance científico logrado.

³ Díaz Cruz, R.: Experiencias de la identidad. UNAM, México, 2000

Algunos autores han sostenido que la cuestión de la identidad aparece en escena cuando se vuelve problemática, cuando algo en ella hace crisis, cuando la pertenencia a un grupo se ve cuestionada, amenazada, o cuando se cree poder ser otro/a, poder modificarse a sí mismo/ma, transformarse en alguien distinto/ta de quien se es. Así es como muchos/as hemos expresado la incomodidad o vacío en el abordaje integral del proceso salud enfermedad cuidado al momento de nuestras prácticas.

Es decir, la identidad se vuelve objeto de discusión cuando se concibe de modo provisional, cuando existen opciones alternativas de pertenencia (individual y colectiva)⁴. Dichas opciones no están escindidas de los procesos sociales y sus trayectorias. La pertenencia se experimentaría como un itinerario, una trayectoria por diversas identidades; aunque también como la asunción de modelizaciones identitarias diversas y simultáneas.

Desde esta perspectiva, la elección (y por lo tanto la voluntad) parecería ser uno de los elementos estructurantes de la identidad.

Entonces, podría ser este, ¿uno de los obstáculos que nos impiden la conformación de proyectos terapéuticos interdisciplinarios y asociados a la justicia social?

En el artículo *Desigualdades en la Inaccessibilidad: Identidades del Ser Generalista*, del libro *La Clínica y la Gestión de la Medicina General* (2019) se asume que la identidad de la Medicina General, “emerge como una identidad en movimiento, expuesta a los escenarios micro políticos donde las desigualdades sociales atentan permanentemente la posibilidad de pensar, diseñar y disfrutar futuros viables. Una especialidad que nace por identidades biográficas singulares que tenían una única certeza: la capacidad de ver y sentir la injusticia, la vulneración de los derechos de los sujetos víctimas de un contexto sociopolítico opresivo, la miseria, la necesidad.”⁵

⁴ Zygmunt Bauman plantea que las identidades se definen en relación a comunidades articuladas en tono a ideas o principios. Cuando la pertenencia deja de ser concebida como destino y se interpreta como contingente y móvil, susceptible de ser modificada por vías alternativas de agrupación, emerge la cuestión de la identidad. (Bauman, 2005: 49).

⁵ Altamirano Raminger, C. *Desigualdades en la Inaccessibilidad?: Identidades del Ser Generalista*. En *La clínica y la Gestión de la Medicina General*. Edi-

A partir de este enunciado entonces, sería oportuno afirmar que: “ *la identidad no es, sino que se genera lenta e históricamente, y se constituye mediante una red de vínculos medianamente estables y significativos, y relaciones que las sustentan, desde estas relaciones y representaciones un sujeto(individual o colectivo) construye su auto imagen y la imagen del otro, o los otros*⁶

De este modo, concluimos que es oportuno empezar a pensar una identidad generalista en el campo de la salud, asumiendo la complejidad del mismo y la necesidad imprescindible de pensar el trabajo en salud desde la perspectiva de los equipos. En este sentido visualizamos a la Identidad como concepto pasible de ser utilizado para dar cuenta de una experiencia colectiva, que marca la pertenencia del sujeto a un grupo, en relación a múltiples instancias.

Pensar en una identidad generalista en salud bucal implicaría, a nuestro modo de ver, la construcción de un espacio identitario que no sea limitado a ciertas profesiones, sino que el nexo nos defina en función de una praxis, donde el producto se visualice en el ejercicio del derecho a la salud. Con un saber comprometido en un campo cada vez más complejo, que nos permita colectivamente hacer frente a las asimetrías, injusticias y desigualdades en salud como el sentido de nuestra tarea.

Este libro intenta ser el inicio de una acción colectiva para compartir experiencias que, aunque no son las únicas, van profundamente ligadas a un posición ética, ideológica y política.

Bibliografía

Aquín, N. *El Trabajo Social y la identidad profesional*. Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social, ISSN 0122-1213, ISSN-e 2389-993X, N°. 8 ((oct-2003)), 2003-2003, págs. 99-110

Luchetti, M. Título de la ponencia: *La alteridad como configuradora de la identidad*. Instituto de Investigaciones Gino Germani 5° Jornadas de Jóvenes Investigadores 4, 5 y 6 de noviembre de 2009.

ciones Nuevos Tiempos. 2019.

⁶ Parisí A. et al: Nuevos sujetos sociales. Identidad y Cultura Espacio Editorial Buenos Aires. 1995. pág. 23.

La Odontología en el campo de la Salud Pública

Andrea Obregón¹

*“No aceptes lo habitual como cosa natural.
Porque en tiempos de desorden, de confusión organizada,
de humanidad deshumanizada nada debe parecer natural.
Nada debe parecer imposible de cambiar.”*
Bertholt Brecht.

Introducción

Desde nuestra percepción existen serios obstáculos para poder pensar e implementar políticas públicas en salud bucal desde el paradigma de la Salud Colectiva.

Este problema tiene como principal sustento la dificultad de poder incorporar a las ciencias sociales y a otras disciplinas al pensar los problemas de salud bucal, que permitan asumir el componente bucal del proceso salud enfermedad cuidado como objeto de estudio y como objeto de intervención, haciendo anclaje en la determinación social de dicho proceso.

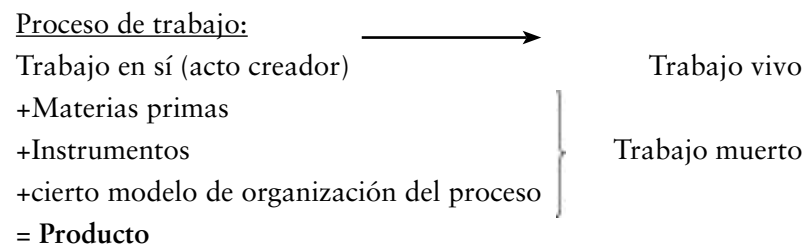
¹ Odontóloga. (UNR). Magister en Magister en Salud Pública (12-2011) Resolución 128/07 UNR. CEI. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Resolución N° 791/2001 del C.S. UNR. Acreditada por la CONEAU. - Master en Políticas y Gestión en Salud. Europa- América Latina. (07/2012) Universidad de Bologna. Sede Bs. As- Italia.- Profesora Adjunta. Cátedra de Odontología Social II. Departamento de Odontología Social, Preventiva y Sanitaria. Facultad de Odontología. UNR. - Directora Provincial de Odontología. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. 2008-2014. Coordinadora del Nodo Salud Rosario. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. 2014-2015. -Responsable de la Concurrencia de Odontólogo Generalista y de Familia. Ministerio de salud Provincia de Santa Fe. 2010- 2015. Docente de la Carrera de Posgrado Medicina General y Familiar UNR. Integrante de la Asociación Santafesina de Medicina General y de Familiar. Integrante de la Comisión de Salud Bucal y Odontología Crítica de la FAMG.

En este sentido, reconocemos que múltiples son las determinaciones que generan este distanciamiento al que hacíamos referencia. Algunos, vinculados a la disciplina y otros, que operan como determinantes más generales de todo el sector salud. De este modo, terminan haciendo impacto y configuran el modelo de atención vigente, es decir, el producto de cómo se construye el proceso de trabajo en salud en sus características generales y en sus particularidades en el campo de la odontología.

En el proceso de trabajo, el trabajo no es comprendido solamente en su dimensión operativa en tanto una actividad más, sino como una praxis que expone la relación hombre / mundo en un proceso de mutua producción.

Es así que, el trabajo realizado por el hombre, tiene la particularidad que el producto que efectuará ya fue construido mentalmente, ya fue pensado. Esta construcción mental se antepone al trabajo en sí, y ello le da un cierto sentido de perseguir la finalidad de realizar un proyecto pensado. El hombre trabaja a partir de un “**recorte interesado**” del mundo, proyectándose para las actividades que irán componiendo el proceso de trabajo. (Merhy 1997).

Los elementos constitutivos de dicho proceso son:



Sustentado en el concepto expuesto y en sus elementos constitutivos, se puede definir que en la construcción del proceso de trabajo en el sector salud actúan múltiples determinaciones de naturaleza intersectorial, en tanto que existen diferentes sectores que le aportan complejidad al análisis y nos pueden llevar a una comprensión mayor del problema planteado, realizando dicho análisis desde la odontología.

La intensión de este recorrido es analizar algunas dimensiones que entendemos tienen un impacto más significativo sobre la disciplina: la educación, la ciencia y la tecnología, las características generales de la organización de los servicios de salud en tanto espacio que atraviesa a todos los trabajadores de salud, y un breve recorrido histórico de las políticas en salud bucal.

La Educación será abordada específicamente desde la formación universitaria donde se desarrollaron los cambios curriculares, en los cuales se introdujeron aspectos conceptuales de las ciencias sociales para la comprensión del proceso salud enfermedad; la Ciencia y la Tecnología en relación a dos espacios: las políticas generales del sector y en el espacio que ocupa en la construcción de la representación de la práctica profesional.

Ambas dimensiones contribuyeron a la definición de rasgos significativos de la odontología, a estructurar formas de atención y modalidades de prácticas y constituyen en consecuencia, un componente cultural e ideológico en la conformación del proceso de atención.

La organización de los servicios de salud, será brevemente descripta por pensar que constituye un elemento estructural y estructurante de los procesos de atención en salud.

Finalmente, se desarrolla un recorrido por las características de las políticas en salud bucal a modo de ejemplo de cómo estos rasgos dominantes de la odontología terminan dejando su huella en el diseño de dichas políticas.

La formación universitaria en la conformación de la práctica odontológica

Esta dimensión es tenida en cuenta por considerar que la formación profesional deja su impronta en la futura fuerza de trabajo que, en sus rasgos dominantes, cumple una función reproductora de dichos atributos.

La centralidad del análisis está puesta en el ámbito de la Universidad, por ser la institución con mayor reconocimiento social en cuanto a la formación. Sin que esto signifique no identificar otras instituciones que dejan su marca en la formación.

A fines de la década del 40', la Comisión de Estudios del Plan de Enseñanza de la Asociación Dental Americana, recomendaba dentro de los objetivos de las carreras de odontología: “*ejercer la profesión teniendo debidamente en cuenta sus relaciones sociales, económicas y éticas; actuar eficazmente en la vida de la colectividad*”. Dicha declaración se origina en Estados Unidos en la necesidad de impulsar la noción de “responsabilidad social de la odontología” derivada de la aprobación de la Legislación Federal sobre Seguridad Social en este país. A partir de ese momento en diferentes países de Latinoamérica se da un lento proceso de incorporación a los planes de estudio de asignaturas pertenecientes al campo de las ciencias sociales, tales como: ética profesional, odontología legal, etc.

Es recién a fines de la década del 50' que las modificaciones propuestas adquieren fuerza en América Latina, debido al interés norteamericano por propiciar condiciones ideológicas favorables a su proceso expansionista profundizado después de la segunda guerra mundial. En 1960 se celebra en Chicago la Conferencia de Salud Pública Dental y la Trigésima Reunión de la Asociación Americana de Facultades de Odontología. En esa ocasión se señalaba la necesidad de crear un Departamento de Odontología Social en las Facultades de Odontología, para la enseñanza de la historia, economía y odontología familiar como aspectos relevantes para el odontólogo. Dicha iniciativa fue impulsada fundamentalmente por Phillip Blackerby, director general asociado de la División Odontología de la Fundación Kellogg. Las aspiraciones de Blackerby son acogidas y difundidas por los Seminarios Latinoamericanos sobre enseñanza odontológica de Bogotá (1962), Brasil (1964) y México (1966) y propulsadas por OPS/OMS². Las conferencias y seminarios dictados introducirán el concepto de salud enfermedad como un proceso de la realidad, como un sistema ecológico, incluyendo allí a la realidad social del hombre como un ser integral en sus aspectos físicos, mentales y sociales, ligado a una familia y ésta a una comunidad.

²Chaves, M. “Presente, pasado y futuro de la Odontología”. FOLA ORAL V N° 15 Marzo – Junio 1999*.

Las conferencias recomendarán: una formación con base en conocimientos de carácter biológico, psicológico y social; preparación para una atención integral en los aspectos curativos, preventivos y de rehabilitación; conocimiento y participación en los problemas de salud de la comunidad. Mostrarán también la importancia de que los alumnos adquieran conocimientos de Sociología General, Ecología, Antropología, Saneamiento, Epidemiología y Bioestadística. (Marsiglia, 1998). Los seminarios sirvieron de vehículo para implantar en la región el “modelo preventivista social” que tuvo su máxima concreción en la creación de los Departamentos de Odontología Preventiva y Social, durante las décadas del sesenta y setenta, basadas en las reformas de la enseñanza en el área salud de los Estados Unidos.

El modelo educativo en el que se insertó la enseñanza de lo social, promueve una racionalidad que segmenta, desagregando el objeto de trabajo. Dentro de esta racionalidad se profundiza aún más la separación entre lo biológico y lo social. De esta manera, se desarrolló el modelo preventivo, expresión positivista en el campo de la salud, que se sustenta en la Historia Natural de la Enfermedad y promueve el paradigma de la prevención que se inscribe en el pensamiento biologista, partiendo de lo normal para arribar a lo patológico. Esa tendencia preventiva se inscribe en ese registro de pensamiento transitando desde lo inespecífico hasta la rehabilitación como prevención del tercer nivel. Dentro de este paradigma el espacio que queda para lo social es el de lo inespecífico, que se diluye como un factor más interviniente.

La década del 80' representó un momento histórico importante al producirse una ruptura conceptual y metodológica en el espacio ganado por las ciencias sociales en la enseñanza de la odontología, instalado en las décadas anteriores. Conceptualmente se inició la discusión sobre la determinación social del proceso salud enfermedad.

Nuevos abordajes metodológicos surgieron en la educación, que procuraban desarrollar modelos integradores, a partir de los cuales las experiencias extramuros dejaron de ser actividades de aprendizaje para pasar a ser momentos de un proceso social que involucra universidad-servicios-comunidad. En este momento se recuperó la relación dialéctica entre conocer-aprender - hacer.

En nuestro país, cambiaron los planes de estudio de las Universidades Nacionales creando Departamentos o Cátedras en las que se desarrollaron diferentes disciplinas dentro de las ciencias sociales, entre las que se encuentran: Clínica preventiva, Odontología legal, Ética, Historia, Psicología evolutiva, Odontología preventiva y social, Odontología Preventiva y Comunitaria, etc. Una de las primeras disciplinas que se incorporó fue la Psicología, que comienza brindando un enfoque externo a la odontología como disciplina. Se centra en los aspectos tendientes a facilitar la relación odontólogo-paciente y posteriormente introduce el componente psicológico como una causa más dentro de las enfermedades psicosomáticas. Esta disciplina encontró su mayor desarrollo en relación a los aspectos psicológicos del niño, constituyendo un elemento importante a tener en cuenta en la práctica de la odontopediatría.

El trabajo desarrollado por los profesionales de las disciplinas pertenecientes a las ciencias sociales no es concebido como parte integrante del conocimiento formativo de la odontología, sino como un dato informativo de la realidad social, que se traduce en la tradicional disociación entre lo biológico y lo social, sin comprender que lo social debe entenderse como un aspecto del conocimiento en salud bucal.

Metodológicamente, el cambio no significó una diferenciación del modelo de enseñanza flexneriano³, cuyo elemento central es promover la enseñanza en los servicios de las unidades académicas, desconociendo en la mayoría de los casos a los servicios externos. La estructura curricular se dividió en las ciencias básicas, la etapa preclínica y la clínica.

Posteriormente con las siguientes reformas, los diseños curriculares van reconfigurándose, pero sigue habiendo una marcada impronta de otorgarle mayor significado a los conocimientos específicos de su núcleo de competencia.

Como expresamos, las instituciones cuentan con una estructura organizativa basada en un modelo flexneriano, que, a pesar de intentos de reformarla, ha dejado su huella en cuanto a la es-

³ Informe Flexner, publicado en 1910. Fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad John Hopkins

tructura y los métodos de aprendizaje, que produce un trabajo parcelar por especialidad, con escasa coordinación entre sí.

Es así, que la metodología de enseñanza-aprendizaje, sistemas de promoción, contenidos de los programas, la estructura de los planes de estudios jerarquiza el manejo de conocimientos y destrezas disociado de la vinculación con lo social. Este proceso se estructura a partir de la necesidad de sostener la especificidad técnica como nuclear en la formación académica por su capacidad de definir la identidad profesional, mantener el reconocimiento social y la autonomía lograda como profesión, observándose la reproducción (con matices y variantes) de atributos del Modelo Médico Hegemónico.

Ciencia y Tecnología en la práctica odontológica

Las políticas en Ciencia y Tecnología como parte de los determinantes generales y las diferentes políticas del sector salud (importaciones, exportaciones, líneas y financiamiento de investigación, etc.), tienen una fuerte influencia sobre los procesos de reconversión del trabajo en salud, así como en la mayor o menor posibilidad de generar nuevos conocimientos adecuados a las necesidades del país (Rovere 1993). Hay una diversidad de actores que influyen en la renovación tecnológica del sector público: Ministros de Comercio e Industria (medicamentos, tecnología), importadores, Sociedades Científicas. Las empresas productoras de insumos y tecnologías, ejercen presión sobre los servicios de salud y sobre la misma población a través de mecanismos de publicidad directa e indirecta⁴.

Debido a las políticas públicas en el área de ciencia y tecnología también se han producido cambios en las prácticas profesionales, fundamentalmente en la odontología. Fueron políticas que condujeron a un incremento significativo de la tecnología de alta complejidad y altos costos (luz halógena, cámaras intraorales,

⁴ Ver. Rovere, M. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. OPS. Washington D.C. 1998.

etc.) como factor modernizador del proceso de trabajo -una mayor segmentación de los servicios que impulsa la especialización y el aumento desmesurado de las prácticas complejas- lo que llevó a una disminución del acceso de la población a los mismos, potenciado por la fragmentación y segmentación del sistema de salud.

En un plano más general, J.J Salomón⁵ define que en la relación ciencia- tecnología- sociedad en América Latina, desde la segunda mitad de la década del 60' a fines de los 70' se extiende la idea de que la tecnología y la ciencia son los impulsores del progreso social y la independencia nacional. Tomando como modelo las estructuras de los países desarrollados, se establecen políticas con fuerte influencia de los organismos internacionales Naciones Unidas, OEA, BID y estructuras intergubernamentales.

La odontología se vio fuertemente influenciada por estos cambios y se inicia un proceso que involucra a las investigaciones y a las innovaciones científicas como: utilización del láser en cirugía, luz halógena, materiales adhesivos (precursores de lo que se denomina odontología estética), nuevos materiales en prótesis fija, implantes, etc. Se observa el énfasis puesto en intervenciones técnicas, procedimientos y tecnologías para la rehabilitación odontológica que son funcionales a los intereses del mercado en desmedro de la investigación científica para la prevención de problemas bucales de alta prevalencia, como la caries y la enfermedad periodontal, con metodologías y tecnologías sencillas más accesibles a la población. Se establece, de esta manera la articulación entre investigación, producción industrial y sistemas de atención de la salud, acompañada por la progresiva capitalización de los tres sectores que, al mantener una relativa autonomía, forman lo que se ha denominado "complejo médico-industrial"⁶.

En los últimos años, en los Estados Unidos la principal institución financiadora de investigaciones en el área de salud, National Institutes of Health (NIH), viene destinando presupuestos

⁵ Ver desarrollo de etapas en Ciapuscio, H. *Sábato y la Tecnología*, en *Repensando la Política Tecnológica Homenaje a Jorge Sábato* Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1994.

⁶ Relman, A.S Denomina así a la relación compleja entre los médicos y las industrias farmacéutica y tecnológica.

crecientes al sector de investigación en Odontología, National Institute of Dental Research (NIDR). El influyente Instituto de Medicina Americano publicó un relato sobre las investigaciones clínicas en odontología, recomendando una inversión específica en la formación de investigadores con preparación en ciencias básicas y actuación en las áreas clínicas (Jeffcoat & Clark, 1995). Los ejemplos los encontramos también en nuestro país, manteniéndose la alta prevalencia de las enfermedades bucales más comunes y el agravante del escaso acceso para la mayoría de la población. De esta manera se evidencia la enorme influencia, que poseen las acciones desarrolladas en los países centrales, muchas veces extrapoladas a los países subdesarrollados, produciendo modelos que no se ajustan a los contextos de estas sociedades.

A modo de antecedentes indagados, se exponen algunas ideas en torno a cómo la ciencia y la tecnología constituyeron un aporte fundamental a la hora de construir la odontología como disciplina y como estos elementos influyeron en las lógicas de los procesos de trabajo.

El desarrollo científico, tecnológico e industrial de comienzos del siglo XX, produjo cambios significativos en los abordajes terapéuticos tradicionales y con ellos un fuerte impacto sobre la práctica odontológica. La incorporación de la anestesia por inhalación de gases aislados por la química, nuevo modelo de fórceps, la amalgama de plata para la restauración, prótesis más confiables, provoca que la extracción dentaria se vuelva un procedimiento de rutina, no solo por el adelanto que supone la utilización de la anestesia, sino porque el perfeccionamiento de las prótesis otorgaba un método más eficaz para el reemplazo de las piezas extraídas. Las prácticas restauradoras pasan a formar parte de una práctica rutinaria a partir de fines de siglo, cuando los consultorios odontológicos adquieren las características básicas conocidas actualmente: sillones móviles que modifican las técnicas de abordaje de la boca, agua y luz eléctrica, tornos electrificados y un número importante de instrumentos quirúrgicos. Se amplía de esta manera la actuación de los odontólogos, quienes pasan a ser los encargados de la conservación de las piezas dentarias (Novaes 1998, p.150).

A fines del siglo XIX se publica el libro “Microorganismos de la boca humana”⁷, que modifica sustancialmente los conceptos utilizados hasta ese momento para explicar las causas de la caries. Se produce un significativo impacto en la odontología; ya que en esta publicación se establece que los carbohidratos adheridos a la superficie dentaria eran fermentados por la flora oral normal, y que los ácidos resultantes llevaban a la descalcificación del esmalte dentario, permitiendo la entrada de bacterias específicas que provocan la destrucción dentaria (Ring, 1985). La repercusión de esta nueva teoría sobre las prácticas odontológicas fue intensa y rápida, pues su alto grado de positivismo permitía reivindicar un nuevo estatuto científico para ellas, promoviendo al mismo tiempo una ampliación en la esfera de actuación de los odontólogos, siendo también responsables de la prevención de la caries. De esta manera, se ampliaba la producción industrial de productos de higiene dentaria, como los cepillos y las pastas de dentales (Novaes, 1994).

La extracción dentaria y la sustitución por medios artificiales representaron también, un avance técnico significativo, que luego se transformó en el resquicio de una concepción y de una práctica de salud bucal. Eliminando un síntoma de enfermedad, por la extracción, restaura la condición de normalidad (no sentir dolor), pero instaura la anormalidad (no tener dientes) que puede ser reconducida a su normalidad por medio de una prótesis dentaria. Así, lo que es “anormal” pasa a ser aceptado como “normal”, social y profesionalmente. En cierto modo aquí reside parte del límite de la odontología, desarraigada de la práctica colectiva porque la prótesis dentaria, como solución de un mal menor, niega la posibilidad de controlar ese mal menor y exime a la odontología del control de las enfermedades bucales al hacer responsable a los individuos por el surgimiento de las enfermedades y por la no adopción de medidas preventivas, sobre los cuales se siente exenta de participación (Iyda 1998).

En este recortado recorrido se puede observar cómo desde este sector se contribuye a producir una práctica individualista,

⁷ Willoughby Layton Miller. *Microorganismos de la boca humana*. 1890.

altamente basada en la técnica y en la tecnología que dificulta los abordajes colectivos del proceso salud-enfermedad. Es importante resaltar que para la odontología su asociación con la tecnología fue uno de los aspectos que le permitió desarrollarse como disciplina autónoma⁸, proceso que comenzó a principios de siglo XX, y dejar de ser considerada –como ocurrió en sus comienzos- una “rama menor” de la medicina.

Esta línea histórica se desarrolló por considerar que el modo de explicar e interpretar los fenómenos de salud enfermedad determina la manera de actuar sobre dichos procesos. Se intenta no *recaer en la inmediatez*⁹, de pensar estos cambios como naturalizados y no determinados por los diferentes actores que lo componen, y participan en este proceso histórico. Asimismo, se pone de manifiesto la transferencia de conocimiento de manera directa y acrítica, desde otros contextos económicos sociales, principalmente los Estados Unidos, con escaso o nulo impacto en la salud de la población, pero con influencia importante tanto en la construcción de los planes de estudio de la carrera de odontología como en las transformaciones de la práctica.

Todos estos rasgos colaboran para constituir un proceso de trabajo donde importa más el trabajo muerto, que el trabajo en sí como acto creador o trabajo vivo.

Los servicios de salud

Los servicios de salud serán abordados en sus características organizativas por entender que un cierto modelo de organización forma parte del proceso de trabajo.

El modelo prevalente de organización de los servicios de salud, es el modelo concebido por los clásicos de la administración como

⁸ Ver. Schapira, M. *La odontología en Argentina: del curanderismo a la consolidación profesional*. UNR Editora. Rosario. 2000.

⁹ Hegel utiliza este término (“recaída en la inmediatez”) para referirse al proceso por el cual algo que ha llegado a ser como resultado de un proceso formativo, se desprende de su génesis y se instala como algo obvio, originario.

Ford, Taylor o Fayol, que produjeron la creación de estructuras pesadas, piramidales con alto grado de centralización del poder.

Dichas estructuras producen un marcado proceso de alienación de los profesionales en su proceso de trabajo.

Fernando Prestes Motta analiza que la alienación se puede dar en diferentes dimensiones de su proceso de trabajo:

- Instancia de separación entre el agente y el producto de su trabajo (Motta 1984). En el campo de la salud este patrón de alienación de los profesionales es evidenciado por el divorcio y falta de compromiso de estos con la cura completa del paciente y, con los determinantes del proceso salud enfermedad.
- Separación entre cada miembro de la organización, esto es, cada uno concentrándose en su tarea, no ocupándose del otro (Motta, 1984). Con la progresiva especialización se quebró la unidad del proceso terapéutico, produciéndose la discontinuidad del proceso de trabajo.
- Separación en el tiempo de actividad (Motta, 1994). Este tipo rígido de definición de competencias, ha limitado la iniciativa, la creatividad y la capacidad de improvisación de los profesionales de la salud. La normatización excesiva de los servicios de salud pública, así como la definición muy precisa de las atribuciones de cada nivel de la jerarquía de la red o de cada profesional, terminaron por burocratizar estas instituciones, cristalizando un patrón de productividad y, de desempeño mucho más allá de lo necesario (Campos, 1990).

Políticas en Salud Bucal

Las intervenciones en salud pública para la atención de la salud bucal, históricamente se desarrollaron en base a dos modelos: de asistencia a escolares y la atención a la demanda espontánea en los servicios de salud. Ampliando luego esa población a las embarazadas. Uno de los modos de organización más extendido lo constituye el Sistema Incremental. Pinto¹⁰ lo concibe como un

¹⁰ Pinto VG. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. 1ª ed. São Paulo:

método exclusivo de atención dental a una población determinada, la eliminación de sus necesidades acumuladas y el control de acuerdo a las edades y problemas. Con “una acción horizontal a través de un programa preventivo, que controla la incidencia de los problemas, y una acción vertical a través de un programa de curación, la solución de los problemas prevalentes. Al mismo tiempo con un programa educativo prestar apoyo a estas acciones”. Señalando que su enfoque general, con algunas modificaciones, puede ser aplicado fácilmente a otros grupos.

El Sistema Incremental constituye uno de los primeros sistemas organizados para la atención pública, teniendo como objetivo la atención en salud bucal de una determinada población, con la eliminación de necesidades acumuladas y la manutención de la salud bucal (Abreu & Werneck, 1998). Este sistema tiene una fase preventiva donde se procura reducir la incidencia de caries por medio de medidas como la fluoración de aguas o la aplicación tópica de flúor, acciones de educación sanitaria; y una fase curativa que intenta reducir las necesidades acumuladas, mejorando el grado de atención y ajustándolo a un punto óptimo (Chaves, 1986).

La metodología del sistema incremental fue propuesta por Waterman, en los Estados Unidos, en 1946. En este modelo denominado Richmond, la asistencia era realizada en las escuelas y caracterizada por ciclos. En el primer ciclo, con duración de 24 a 30 meses, todos los alumnos de 5 a 16 años eran atendidos y en los ciclos siguientes, eran colocados en un programa de manutención además de la incorporación de nuevos alumnos al programa. La evaluación realizada luego de 4 ciclos arrojó un aumento significativo en el número de dientes restaurados, asociado a una reducción del componente caries, pero el CPO-S¹¹ total no había sufrido alteraciones (Abreu & Werneck, 1998).

La adopción de este modelo originario de los Estados Unidos produjo los inconvenientes supuestos, de extrapolar un modelo originario de una sociedad con escasa movilidad social a una realidad latinoamericana, con serias contradicciones y conflictos sociales.

Santos; 1989

¹¹ C: cariado, P: perdidos, O: obturados. S: superficie.

En este sentido, no visualizar los problemas que durante décadas se manifestaron en el ámbito escolar, produjo un modelo de atención excluyente por su fuerte dependencia de la lógica escolar. El ejemplo más elocuente se encuentra en Nueva Zelanda, cuando finalizado el programa de atención odontológica en los escolares, para los adolescentes que pasaban la franja etaria, se observó un aumento dramático de la incidencia de caries, en corto período de tiempo, independientemente de tener recién obtenido el tratamiento completo.

Esto refleja el reduccionismo y baja eficacia de una programación infantilizada en doble sentido, porque es exclusivamente para niños y adolescentes y porque es concebida en modelos puramente técnicos y biólogos, de acuerdo a la visión funcional-positivista. (Moisés, S. Gevaerd, S. 2002). Así como el Sistema Incremental, con sus variaciones ocupó un lugar hegemónico en términos de las acciones asistenciales, la educación para la salud en los espacios escolares también constituyó un eje central en las intervenciones respecto de la salud bucal.

El problema detectado no desacredita la esencia y la importancia de la educación para la salud, pero pone el eje en las metodologías utilizadas para llevar adelante dicha acción.

Educación Para la salud

En la formulación de las acciones tradicionales de educación para la salud quedan en evidencia determinados posicionamientos epistemológicos e ideológicos.

En el diseño de las actividades como parte de una política, quedará nuevamente expuesta la concepción sobre las que están sustentadas. Passos Nogueira en el libro *El Dilema Preventivista* expone la idea de cómo la medicina preventiva logra hacer prevalecer su visión de mundo individualista y liberal al transformarse en *medicina promotora*. La medicina promotora busca promover nuevas actitudes frente a la salud de manera generalizada en la sociedad, sin modificar el comportamiento del médico. En su discurso de los “hábitos”, responsabiliza al individuo por cada aspecto de su vida, al decir de

Menéndez constituye una forma de “culpabilizar a la víctima”¹² y hace valer la misma normalización educativa que estaba presente en la disciplina clásica de la Higiene de fines de siglo XIX y comienzos del siglo XX, la que Arouca vincula con el nacimiento de la medicina preventiva. Este autor, realiza en el Dilema Preventivista un análisis respecto de cómo se produce y reproduce el discurso preventivista en el ámbito de la educación médica, asociándolo a la idea de inculcación y a la necesidad de que los estudiantes tomen contacto con esa realidad que no les pertenece, para, de esta manera, en ese contacto generar una actitud sensible a través de una experiencia perceptiva. En consecuencia, el estudiante se transformaría en un agente de cambio de la realidad percibida. En este sentido, basa su análisis sobre dos tesis respecto del surgimiento y reorganización del conocimiento en el marco de la enseñanza de la medicina preventiva: 1era tesis: la escuela reproduce y perpetúa las desigualdades sociales y la 2da tesis: la educación, como forma de reproducción de las relaciones sociales, actúa como un mecanismo de violencia simbólica¹³.

Según Bourdieu y Passeron (1964), el mecanismo ideológico que actúa dentro de la educación es transformar las desigualdades sociales en desigualdades naturales y en dotes. Este tipo de ideología es denominada por los autores, Ideología Carismática (Arouca 2008). Representación que permitía naturalizar las desigualdades sociales mostrándolas como diferencias de capacidad, de dotes. Las clases dominantes, podían entonces recurriendo a este encubierto, “racismo de clases disimular y legitimar sus privilegios y

¹² Culpabilizar a la víctima constituye un concepto que consiste en atribuir responsabilidades a la pobreza y/o las minorías raciales y nacionales, sin plantearse un análisis ni alternativas de cambios sobre las condiciones que crearon las mismas. (Ryan Blaming. 1971)

¹³ La violencia simbólica es aquella que un sistema cultural determinado impone con el consentimiento de los propios dominados. Ese consentimiento es el que permite que la cultura “arbitraria” sea vista como legítima y triunfadora. En la medida en que la cultura es aceptada como indiscutible legitima las relaciones de poder y contribuye a su reproducción sistemática. El modo en que la institución educativa aplica la violencia simbólica suele ser refinado y sutil (por lo tanto, muy difícil de detectar). El efecto de esa violencia es el desprecio por las formas culturales no dominantes y la sumisión de sus portadores a la cultura dominante. (Bourdieu, 1972).

su propia dominación. En este sentido, los propios dominados, los propios padres de familia, de las clases populares, incluso los menos conformistas de la esfera política aceptan como válidos los veredictos escolares y asumen la misma ideología carismática avalada por las clases privilegiadas. “El fracaso solo podía proceder de una incapacidad natural o la falta de esfuerzo y aplicación. De este modo, las familias de las clases más desfavorecidas asumían su posición de desventaja como una especie de destino moral” (Vázquez García, 2002).

Los autores citados utilizan como parte de los fundamentos del análisis, el carácter arbitrario de la acción pedagógica, definiendo que esta constituye un modo de violencia cultural cuando delimita y selecciona aquellos contenidos que deben ser reproducidos, siendo esta selección de un grupo o de una clase social. Ante esto, plantean la necesidad de una autoridad pedagógica, que posea una legitimidad dominante y por lo tanto existe un modo de imposición legítimo.

A modo de cierre

El presente artículo apuntó a contribuir a la profundización de visiones que integren las perspectivas de las ciencias sociales en la construcción del objeto de intervención en salud bucal acordes a las necesidades y demandas de la población. La intencionalidad fue posibilitar la reflexión e interpelación de los procesos de atención, materializadas en las prácticas concretas en salud bucal. En este sentido, aportar a una transformación hacia modelos más inclusivos, fundados en el paradigma de la salud colectiva, con anclaje no solo en la determinación social del proceso salud-enfermedad-cuidado sino también en la integralidad, en la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.

Por otro lado, lo que se intentó hacer en este recorrido, es decodificar la subjetividad de un grupo (odontólogos y odontólogas), realizando el análisis de las prácticas individuales y organizadas desde algunos de los sectores que se consideran constructores de dicha subjetividad.

En este sentido la educación, La ciencia y la tecnología, la organización de los servicios y las políticas, fueron abordadas como dimensiones donde se aprende y se construye representaciones del grupo y de su territorio; en un intento de visualizar la profundidad de la cultura del grupo y que por lo tanto contiene una posición, un aparato ideológico, una intencionalidad y una experiencia.

Transitamos por momentos históricos donde se produjo un avance en la capacidad de resolución de la odontología a los problemas poblacionales y en una mejor calidad de las prácticas; y por otros momentos donde el desarrollo tecnológico no solo no implicó mejoras en los indicadores epidemiológicos, sino que produjo, en muchos casos, un obstáculo importante en términos de acceso.

El desarrollo del modelo preventivista en la odontología, que en cierta forma generó una ampliación de su objeto de estudio, permitió el impulso de estrategias que no dependen de técnicas sofisticadas y que pueden ser llevadas a cabo en espacios sociales donde la tecnología no es imprescindible para la solución de algunos de los problemas de salud o para estrategias preventivas. Este impulso se desdibuja en las acciones propuestas por los diferentes programas al extrapolar técnicas y métodos que, pensadas y diseñadas como intervenciones individuales, son llevadas a cabo a nivel colectivo como una multiplicación de estrategias individuales pero que involucra a muchas personas a la vez. Estas lógicas van desvirtuando el verdadero sentido de lo colectivo y lo poblacional, cuya esencia es la discusión y modificación de los determinantes sociales en su dimensión colectiva.

El discurso modernizado de la odontología social y preventiva se desarrolló y afianzó en el marco del modelo neoliberal, al cual, desde lo supuestamente técnico disciplinar, le resultó absolutamente funcional. Se produjo una simplificación del proceso salud enfermedad, un alejamiento de las teorías de los determinantes sociales y la reproducción de modos de dominación, que impidieron generar transformaciones en las políticas en salud bucal y en el rol del Estado, donde se pondría en el centro la concepción de “*la salud como derecho*”.

Para la odontología las diversas estrategias que se dieron para introducirse al campo de la salud pública, constituyeron un gran

avance para la inclusión de la disciplina en este campo, pero estamos convencidos que la complejidad de los problemas y la consolidación del paradigma de la Salud Colectiva requiere de nuevos diseños que produzcan verdadero impacto y transformación en las condiciones de salud bucal de las poblaciones.

Bibliografía

Abreu MHNG, Werneck MAF. “Sistema incremental no Brasil: uma avaliação histórica”. *Arq Odontol.*; 34 (2):121-31. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 1998.

Arouca, S. *El Dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008

Bourdieu, P. Passerón, J.C. *Los herederos*. Minuit. Paris. 1964.

Breilh, J. “La salud enfermedad como un hecho social: un nuevo enfoque”. En *Deterioro de la vida en Ecuador*. Corporación Editora Nacional- Centro de estudios y Asesoría en Salud. Quito. 1990.

Capel Narvai, P. Saude bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitaria a bucalidade. *Rev. Saude Pública*; 40. Pag. 141-7. 2006.

Chaves, M. “Presente, pasado y futuro de la Odontología”. En *FOLA ORAL V N° 15 Marzo – Junio 1999**.

Ciapuscio, H. “Sábado y la Tecnología”. *Repensando la Política Tecnológica Homenaje a Jorge Sabato* Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1994.

Córdoba, Yadira. “Las ciencias sociales en la formación del odontólogo.” En *Educación Médica y Salud*. Volumen 26, N° 1. Editora Organización Panamericana de la Salud. México D.F. 1992.

Dutilh Novaes, M. “Tecnología y Salud: La construcción social de la práctica odontológica”. *Ciencias Sociales y Salud Bucal*. Editora UNESP. San Pablo. 1998

Escorel, S. “Reviravolta na Saúde: origem e articulacao do movimento sanitario”. Disertación (Maestría). Escuela Nacional de salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1987.

Flachsland, C. “*Pierre Bourdieu y el capital simbólico*”. Ed. Campo de Ideas. Madrid. 2003.

Frazao, P. “Tecnologías en salud bucal colectiva”. *Ciencias Sociales y Salud Bucal*. Editora UNESP. San Pablo. 1998.

Giroux, H, Penna, A. Pinar, W. *Currículo e Instrucción: Alternativas en la Educación*. Eds. A. Penna. Richmond. 1981

Jeffcoat, M. Clark, W. “Research, technology transfer, an dentistry”. *Journal of Dental Education*, v.59, N° 1, 1995.

Marsiglia, R.M. *Relacao ensino-servicos: 10 anos de Integracao Docente Assistencial – IDA no Brasil*. Hucitec. Sao Paulo. 1995.

Menéndez E. “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. *Estudios Sociológicos* 16(46):37-67 Ed. Centro de Estudios Sociológicos. México. 1998.

Moisés, S. Gevaerd, S. “A superacao do Sistema Incremental de atencao a escolares em Curitiba”. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirao, bocas saudaveis*. Armazem das letras. Rio de Janeiro. 2002.

Novaes, H. M. Novaes, R. L. “Saúde, doenca e inovacao tecnologica”. *Saúde e Sociedade*. V. 1 p. 61-78. 1994.

Novaes, M. Tecnología y Salud: La construcción social de la práctica odontológica.

En: Ciencias Sociales y Salud Bucal. Editora UNESP.1998.

Oteiza, E. “Dimensiones políticas de la política científica y tecnológica”. En *Sociedad*, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, N°9. Buenos Aires. 1996.

Pinto, V.G. *Saude bucal: odontología social e preventiva*. 1er. Ed. Santos. San Pablo. 1989.

Ring, M. *Odontología, una historia ilustrada*. Harry N. Abrams, inc. Nueva York. 1985..

Rodríguez Calzadilla, A. “Enfoque de riesgo en la atención estomatológica”. *Revista Cubana Estomatológica*. 34(1): 40-49. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 1997.

Rovere, M. *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. OPS. Washington. 1993.

Samaja, J. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004.

Schapira, M. *La odontología en Argentina: del curanderismo a la consolidación profesional*. UNR Editora. Rosario. 2000.

Vázquez García, F. Pierre Bourdieu. La sociología como crítica de la razón. Pag. 148. Ed. Montesino. 2002.

Territorio qom. Historia de inequidad en un barrio de la ciudad de Rosario

Facundo Antuña¹

“El problema indígena: los primeros americanos, los verdaderos descubridores de América, son un problema. Y para que el problema deje de ser un problema, es preciso que los indios dejen de ser indios. Borrarlos del mapa o borrarles el alma, aniquilarlos o asimilarlos: el genocidio o el otrocidio.

La salvación condena a los indios a trabajar de sol a sol en minas y plantaciones, a cambio de jornales que no alcanzan para comprar una lata de comida para perros. Salvar a los indios también consiste en romper sus refugios comunitarios y arrojarlos a las canteras de mano de obra barata en la violenta intemperie de las ciudades, donde cambian de lengua y de nombre y de vestido y terminan siendo mendigos y borrachos y putas de burdel...”

“América Latina trata a sus indios como las grandes potencias tratan a América Latina.”

Fragmentos extraídos de “Cinco siglos de prohibición del arco iris en el cielo americano”.
Eduardo Galeano.

Introducción

Con este artículo pretenderemos analizar y describir la problemática habitacional en el barrio Qom de Juan José Paso y Travesía de la ciudad de Rosario, con sus consecuencias en el proceso salud-enfermedad; así como el impacto que tuvo en la misma los

¹ Odontólogo. Concurrente de la Concurrencia de Odontólogo Generalista y de Familia entre los años 2016-2018 de la ciudad de Rosario.

distintos proyectos de reformas en vivienda y ambiente (Misión Sueños Compartidos, PLAN ABRE).

Al mismo tiempo describiremos los procesos culturales, económicos, relacionales de dinámica demográfica y exclusión que motorizan las situaciones de crisis habitacional y hacinamiento en la zona.

En función al tema a desarrollar es importante traer a colación el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional.

“Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible, ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afectan. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones.”

Las políticas económicas neoliberales desarrolladas en Argentina durante la década del 90, con alto nivel de recesión económica y consecuente desocupación, produjeron cambios importantes en el perfil socioeconómico de la población. La creciente concentración de la riqueza en grupos reducidos originó una importante brecha de desigualdades y exclusión social que repercutió fuertemente en sectores más vulnerables.

Hogares con necesidades básicas insatisfechas

Sueños compartidos, Plan Abre y la posible modificación de las condiciones de vida.

Según los datos del censo Nacional del año 2010, más del 25% de la población Qom habitaba hogares en estado de hacinamiento crítico, es decir aquellos donde hay más de 3 personas por cuarto, y una buena parte de estos no contaba con servicios indispensables para garantizar un ambiente saludable; gran canti-

dad de la población Qom (unas 400 familias en total) del barrio Travesía de la zona noroeste de la ciudad de Rosario habitaba en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Este concepto de NBI está basado en el establecimiento de umbrales mínimos de bienestar, según niveles universalmente aceptados, los cuales deben ser alcanzados a partir de la cobertura de un cúmulo de necesidades materiales básicas.

De acuerdo con la metodología censal adoptada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), se consideran hogares con NBI a aquellos que presentan al menos una de las siguientes características: - Vivienda inconveniente (NBI 1): es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento o rancho. - Carencias sanitarias (NBI 2): incluye a los hogares que no poseen retrete. - Condiciones de Hacinamiento (NBI 3): es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Técnicamente se considera que existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto. - Inasistencia escolar (NBI 4): hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela. - Capacidad de subsistencia (NBI 5): incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primario.

En misión de mejorar esta realidad y a raíz de múltiples pedidos de desalojo, los cuales generaron conflictos sociales, se realiza en el año 2010 un convenio firmado entre la Fundación Madres de Plaza de Mayo, el instituto Nacional de Pueblos Originarios, la subsecretaria de Tierras para el Hábitat Social de la Nación y la Municipalidad de Rosario para crear un proyecto bajo el nombre de Sueños Compartidos, el cual permitió una mejora cualitativa y cuantitativa para el barrio basada en construcciones (más de 250 viviendas, plazas, centros de salud, centros deportivos, comisarias, etc.) que se realizaban a través de cooperativas que se conformaban entre los habitantes del barrio, brindando cursos de oficio

para los mismos que eran quienes formaban parte del plantel de obreros en el emprendimiento.

A través de talleres de participación integral, los vecinos no solo decidieron donde vivir y el orden de prioridad de la entrega de viviendas sino también la adaptación de estas para cada familia en particular, así como la organización de demás espacios para que se adapten a las costumbres e idiosincrasia de la comunidad Qom. Por ejemplo, la construcción de patios interiores comunes a un grupo de viviendas.

En cuanto a la escritura de esas propiedades, por requerimiento de la comunidad, se concedió un dominio de propiedad comunitaria de estas obras.

Por su parte, desde diciembre de 2013 los Estados Municipal de Rosario y Provincial de Santa Fe pusieron en marcha el Plan Abre cuyo objetivo es el desarrollo de una estrategia integral y coordinada entre diversas áreas, instituciones y niveles de gobierno orientada a mejorar el hábitat, la calidad de vida y comunicación en los barrios, así como fortalecer los vínculos de convivencia y participación para revertir la crítica realidad social actual en los barrios menos integrados.

La importancia mayúscula de estas intervenciones estatales radica en que el *lugar* es entendido como la situación geográfica de ocurrencia de enfermedad en las personas en un tiempo determinado. Los grupos poblacionales a través de su accionar modifican el medio físico en interacción con otros grupos y construyen el espacio social donde habitan. Es decir, el espacio donde habitan las poblaciones es un espacio social construido a través de un proceso histórico. En este sentido el espacio es una expresión de las condiciones de vida de la población. Los determinantes involucrados en este proceso de constitución del espacio social son los mismos determinantes presentes en el Proceso Salud - Enfermedad. Estos determinantes se distribuyen de forma diferencial en el espacio, de tal forma que las condiciones de vida y condiciones de salud también tendrán una distribución diferencial que expresan desigualdades sociales y desigualdades en salud.

Constitución Nacional art. 41 establece que “Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado y

apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley. Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales. Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquellas alteren las jurisdicciones locales.

Condiciones habitacionales y proceso salud-enfermedad.

Como hemos visto el derecho a vivienda y ambiente dignos está avalado por un marco legal y político que contempla el desarrollo social y cultural de estas personas. También existe una clara *vinculación entre las condiciones del hábitat y los procesos de salud-enfermedad*. La disponibilidad de servicios, la infraestructura y la habitabilidad de las viviendas, entre otras dimensiones, constituyen condiciones necesarias para garantizar la seguridad, salubridad, comodidad y la nutrición, así como la protección contra distintos factores patógenos que pueden afectar la salud. De hecho, “el carácter social de la salud/enfermedad no se comprende en el caso clínico, sino en los modos específicos de enfermar y morir de los conjuntos sociales.

No obstante, y a pesar de las obras e intervenciones estatales, durante el periodo de mi trabajo como concurrente de la Concurrencia de Odontólogo Generalista y de Familia en el centro de salud nro. 47 “QOM” he notado que la dinámica demográfica se reflejaba en nuevas construcciones precarias dentro del barrio Travesía. La principal necesidad y preocupación de las familias continuaba rondando alrededor de la problemática habitacional, tanto por las condiciones de hacinamiento y precariedad en los hogares, así como por la regularización en la propiedad de las

tierras; evidenciándose que muchas familias vivían con miedo constante a ser expulsados de sus hogares por los propietarios de las tierras.

Esta problemática reflató durante un trabajo de investigación en el marco de la dicha concurrencia donde analizábamos la escasez de recursos con los que contaba la población de dicho barrio y como esto repercutía tanto en la salud bucal como en las intervenciones que nosotros realizábamos sobre esta población (no es la misma indicación de pautas de higiene en personas con hogares con agua potable que en personas que no poseen acceso a red de agua potable). Detectamos que si bien muchos hogares no cuentan con ciertos servicios básicos (la mencionada falta de agua, gas, cloacas, etc) el principal tema que afloraba tanto en trabajos de observación como de entrevistas no era esta escasez de recursos sino la problemática habitacional, tanto desde el punto de vista del hacinamiento como de la regularización de la propiedad de las tierras, lo que en diversas ocasiones generó tensión entre la población y autoridades estatales.

Sabemos que el hacinamiento aumenta el estrés y disminuye las defensas naturales de la gente; está íntimamente unido a las malas condiciones de higiene y la mala ventilación e iluminación de las construcciones, lo que permite la propagación de enfermedades infecciosas. Por ejemplo, una persona infectada por tuberculosis y sin tratamiento infecta a los demás miembros de su familia; lo mismo ocurre con el paludismo, que paso de ser una enfermedad rural, a ser un problema de salud urbano. También está en aumento la incidencia del dengue y de la fiebre hemorrágica, la influenza, el asma y las enfermedades diarreicas, broncopulmonares, etc. Así mismo, son un terreno abonado para las enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, se observa también un aumento en los accidentes del hogar, como caídas, golpes, quemaduras, intoxicaciones, electrocución por los cables eléctricos que son fácilmente manipulables por niños, que permanecen solos y muchas veces sus cuidadores también son niños o adolescentes.

Los niños que viven en condiciones de hacinamiento y exclusión experimentan con mayor frecuencia alteraciones del desarrollo

y problemas médicos. Los mecanismos de acción son múltiples y complejos, pero actúan en forma sinérgica afectando el desarrollo normal del niño. Algunos de los factores que afectan este desarrollo son la falta de un hogar adecuado, comida, calles seguras, plazas donde jugar, disponibilidad de escuelas, cobertura médica, acceso a juguetes y libros. Muchas de estas necesidades no están presentes desde generaciones anteriores, traduciéndose en mayor incidencia de condiciones crónicas como la desnutrición, anemia ferropénica, bajo peso al nacer, prematuridad, deserción escolar, etc.

Exclusión

En Argentina los pueblos indígenas estuvieron invisibilizados por mucho tiempo. Las causas de ello son múltiples, aunque en su mayoría convergentes: el fuerte proceso de exterminio de los grupos indígenas durante la conquista española y durante los años de conformación del Estado Nacional, la construcción de una idea de Nación donde se hegemonizó la representación de que los argentinos *bajaron de los barcos* europeos, la negación de la identidad indígena como mecanismo de autoprotección de esos grupos, la escasa presencia de programas internacionales interviniendo en la materia, y la preeminencia de estudios encuadrados en la teoría de clases que vieron campesinos en lugar de indígenas.

Octavio Paz, premio Nobel de literatura en 1999: “los mexicanos descienden de los aztecas, los peruanos de los incas, y los argentinos...de los barcos”...

Entonces, hablamos de exclusión cuando un conjunto de mecanismos enraizados en las estructuras de la sociedad provoca que determinadas personas y grupos sean rechazados sistemáticamente de la participación en la cultura, la economía y la política dominante en esa sociedad en un momento histórico determinado.

Según el autor Diego Casaravilla es posible combinar tres vertientes diversas en la noción de exclusión social. En la primera dimensión se encuentran los fenómenos tradicionalmente incluidos en una definición de pobreza en su caracterización socio-económica. Esta se vincula inevitablemente con las consecuencias de

estilos de desarrollo poco integradores, asociados con la expulsión de mano de obra, la concentración del ingreso, el crecimiento de la desocupación, la informalidad y precariedad en el empleo, la absorción desigual de costos y beneficios de los ajustes. Los resultados desorganizadores de estos procesos profundizan la ausencia o precariedad de los canales estables de integración. El segundo vector tiene que ver con la ciudadanía, o el ejercicio de derechos de tipo político en el sentido más amplio. Desde el punto de vista práctico, la exclusión implica una inhibición para el ejercicio de derechos de todo tipo: desde la protección policial, pasando por los derechos propiamente políticos (como es más visible en el caso de los indocumentados), hasta el acceso a bienes de gestión social tales como la salud, la educación o el trabajo, como ocurre en ambas situaciones. Implican subordinaciones y vulnerabilidades extremas a las decisiones tomadas por otros, ya sea el clientelismo en la gestión de la salud, o la humillación de una escuela para pobres.

La tercera dimensión se refiere al estigma asociado a la pertenencia a un grupo determinado. Hace alusión a la significación denigrante adjudicada a las características físicas, étnicas, de legalidad, origen, localización u otro tipo. El estigma derivado de la carga negativa adjudicada a una posición social segregada estructuralmente (pobre, villero, indio, cabecita negra, etc.) o al inicio de una carrera desviada (ilegalidad, delincuencia), puede potencialmente obstaculizar las posibilidades de integración a rutinas legitimadas, contribuyendo al inicio o manutención de prácticas transgresoras. Pobreza, estigma y transgresión se estimularían así mutuamente en un circuito perverso.

Dinámica demográfica

Composición familiar y fenómenos migratorios.

En cuanto a la estructura familiar en el barrio, en el Centro de Salud nro. 47 se observa que una de las consultas “no patológicas” más importantes es sobre planificación familiar. Numerosas

mujeres de un rango etario amplio (15 a 40 años) acuden al centro de salud manifestando la dificultad de quedar embarazadas. Se ha demostrado que los Qom tienen una pauta de formación familiar y de ejercicio de la maternidad que, en términos relativos, pueden ser consideradas como tempranas. Según del Censo 2010, el 30% de las mujeres Qom de Rosario de entre 15 y 19 años han sido madres. La mayoría de las mujeres de esta comunidad planean ser madres antes de los 18 años de edad consultando por métodos de fertilidad tanto a médicos de la comunidad Qom como a ginecólogos del centro de salud. Entonces, un hogar que tiene un solo jefe familiar, en pocos años puede transformarse en otro con 2 o más jefes familiares generando la problemática habitacional ya explicada.

Los casos de maternidad temprana es uno de los factores que afectan directamente la composición de hogares, también los fenómenos migratorios.

La activa dinámica demográfica tiene raíces tanto culturales como económicas, sociales y políticas; y no solo repercute en las viviendas construidas por el Estado (algunas ya en estado de hacinamiento crítico) sino que, también, en el paisaje barrial con la creación de nuevos asentamientos informales cuyas condiciones son paupérrimas con las repercusiones negativas sociales y sanitarias que esto provoca en sus habitantes

Se observa que muchas personas de la comunidad Qom, asentadas en Rosario adoptan la alternativa de la “Migración Golondrina”, que es el proceso de migración estacional o temporal de trabajadores (usualmente de Chaco o norte de Santa Fe hacia Rosario y viceversa). Este factor se suma a un fenómeno de “inmigración solidaria” el cual ocurre cuando un aborigen se instala en uno de los asentamientos y consigue mediante changas y otros trabajos dinero para traer a parte de su familia, un nuevo aborigen, pariente o amigo del primero reside en su casa hasta lograr construirse una vivienda precaria para poder recibir a su familia. Los vínculos de parentesco, compadrazgo y amistad son lazos de afianzamiento de cooperación que constituyen una estrategia de adaptación a un nuevo ámbito regional, garantizando la autorreproducción económica-social del grupo. Ambos factores coope-

ran en una redimensionalización constante del territorio, cooperando a que las viviendas otorgadas inicialmente para un número establecido de personas se conviertan rápidamente en hogares en condiciones de hacinamiento crítico.

Sin lugar a dudas para el Qom migrante es otro factor importante la presencia de familiares o miembros de la comunidad en la elección del lugar hacia donde ir para buscar un mejor futuro. Deducimos así, que la fortaleza cultural de estas comunidades, la transmisión y el ejercicio práctico de valores culturales que implican una solidaridad activa dentro del grupo y la familia han sido y son un elemento indispensable para su supervivencia. Esta conducta solidaria ha sido la única “Seguridad Social” permanente a la que ha podido recurrir el grupo. De ahí lo pernicioso para ellos de la educación escolar “blanca” y de los mensajes que transmiten los medios de comunicación masivos. Estos valores culturales históricos entonces, no solamente han permitido la supervivencia, sino también son la herramienta a partir de la cual el grupo puede desarrollarse y superar su situación actual.

Conclusión

A pesar de las más de 250 viviendas construidas y entregadas, los esfuerzos estatales por mejorar las condiciones socio-ambientales, de comunicación, de servicios y accesibilidad, lo cual generó que un importante número de personas dejara de estar excluidas socialmente, con la investigación se observa que el problema habitacional del barrio Qom está lejos de resolverse.

El concepto de equidad, desarrollado en países centrales como efecto compensador de la salida de las políticas universalistas de los modelos de Estado benefactor, resulta insuficiente para abordar situaciones sociales de nuestros países, donde no únicamente la desigualdad tiene valores extremos, sino que importantes sectores de la población a veces cercanos a una cuarta parte, está excluida. Las estadísticas tradicionales quedan inadaptadas, ya que parten del presupuesto de la existencia de diferencias estables entre los individuos y/o grupos. Resumir la resolución de un

problema de hacinamiento a la mejora de infraestructura de un barrio determinado es simplificar una cuestión que tiene múltiples condicionantes que incluso trascienden los límites provinciales. Por ende, un censo, aunque fuese actualizado, es una herramienta insuficiente a la hora de plantearse mejorar las condiciones de hacinamiento. Las Ciencias Sociales acostumbradas a contar y clasificar como forma de dar cuenta de lo social están en crisis frente a las situaciones que se plantean. Si bien numerosas familias beneficiadas lograron acceder a una mejora en su calidad de vida, tanto por la nueva vivienda, así como por las mejoras en la infraestructura barrial, la población se redimensionaliza a una velocidad que censos de años atrás quedan obsoletos como instrumento para resolver la problemática planteada.

A fin de reducir y eliminar desigualdades y exclusión social deben primar criterios solidarios que definan políticas públicas dirigidas a espacios sociales específicos, basadas en una lógica transversal donde cuente lo social, lo local y lo biográfico. Se precisa un estudio histórico/cultural y socio-económico, y un plan cuya instrumentación sea coordinada con las distintas provincias involucradas.

Resulta de vital importancia que los distintos equipos de salud estemos al tanto de esta realidad socio-cultural-económica de la población a fin de elaborar estrategias, así sean ajenas a nuestro núcleo de conocimiento específico, que sean lo más eficaces posibles a fin de realizar acciones e intervenciones tendientes a mejorar esta problemática que afecta además directamente el resultado de cualquiera de nuestras acciones. Los miembros de los equipos de salud debemos estar al tanto de los procesos históricos, culturales, económicos y relacionales que atraviesan a nuestra población a cargo a fin de poder brindarles las herramientas necesarias y los métodos más efectivos para el cuidado de su salud y la mejora de la calidad de vida.

Bibliografía

Marcio Alazraqui; Eduardo Mota; Hugo Spinelli. 2007. “El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local”.

Binstock, Georgina. Cerrutti, M. *Los pueblos indígenas en Argentina y el derecho a la educación. Los niños, niñas y adolescentes indígenas de Argentina: diagnóstico socioeducativo basado en la ECPI.*

Casaravilla, Diego; “Sobre villeros e indocumentados: hacia una teoría sociológica de la exclusión social”, (2001).

Di Virgilio, M. 2003. *Hábitat y Salud. Estrategia de las familias pobres.* .<http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf> .<http://www.cfamiliavid.org.co/index.php/consecuencias-del-hacinamiento-en-la-vida-familiar/>

Ocantos, Iris Anabel. “Migración Toba: del Chaco a Rosario. Un abordaje desde el relato de familias Qom” Tesina de Grado de 2014.

Accesibilidad y modelo de atención en contextos de encierro. La experiencia de IRAR

Analia Elba Sendra¹

“Este mundo, que ofrece el banquete a todos y cierra la puerta en las narices de tantos, es al mismo tiempo igualador y desigual: Igualador en las ideas y en las costumbres que impone, y desigual en las oportunidades que brinda”

Eduardo Galeano
“Patas Arriba”

En los siguientes párrafos, pretendemos abordar el tema de la accesibilidad desde una perspectiva de derechos, en una institución cerrada para jóvenes en conflicto con la ley. “La perspectiva de derechos en salud, hace alusión a que este es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación, es decir, todas las personas por el hecho de existir, tienen derecho a la salud”. (Ase-Burijovich 2009)

El Instituto de Recuperación del Adolescentes (IRAR) de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, es un instituto de detención de régimen cerrado, donde se encuentran alojados

¹ Odontóloga (Facultad de Odontología Universidad Nacional de Rosario-UNR) Maestrando en la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanús-UnLa). Trabaja como Jefa de Servicio de Odontología del Hospital Eva Perón de Granadero Baigorria, Provincia de Santa Fe. Ex Tutora de la Concurrencia de Odontólogos Generalistas y de Familia 2010-2013. Ex Coordinadora Provincial de Servicios Odontológicos, Provincia de Santa Fe 2014-2015. Ex Coordinadora de Salud Bucal Nodo Rosario, Provincia de Santa Fe 2015-2019. Miembro de la Asociación Santafesina de Medicina General(ASMGy F) /Federación Argentina de Medicina General(FAMG

jóvenes de entre 16 y 18 años, en conflicto con la ley. En el se imparte educación formal y no formal. Dentro de la modalidad formal, funciona un establecimiento primario y secundario, y dentro de la modalidad no formal se llevan adelante programas con el propósito de incluir a los jóvenes, con el desarrollo de distintos talleres. En este contexto, los problemas de salud que originan una demanda concreta por parte de la institución Ministerio de Salud son los problemas de salud mental y bucal que generan habitualmente situaciones de urgencias, crisis subjetiva e institucional y conflicto en forma permanente. En el caso de salud mental asociado generalmente a situaciones de abstinencia y/o crisis subjetivas, y en el caso de salud bucal urgencias vinculadas a dolores agudos propios de los procesos de patologías bucales, potenciados por la situación de encierro y de dificultad de tratamiento más allá de la medicación. Por tratarse de población adolescente, estos dos constituyen los problemas más urgentes a resolver en términos institucionales. La situación de encierro, la imposibilidad de toma de decisiones, constituyen un escenario complicado a la hora de sufrir dolor, soledad, incertidumbre. Estos jóvenes desconocen cuanto tiempo van a estar en esa institución, esto contribuye a generar una crisis que al momento de resolverlo se hacia hasta hace un tiempo atrás de dos maneras: se derivaban al hospital, cuya estrategia era la medicación y vuelta a la institución, o el traslado a una guardia para la extracción dental.

La solución a la que se llegaba tiene algo que la caracteriza: intervenciones alejadas de toda posibilidad de construcción de un proyecto terapéutico a partir de esta crisis y fundamentalmente intervenciones definidas por el sistema penitenciario, sin ninguna posibilidad de toma de decisión de estos jóvenes respecto de su cuerpo, vulnerando un derecho inherente a la condición humana: el derecho a la salud.

La dirección de Salud Bucal de la Provincia de Santa Fe, toma contacto con esta institución a principios del 2008.

Asumimos que el tema del cuerpo y lo que este significa no es un tema menor, en estas instituciones se potencia el poder

sobre el cuerpo, dejando ver resabios en el peor de los casos de la permanencia del suplicio como castigo. Foucault hace un relato de lo que significaba el suplicio, a mediados del siglo XVII-II, donde la condena era aplicada directamente al cuerpo por medio de tormentos, prácticas que con el devenir de la Revolución Francesa caen en desuso lentamente, para ir dando paso a otro tipo de castigos. Según Foucault: "No tocar ya el cuerpo, o lo menos posible en todo caso, y eso para herir en él algo que no es el cuerpo mismo. Se dirá: la prisión, la reclusión, los trabajos forzados, el presidio, la interdicción de residencia, la deportación —que han ocupado un lugar tan importante en los sistemas penales modernos— son realmente penas "físicas"; a diferencia de la multa, recaen, y directamente, sobre el cuerpo. Pero la relación castigo-cuerpo no es en ellas idéntica a lo que era en los suplicios. El cuerpo se encuentra aquí en situación de instrumento o de intermediario; si se interviene sobre él encerrándolo o haciéndolo trabajar, es para privar al individuo de una libertad considerada a la vez como un derecho y un bien. El cuerpo, según esta penalidad, queda prendido en un sistema de coacción y de privación, de obligaciones y de prohibiciones. El sufrimiento físico, el dolor del cuerpo mismo, no son ya los elementos constitutivos de la pena. El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos. Y si le es preciso todavía a la justicia manipular y llegar al cuerpo de los justiciables, será de lejos, limpiamente, según unas reglas austeras, y tendiendo a un objetivo mucho más "elevado". Como efecto de esta nueva circunspección, un ejército entero de técnicos ha venido a relevar al verdugo, anatómista inmediato del sufrimiento: los vigilantes, los médicos, los capellanes, los psiquiatras, los psicólogos, los educadores. Por su sola presencia junto al condenado cantan a la justicia la alabanza de que aquélla tiene necesidad: le garantizan que el cuerpo y el dolor no son los objetivos últimos de su acción punitiva."

Si bien el suplicio desaparece toma nuevas formas, donde el sistema de salud se constituye en "cómplice" de esas relaciones de poder.

Un abordaje diferente

Las directrices para pensar las estrategias que condujeran a modificar el modelo de atención centrado en los jóvenes y facilitar el acceso a la salud, fueron:

- Accesibilidad universal: garantizando la accesibilidad de toda la población al servicio. Teniendo en cuenta que los internos con mayores condiciones de vulnerabilidad, son quienes generalmente tienen más dificultades de acceder a los distintos espacios, sean estos culturales, educativos, etc., se contemplara facilitar el acceso a la consulta.
- Adscripción: al centro de salud más cercano al domicilio del joven, y donde podrá seguir su tratamiento al momento de su externación, este punto es flexible de acuerdo a las particularidades de cada caso.
- Vínculo: es importante establecer vínculos de respeto y confianza entre el trabajador y el joven, para garantizar el proceso de atención.
- Integralidad: además de dar respuesta a los padecimientos en salud bucal (dolor), es decir el tratamiento de la patología aguda, se pueden reforzar acciones de promoción y prevención, logrando proyectos terapéuticos consensuados.

Los objetivos planteados fueron:

- Atención en las situaciones de urgencia.
- Relevamientos para definir la situación de salud de los jóvenes.
- Priorización para la planificación de turnos y adscripción a los efectores de salud, para lograr la posibilidad de atención integral a partir de problemas de salud bucal.
- Reducción al mínimo posible de situaciones críticas ocasionadas por problemas de salud bucal.

Acciones concretas

En el IRAR, cuentan con un espacio destinado a salud, donde trabajan dos enfermeros y una médica generalista, no hay sillón

odontológico. Allí se incorporó una odontóloga, que asiste una vez por semana, realiza la detección de problemas urgentes de salud bucal, y realiza la priorización del problema y referenciación a los centros de salud y hospitales para su tratamiento, tarea nada fácil de realizar, ya que debe ser coordinado con la unidad de traslados del lugar, no debe coincidir con los días de visitas ni de talleres o clases, así como tampoco con los días de traslados a los Tribunales. En este punto queremos contar, que la idea fue referenciar a los jóvenes al Centro de Salud al que su familia está adscrita, pensando que este equipo de salud es quien luego se hará cargo de las necesidades de salud del joven al ser externado. Muchas veces, esto no es posible realizarlo así, ya que por distintas circunstancias que rodean el hecho de su detención, no es posible que vuelva al barrio, por lo tanto se plantean estrategias individuales de intervención según cada caso.

Durante la primera fase de implementación del dispositivo, se priorizó atender a los jóvenes con situaciones de urgencias odontológicas, a los fines de resolver la causa de mayor demanda institucional y que mayores conflictos internos acarreen, el dolor. Para esto, fue de muchísima importancia, respetar los lazos de trabajo ya establecidos entre internos y los trabajadores de salud que ya se encontraban desempeñando funciones en la institución (enfermeros y médica generalista).

El primer contacto entre el joven interno y la odontóloga, se llevó a cabo a través de diferentes mecanismos: se confeccionó un cronograma de turnos programados a través del relevamiento de los registros de la institución, y la atención de la demanda espontánea, es decir, los jóvenes saben el día que concurre la odontóloga, y pueden solicitar ser atendidos ese mismo día.

También es posible, que la referenciación a la odontóloga sea realizada por otros servicios de Salud (otro Hospital de la red de salud al que son llevados para la atención de otros padecimientos, así como también consultorios de especialidades de los hospitales generales: VIH, salud mental, etc)

Toda intervención realizada queda registrada en planillas, así como también en el SICAP (Sistema información centros de atención primaria), la odontóloga cuenta con una clave para acceder

a este sistema informático, y también poder hacer el seguimiento de los tratamientos que se realizan en las instituciones a las que se deriva para la atención.

Proyectos terapéuticos en situación de encierro: el caso de la salud bucal

Otra variable que nos propusimos modificar, o al menos interpelar, fue el modelo de atención en salud bucal.” Los modelos de atención en salud constituyen el resultado de los modelos de gestión, los modos de hacer política en los servicios; la manera en que se organizan los servicios; los saberes técnicos disciplinares; y el espacio cotidiano de los procesos de trabajo que definen cierto modo de realizar los actos en salud. Es en este último espacio donde se establece la relación entre trabajadores y usuarios y se concretan proyectos terapéuticos que otorgan respuestas a los problemas de salud de la población”. (Obregón A, 2012)

En este sentido, se visualizan problemas en la construcción de esos proyectos terapéuticos que pueden generar prácticas carentes de sentido de integralidad. Fundamentalmente debido a que muchas veces, no se tiene en cuenta el “deseo” del joven, y se siguen protocolos de lo que “debería ser”. La mayoría de las veces, las demandas estéticas, superan en número a las prácticas que el odontólogo cree conveniente realizar. Tal vez creemos importante realizar una exodoncia, cuando la necesidad subjetiva de un arreglo estético o una corona metálica, es lo que esa persona requiere. Aquí es donde entra en juego la importancia del vínculo entre el trabajador y el usuario, y la construcción de un proyecto terapéutico consensuado, y en el caso del odontólogo, el horizonte a seguir es el de la clínica ampliada.

Sabemos que los problemas de salud bucal, afectan a la mayoría de la población, pero en el caso particular de las personas privadas de la libertad, quienes no están en condiciones de decidir por sí mismos como, cuando, donde y con quien solucionar sus padecimientos, este problema constituye un factor más de exclusión social, sumándole a todo esto la especificidad técnica del pro-

ceso de atención en salud bucal que la mayoría de las veces tiene mucha dependencia a ciertas tecnologías duras, para lograr un efectivo alivio y cura de la patología instalada.

Aquí, los proyectos terapéuticos, están determinados por diversos factores, entre ellos las diferentes lógicas de organización de los servicios de salud bucal, las determinaciones propias del sistema judicial y penitenciario (permisos y traslados) prejuicios entre los integrantes de las instituciones de salud respecto de las personas privadas de la libertad.

Las instituciones carcelarias cerradas no responden a las necesidades de salud, tal vez a otras, pero no de salud. Se pierde toda posibilidad de establecer lazos significativos, sin esto se corroe toda posibilidad de construcción de subjetividad.

Según Goffman, las instituciones totales, son lugares donde el sujeto “duerme, juega, trabaja”, en un mismo espacio, bajo una misma autoridad, con un mismo grupo de personas, supuestamente bajo un plan racional. Hay un otro, que decide que come, cuando duerme, cuando trabaja, que hacer con sus padecimientos y su dolor. Aquí, cualquier manifestación de disconformidad es percibida como una rebelión, un desacato a la autoridad. Los tratamientos tienen la finalidad de tener control sobre el cuerpo del otro, y eso no tiene nada que ver con la terapéutica. Las personas aquí son despojadas de sus pertenencias, se borran sus insignias identificatorias, todo lo que uno representa frente a los demás (ropa, cabello, pertenencias), hay una pérdida del pudor, ya que son observados todo el tiempo como un panóptico, todo esto constituyen mutilaciones al yo.

A modo de cierre

Con todo esto, y siendo concientes que el ejercicio pleno del derecho a la salud, se encuentra muchas veces limitado por circunstancias macro, creemos que como agentes de la salud, es nuestro deber facilitar el acceso de las personas que transcurren sus vidas en estas instituciones, garantizando el acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria,

ideando estrategias y dispositivos que velen por el cuidado de estas personas y sus cuerpos, que ya han sido privados del derecho a la libertad, donde otros toman decisiones sobre su devenir, su atención médica, etc. Creemos que “un derecho que no cuente con mecanismos que hagan posible su ejercicio y exigible su protección, es un derecho incompleto”.

En estas instituciones cerradas, se hacen evidentes las relaciones asimétricas, donde frecuentemente se presentan violaciones a los derechos humanos referidos al trato que le confiere el sistema de salud a la población allí cautiva. Ese trato, que debería ser digno y respetuoso, se transforma en asimétrico, autoritario y paternalista. Garantizar la atención, la privacidad, a autorizar los tratamientos sobre la base de la información previa, podría producir cambios en estas relaciones promoviendo un trato menos asimétrico y más democrático.”(Ase-Burijovich 2009).

En Argentina, el derecho a la salud se encuentra regulado por la Constitución Nacional, en su artículo 75 inciso 22, que incorpora los documentos internacionales en materia de derechos humanos, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Por su parte, la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad N° 24.660, establece en su artículo 143 que “el interno tiene derecho a la salud deberá brindársele oportuna atención médica integral, no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescriptos. Los estudios, diagnósticos, tratamientos y medicamentos indicados, le serán suministrados sin cargo”

Lo novedoso del abordaje integral en materia de políticas sanitarias para los jóvenes privados de la libertad, radica fundamentalmente en la responsabilidad asumida y compartida por los Ministerios de Justicia y Salud, que permite la atención de los padecimientos y el seguimiento de los procesos de atención-salud-cuidado, en un medio cerrado como es la prisión. De este modo, el Estado se transforma en garante del efectivo cumplimiento del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.

Los principios generales que las leyes desarrollan y protegen son:

- El derecho a la asistencia sanitaria.
- El respeto a y la protección de la dignidad e intimidad de las personas.
- La obligatoriedad, con carácter general, del previo consentimiento de las personas para cualquier actuación médica que los afecte.
- El respeto a la autonomía personal en la toma de decisiones de las personas competentes en un doble sentido: el derecho de un paciente a decidir libremente tras ser adecuadamente informado, y el derecho de cualquier paciente a negarse a un tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley.
- La obligación de los profesionales de cumplir con unos deberes de información y documentación clínica
- El derecho a la confidencialidad y reserva de los datos de la historia clínica.

Muchas veces el ejercicio de estos derechos por parte de los jóvenes privados de la libertad, y su protección, se contraponen con múltiples factores como las obligaciones de las instituciones penitenciarias (traslados al juzgado, requisas, aislamientos, tratamientos forzados, rechazo al tratamiento, imposibilidad de los jóvenes de elegir el profesional, etc.)

En función de lo expuesto, resulta fundamental, diseñar un modelo de organización y funcionamiento, que facilite y potencie la creación de canales de enlace, intercambio y articulación entre el odontólogo del Servicio y los distintos niveles de la red de atención disponibles.

Bibliografía

-Formato Documento Electrónico(APA)

Arcuri, D.. (2010). Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(2), 21-26. Recuperado en 29 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010000200003&lng=es&tlng=es

-Ase/Burijovich. La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud colectiva, Buenos Aires 2009.

-Formato Documento Electrónico(APA)

Bellver Capella, V.. (2007). Ética, salud y atención sanitaria en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(1), 01-03. Recuperado en 29 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202007000100001&lng=es&tlng=es

-Constitucion Nacional Argentina(online),1994 Ag 22{citado 2010}: Disponible en http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo_1.php

-Electronic Document Format(APA)

Franco, Túlio Batista, Bueno, Wanderlei Silva, & Merhy, Emerson Elias. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019->

-Foucault, Michel. *Vigilar y Castigar*. Nacimiento de la prisión. México: Editorial Siglo. Veintiuno, 2000

-Formato Documento Electrónico(APA)

García-Guerrero, J., Bellver-Capella, V., Blanco-Sueiro, R., Galán-Cortés, J.C., Mínguez-Gallego, C., & Serrat-Moré, D.. (2007). Autonomía y pacientes reclusos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 47-52. Recuperado en 29 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202007000200004&lng=es&tlng=es.

Goffman., & Oyuela Grant, M. A. (2009). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales / Erving Goffman* (2a. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

-Electronic Document Format(APA)

Menéndez, Eduardo L.. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênci a & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Obregón, A.” Proyecto terapéutico: la mirada de los trabajadores en Salud Bucal” Tesis de Maestría en Políticas y Gestión de Salud, Europa-América Latina. Universidad de Bologna, Sede Buenos Aires. 2012.

¿Y todo esto merece la pena?

Evelyn Capoulat¹

*A las que buscan
aunque no encuentren
a los que avanzan
aunque se pierdan
a los que viven
aunque se mueran.*

Mario Benedetti

El actual, Hospital Geriátrico, surge sobre fines del siglo XIX, como respuesta a situaciones de exposición e inseguridades públicas, en el momento en que Rosario deja de ser villa, para convertirse en un puerto de envergadura. La situación social obligo a las autoridades a intervenir en situaciones consideradas de riesgo colectivo. Se establecieron normas municipales que impedían el descanso y permanencia de personas en lugares inapropiados, también se crearon ámbitos específicos para la estadía de estas personas que, al carecer de sostén, se exponían en lugares públicos.

En 1888, la Sociedad de Beneficencia de Rosario, propone brindar amparo a enfermos mentales crónicos, y a los mendigos sin hogar, considerados los seres mas infelices y desheredados de la vida, mediante la creación del Asilo de Mendigos y Dementes del Sagrado Corazón de Jesús, cuyo fin era amortiguar los efectos de la pobreza y poner de manifiesto la buena voluntad individual, las virtudes y valores religiosos, lo que evidenciaba sensibilidad social, y cuotas de altruismo reconocidos socialmente. (Fleitas, 2010, p 214).

¹ Odontóloga, Concurrente 2008-2010. Tutora de Concurrencia Odontología General y de Familia 2010-2015 Gerontología Hospital Geriátrico Provincial de Rosario. Docente Cátedra Odontología Social II FOR. UNR.

Después de diversas refacciones arquitectónicas, en 1943, el Asilo de Mendigos pasó a llamarse Hogar de Ancianos. En 1948, se establece el Decálogo de los Derechos a la Ancianidad. En 1950 el Hogar de Ancianos pasó a ser administrado por el gobierno de Santa Fe.

En la actualidad, la Sociedad de Beneficencia de Rosario mantiene el hospital, que es alquilado a un costo simbólico al gobierno de Santa Fe, y trabaja en conjunto con las autoridades provinciales para resolver problemas materiales y edilicios en la institución.

Envejecimiento poblacional

El envejecimiento y el aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad. La disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la supervivencia hasta edades más avanzadas son las causas del envejecimiento de la población. La cantidad de personas de 60 años o más que viven en América Latina y el Caribe aumentará de 42 millones en el año 2000 a 100 millones en el 2025.

La explosión demográfica del siglo XX abre paso, en este siglo, a la “implosión geriátrica”. Dicho en otras palabras, la población geriátrica está creciendo vertiginosamente en las últimas décadas. Entonces aparecen estas preguntas: ¿Quién va a cuidar a tantos pacientes Adultos Mayores? ¿Como va a organizarse el sistema de salud para dar respuesta a las nuevas necesidades? ¿Qué se puede hacer para mantenerlos lo más independientes que se pueda?

La preocupación por la atención de las personas mayores surge bastante tempranamente en la historia institucional argentina, es así, que se visibiliza la ideología que subyace de la vejez, enmarcada en el modo de organización de la protección social.

El Estado argentino del siglo XIX abordará los problemas sociales a través de la beneficencia pública destinada a la transformación de los sujetos de acuerdo a los preceptos morales del orden moderno, desconocerá las particularidades de la vejez y organizará un dispositivo para la segregación de las personas adultas mayores y de todos aquellos considerados improductivos en el capitalismo naciente.

Los adultos mayores se encuentran al margen de sistema productivo, siendo considerados una carga social y objeto de políticas públicas.

Con el pasaje de un Estado liberal a un Estado con mayor intervención social se implementan los derechos sociales (Dabove, 2005). Es así, que en Argentina la promoción del pleno empleo fue una de las principales líneas de la política estatal. Así las personas mayores quedarán protegidas por el estado en base a su condición de trabajador.

Durante el primer gobierno del presidente Juan Domingo Perón se establecieron los Derechos de la Ancianidad, los diez derechos contemplados- a la asistencia, la vivienda, la alimentación, el vestido, la salud física, el cuidado de la salud moral, el esparcimiento, el trabajo, la tranquilidad y el respeto- fueron incluidos en la Constitución Nacional mediante la Asamblea Constituyente reformadora de Marzo de 1949.

En este marco, Argentina fue el primer país en el mundo en declarar los Derechos de la Ancianidad.

Asimismo, para los adultos mayores en este contexto, la jubilación implicó por un lado el derecho al reposo remunerado y por otro lado se lo considera un mecanismo de expulsión del mercado de trabajo, por lo que la ayuda social del estado llegara mediante lugares de internamiento (Hospitales , asilos de ancianos) y distribución de subsidios.

El Estado neoliberal presentará en su modo de organización el dispositivo estatal de cuidados de larga estadía el cual reflejará, la tensión entre el reconocimiento del enfoque de derechos al interior de la vida institucional y la oferta de este dispositivo para quienes no son capaces de proveerse por sí mismo los bienes y servicios que circulan en el mercado.

Este dispositivo asistencialista configurado ahora con la inclusión del saber especializado de la medicina geriátrica, da cuenta del reconocimiento de la vejez, en esa época y la necesidad de que la misma requiere un tratamiento particular.

La imagen en este contexto social es de la vejez como dependencia, resultado de una connotación negativa sobre las personas adultas mayores y sobre los asuntos de la vejez, plasmándose esto

en la agenda política actual nacional e internacional.

En este contexto y teniendo en cuenta que en el envejecimiento de la población además, participan determinantes vinculados con los perfiles epidemiológicos y demográficos, toma relevancia la discusión del modelo de atención asilar/institucional.

Cultura /Vida Institucional

La internación en instituciones estatales es la consecuencia de un complejo de determinaciones sociales y políticas que arrastran al adulto mayor hacia los márgenes del conjunto social y definen los escenarios en las instituciones y los resultados que esto tiene en el modo de atención de los pacientes geriátricos.

Estas instituciones para mayores son instituciones “totales” que funcionan como un lugar de residencia y trabajo donde un número grande de personas mayores en más o menos igual situación viven aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo hasta que sobreviene la muerte y, mientras tanto, comparten una rutina diaria administrada formalmente. (Goffman, 1972, p. 13).

La “institucionalización” de la vida, puede verse reflejada en el ordenamiento de las actividades de la vida diaria, reguladas por el tiempo, orientadas con los horarios de comida. El paciente- residente, se va transculturalizado dentro de los códigos de la institución generando por un lado la adaptación dentro de dichos códigos pero ocasionando al mismo tiempo e inevitablemente una progresiva “institucionalización – cronificación.

Actualmente en el Hospital Geriátrico, según datos del servicio de estadística, hay 178 pacientes internados, distribuidos en 9 salas y una sala de Cuidados Paliativos (UCP).

Su atención, durante su estadía (internación) en sala, va a estar a cargo de un médico, un enfermero/a jefe de sala, y 2 o 3 enfermeros (personal permanente de la sala).

Luego de realizada la historia clínica, (ficha de ingreso) el médico a cargo del paciente es quien solicita las diferentes interconsultas en tanto considere que el paciente las necesita.

En la medida en que cada especialista se encarga de una parte de la intervención- sea diagnóstico o terapéutica- ninguno podrá, en teoría, ser responsabilizado por el resultado global del tratamiento. Cada uno se siente responsable por hacer aquello que está ligado a su propia área técnica o especialidad.

En este modo de organización, se refleja la fragmentación del sujeto enfermo, se produce una distorsión en el objetivo que se propone que es la producción de salud en un sujeto de derecho.

La Integralidad como recurso terapéutico en la institución

El caso de la Salud Bucal

El Hospital Geriátrico no contaba con servicio de odontología hasta el año 2012 donde se instala el consultorio dentro del hospital. Se diseña un proyecto de atención para los pacientes adultos mayores del hospital, cuyo fundamento es: Resignificar la atención de la salud bucal como componente de la salud integral de los pacientes adultos mayores proporcionando métodos y estrategias de intervención necesarias para la prevención reparación y rehabilitación oral.

La salud bucal representa un factor decisivo para mantener una buena calidad de vida, este nuevo proyecto de atención odontológica para la población del hospital se basa, en la planificación de acciones con los profesionales de la salud (médico geriatras, cardiólogo, neurólogo, psiquiatra, psicólogo) y personal no médico (trabajador social, musicoterapeuta) permitiendo una atención integral y no solo al aspecto bucal.

La atención de la salud bucal está destinada para pacientes de 65 años y mayores y personas de cualquier edad cuyo estado físico signifique procesos degenerativos e inhabilitantes para desarrollar actividades de la vida diaria., teniendo en cuenta aspectos psicosociales, gerontológicos y médicos que acompañan el proceso de envejecimiento y son propios de esta etapa de la vida.

La salud del adulto mayor se mide siempre en términos de función. El modelo de atención centrado en el adulto mayor, (De

SousaCampo, 2001) adopta actitudes terapéuticas diferenciadas, con utilización de medidas adaptadas a las características del paciente, evitando los encarnizamientos diagnósticos y terapéuticos. Desde el Servicio de odontología del hospital geriátrico se pretende contribuir a un cambio en el enfoque de la intervención gerontológica, situando en el centro de atención a la persona mayor, permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada uno de los pacientes.

En todos los contextos en los que se brinda acciones de asistencia se construye una relación que va más allá de lo técnico-científico constituyendo ese “encuentro” en un hecho socio cultural.

En este modelo, las tareas profesionales implican además de la atención, el acompañamiento y el apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria y el desarrollo de proyectos vitales.

Objetivos específicos de la Intervención

- Realizar el diagnóstico de la población a cargo
- Evaluar cantidad de pacientes con patologías previas aquellos que tienen movilidad propia (deambula) aquellos pacientes que no tienen movilidad (en cama)
- Planificar los procesos de atención en salud bucal acorde a necesidades clínicas y sociales
- Incorporar los cuidados bucales a las actividades de la vida diaria de los pacientes
- Resolver los problemas de salud bucal en los diferentes niveles de complejidad
- Consolidar un equipo de referencia responsable de los procesos de atención odontológica.

Acciones a nivel individual

- Higiene oral diaria supervisada garantizando el acceso al cepillo, buches antisépticos y pasta fluorada.

- Evaluación de la dieta
- Proyecto terapéutico acorde a enfermedades preexistentes y su agravamiento a nivel bucal (HTA- DBT - Obesidad- Cáncer)
- Diagnóstico y evaluación de pacientes con prótesis dental, control en los que poseen prótesis y exámenes periódicos para evaluar lesiones precancerosas.

Acciones a nivel colectivo

- Tienen como objetivo el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud y activo con la población a cargo.
- Talleres de salud bucal
- Participación en actividades recreativas propuestas por la institución
- Taller para higiene de prótesis
- Taller de cepillado, adaptado a la motricidad de cada paciente

Acciones a llevar a cabo por salas

- Examen clínico odontológico /diagnóstico
- Incorporación de ficha odontológica a historia clínica médica de cada paciente
- Determinar las necesidades de tratamiento de la población:
- Pacientes con posibilidad de rehabilitación protésica
- Pacientes con patología periodontal
- Pacientes con actividades de caries
- Pacientes con alto riesgo periodontal y/o cariogénico

Un modo de hacer las cosas

Los proyectos se deben traducir en actos, es por eso, que el siguiente relato de algunos casos singulares muestra el modo de relacionarnos con sujetos concretos, y abordar los problemas de salud bucal que ellos padecen.

La paciente M. de 77 años de edad, soltera sin vivienda propia ni familia continente ingresa a la institución con un cuadro de depresión y dolor articular habiendo estado internada en un hospital polivalente por cuadro de hemorragia digestiva por abuso de aines, ya que la paciente ex profesional de la salud (enfermera) se automedicaba por su artritis reumatoidea.

M. padece inmovilización total de su miembros inferiores y parcial de sus miembros superiores lo que lo genera una dependencia para casi todas las actividades de la vida diaria (AVD), su alimentación, su higiene personal.

Se comenzó con su tratamiento de rehabilitación oral (prótesis dentales en ambas arcadas), lo que implicaba coordinar visitas al consultorio, siempre con acompañamiento, en los diferentes encuentros, M. manifestaba que “le costaba mucho levantarse”, pero que hacía bastante tiempo que deseaba tener sus dientes para poder “salir”, ese salir en ella se acompañaba de lagrimas en sus ojos, y una mirada perdida unos minutos de silencio, se emocionaba.

Comenzó con fisioterapia, tratamiento antidepressivo coadyuvante del tratamiento del dolor crónico.

Luego de un año restablece vínculo con sus amigas de trabajos anteriores se ha incluido a talleres diversos: radio, taller de lectura, lo que ha contribuido a suspender su tratamiento terapéutico de antidepressivos.

M. ha aceptado la institución no como lugar de paso, sino, como su propia vivienda. Las instituciones son complejamente habitadas, pero, para ella los días en la institución, tienen un sentido, los vínculos construidos le dan valor y definen las diferentes acciones que realiza diariamente.

M. G. es una joven de aproximadamente 45 años de edad, es analfabeta, en el momento de ingreso a la institución no se comunicaba. Durante muchos años no tuvo diagnóstico, las pocas intervenciones clínicas que tuvo fueron producto de acciones esporádicas derivadas del lazo personal de algunos de los médicos que allí trabajan. Al no tener DNI, le era negada la posibilidad de interconsultas externas.

Cuando se instaló el servicio de Odontología en el hospital, al momento de realizar el relevamiento de todos los pacientes in-

ternados la médica de sala, hace mucho hincapié en la necesidad de atención de la salud bucal de M. G. presentaba múltiples restos radiculares con infección bucal.

Me comienzo a relacionar con M. G. todas las mañanas pasaba por el comedor, a saludarla, le explicaba quien era, “soy la dentista”, la acompañaba junto a una enfermera en su higiene diaria, ya que presentaba dificultad para caminar y en sus articulaciones de las manos. Después de un tiempo, logramos trasladarnos con M. G. a otro servicio para su atención.

El viaje en ambulancia tenía su particularidad, doblábamos, yo le avisaba “llegamos”. Fueron bastantes viajes, el último viaje, ella al doblar, me señaló la ventanilla. Yo, le sonreí, si “llegamos”.

Después de unos meses, M. G. tuvo sus prótesis, comenzó tratamiento fonaudiológico, porque además de no hablar tenía alteraciones en la deglución.

Cada vez que voy a la sala, la voy a ver, me ve llegar y señala: TISTA!! sí, para ella soy “Dentista”, como le dije la primera vez que la vi.

El paciente R. permanecía sentado en la sala cerca de la ventana que da al jardín, después de realizar el relevamiento de toda la sala, él nunca quiso que lo revisara. Yo en ese momento decidí dejarlo para lo último. Nunca me había detenido demasiado en la situación, hasta el día en que decidí ir específicamente para relacionarme con el paciente. Llegue una mañana después del desayuno, me senté junto a él y le explique porque quería realizarle la revisión, que yo ya había hablado con su médico tratante, quien también, me había sugerido en anteriores oportunidades que necesitaba tratamiento. Antes de que pudiera decir algo, me mira, hace un silencio profundo, “La boca es un lugar muy íntimo para mostrárselo a cualquiera”, doctora.

Lo mire, me quede en silencio, le respondí: “sabe que si...”; él me dijo: “igual hable con la enfermera ella me ayuda con mis cosas”.

Antes de retirarme, le dije que se quedara tranquilo, que acordaríamos las acciones para su higiene, con la enfermera.

V. no vive en el hospital, solo viene a atenderse, con los diferentes especialistas por consultorios externos, padece de esquizofrenia. Su médica psiquiatra es quien por pedido de él me solicita una evaluación. Él, llega a la primer consulta, en donde solo nos tomamos tiempo para conocernos, hacia mucho tiempo que no iba a un consultorio odontológico, con su hablar pausado, pensativo, me manifiesta “que tenía miedo, que le era muy difícil mostrar su boca”. Hablamos bastante, me hizo muchas preguntas, le explique únicamente lo que él me pidió.

Después de varios meses, logramos hacer todas las diferentes intervenciones (exodoncias, tratamiento periodontal, tratamiento de rehabilitación oral) que el necesitaba.

Cada nueva consulta era programada teniendo en cuenta un horario por la mañana, ya que V. tomaba medicación psiquiátrica. Siempre al abrirle la puerta, yo lo primero que le decía: Hola V. como estas?, el siempre me respondía : -“de la boca bien”.

Para una practica especifica, le explique a V. que íbamos a necesitar hacer una interconsulta con otro profesional en otro efector de mayor nivel de complejidad, yo le sugerí acompañarlo, el me agradeció pero prefirió ir solo.

Cuando nos volvemos a ver, le pregunto como le había ido, como se había sentido, hizo un silencio, me miro; y me dijo: “el tratamiento me quedo perfecto, pero no me preguntaron mi nombre”. En ese instante entendí, el “valor” que él le daba a cada uno de nuestros encuentros, pero sobre todo al momento de abrir la puerta y saludarlo.

Reflexiones finales

El miedo a la vejez, nos pone de un empujón frente a lo que somos y hemos sido, frente a lo que hemos dejado de ser y frente a lo que seremos, sin saber, finalmente, si somos el producto de nuestra biografía, o una biografía que no se completa hasta el final.

La construcción de un modelo integral centrado en las personas adultas mayores, con dispositivos horizontales y participativos ayu-

dara a la interdependencia y al reconocimiento de las personas como titulares del derecho al cuidado y al cuidado como un derecho.

Se trata de construir sentido a la salud y al propio proyecto de vida que el paciente, en su relato encuentra.

Bibliografía

Campos G., (2001) “*Gestión en Salud. En defensa de la vida*”, Lugar Editorial, Buenos Aires

Correa Luna, C. (1925) *Historia de la Sociedad de Beneficencia* Tomo II. Talleres Gráficos del Asilo de Huérfanos. Buenos Aires.

Fleitas, M. (2010). “De la Caridad a los Derechos: Historia del Hospital Geriátrico de Rosario (1889- 1955)”, *Revista IV Jornadas de Ciencia y Tecnología*, UNR, Rosario, pg 214-216

Golbert, L. (1991). *El bienestar de los Ancianos: un problema para la seguridad social*. Centro Editor America Latina. Buenos Aires

Golbert, L. (2010). *De la Sociedad de beneficencia a los Derechos Sociales*. Ministerio Trabajo, empleo y seguridad social. Buenos Aires

Ramacciotti, K, (2009) “*La Política Sanitaria del Peronismo*”, Biblos, Buenos Aires

Stolkiner, A. (2010). Derechos Humanos y derecho a la salud en America Latina: la doble faz de una idea potente. *Revista Medicina Social* Vol. 5 (1) 89-95

Decreto N° 32.138/48 Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, Buenos Aires , 1948

Participación comunitaria como factor determinante del acceso a los servicios de atención primaria de salud

Muriel Pérez¹

“Herman@s, compañer@s científic@s, nosotras, nosotros pensamos que la ciencia en sí es una serie de conocimientos que podría ayudarnos a desarrollar un sistema más humano, donde nuestros sueños de unidad y conservación de la madre tierra y los seres vivos sean posibles. Entonces ¿sus sueños, sus conocimientos, su ciencia, caben en el mundo de la opresión?, ¿en el despojo, en el horror, el miedo y el exterminio de la vida, caben ahí sus sueños?, ¿creen ustedes que la ciencia se puede humanizar colectivamente con los pueblos del campo y la ciudad?”

Sup. Galeano. “Algunas Primeras Preguntas a las Ciencias y sus Conciencias.”

26 de diciembre del 2016.

Desde el año 2015 a 2017, asistí como concurrente al Centro de Atención Primaria en Salud N°13 “Fonavi”, ubicado en el Distrito Oeste de la ciudad de Rosario, en Av. Rouillon 3671. Este escrito forma parte de mi trabajo final de producción de conocimientos de la Concurrencia en Odontología General y de Familia, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Durante los dos años de trabajo en este CAPS, pude observar y detectar algunos aspectos que me interesaba indagar en profundidad. Uno de ellos estaba influenciado por mi participación en organizaciones sociales populares que trabajábamos en barrios de la ciudad de Rosario y nos nucleábamos en la Asamblea por los Derechos de la Niñez y la Juventud. En este recorrido empecé a

¹ Trabajadora de salud pública en Centro de Salud N19. Odontóloga, UNR. Concurrente Cohorte 2015-2017. Tutora de concurrencia cohorte 2019-2021.

entender el cotidiano de miles de pibes y pibas que encontraban limitaciones en el acceso a la salud pública.

Por primera vez, yo formaba parte de una institución de salud pública y empezó a aparecer el término “accesibilidad”. ¿Qué pasaba con estos/as pibes/as que vivían enfrente, al lado, a la vuelta de centro de salud pero no llegaban nunca? ¿Por qué no llegan los que no llegan? ¿Qué estábamos haciendo como trabajadores/as del Estado para que su derecho al acceso a la salud esté garantizado? ¿El ingreso a un circuito institucional ES garantizar salud o la salud es algo mucho más amplio? Todas estas preguntas surgían en el trabajo cotidiano adentro del centro de salud pero también afuera, y las respuestas ciertamente no podía encontrarlas adentro del consultorio.

Para comprender mejor esta realidad, fue importante pensar los problemas e intervenciones desde un paradigma de derechos, pensando el acceso a la salud como un derecho fundamental de los pueblos y repensando constantemente lo que entendemos por salud en las diferentes coyunturas, individualidades y también de manera colectiva.

Accesibilidad, salud y participación comunitaria

El concepto de accesibilidad comienza a ser muy utilizado en América Latina a partir de los años 60. Ante el avance del socialismo, los gobiernos comienzan a precipitar políticas de “desarrollo social”, y toman este concepto como *la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población*.

“El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva.” (Comes, 2007).

Me interesa partir de este concepto de accesibilidad, dejando de lado la concepción de la misma como un proceso estático,

Participación comunitaria como factor determinante del acceso a los servicios de atención primaria de salud

únicamente dependiente de la falta de barreras geográficas o administrativas para la llegada y circulación de los sujetos por el sistema de salud; sino entenderla como un proceso socio-cultural, y como todo proceso de este tipo, dinámico; en el cual los participantes, tanto el equipo de salud (y dentro de este considerando las características de la gestión) y la comunidad generan espacios de encuentro/desencuentro. Por tanto la accesibilidad se constituye como una cuestión relacional.

Al hablar de “cuestiones relacionales” se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población. Los y las trabajadores/as de salud como nexo entre los servicios y la comunidad y su forma de organización puede determinar el grado de participación que se le otorga a la comunidad en las decisiones y actividades del centro de salud.

La posibilidad del centro de atención primaria como institución y sus trabajadores como vínculo relacional con la población de generar dichos encuentros a través de las prácticas diarias y los discursos, será un determinante fundamental en la inclusión o exclusión del sujeto a lo que es el ejercicio de uno de sus derechos fundamentales: el acceso a la salud pública, universal, gratuita y de calidad.

Alicia Stolkiner retoma la noción de vincularidad y de construcción de accesibilidad y plantea que esta definición parte de la consideración de Bordieu que plantea que las ciencias sociales son ciencias relacionales (Bourdieu Pierre y Wacquant L J D, 1995). En un artículo publicado en el año 2004, Stolkiner define:

Se incluye en esta mirada el hecho de que son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.

Partiendo de estos supuestos, la accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que sería necesario investigar, es decir, en la posibilidad de acceso a los servicios de salud los sujetos y los mismos servicios reproducirían saberes construidos, sentires, percepciones, representaciones. Se entiende a la subjetividad humana

como una dimensión de la complejidad del hombre, que ha sido construida a lo largo de la vida y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, al mismo tiempo que de la historia, que de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, que de la clase de pertenencia, que de la étnias, que de modos de disciplinamiento, etc. Es decir es producto de la multidimensionalidad del sujeto humano. (Stolkiner, A. 2004. p.137).

Luego de definir desde donde pretendo mirar el concepto de accesibilidad, resta pensar que concepto de salud va a guiar el análisis de esta situación.

El Dr. Floreal Ferrara cita la definición de salud adoptada por un grupo de trabajo barrial “como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida”.

A partir de este concepto, considero a la salud no solo como la capacidad de lucha sino también la capacidad de elección. Un ejemplo cotidiano en odontología es la diferencia entre lo que el profesional considera prioritario resolver (por ej. una caries en un molar) contrapuesto a lo que el paciente valora como prioritario (ej. ausencia de una pieza dentaria anterior que dificulta su vida social). En esta situación, cobra especial relevancia la posibilidad que se le otorga al paciente para elegir, de manera informada y en base a sus deseos y tomar una decisión sobre su tratamiento.

Al extrapolar el concepto de “capacidad de lucha y elección” al ámbito institucional, es imposible pensar el desarrollo de políticas públicas de salud sin la participación activa de la comunidad.

La participación comunitaria es una forma de democratizar la salud. Democratizar equivale a igualar(...) Se tiende a democratizar las relaciones humanas cuando se procura que el trato interpersonal sea llano, ajeno a las asperezas emergentes en los desniveles de status y de poder. Se reformula la relación médico-paciente en términos de mayor horizontalidad, de colaboración; se extiende la noción de trabajo en equipo con ruptura de barreras burocráticas y jerárquicas. (Weinstein, L., 1978)

Por ultimo tomaré en cuenta el concepto de educación liberadora definida por Paulo Freire como “un proceso de renovación

Participación comunitaria como factor determinante del acceso a los servicios de atención primaria de salud

de la condición social del individuo, considerando al sujeto como un ser pensante y crítico, reflexionando de la realidad que vive”. Esta forma de construcción comunitaria contiene de forma explícita e implícita, los siguientes elementos:

- I) conocimiento de la realidad concreta a través de la reflexión y el dialogo, con vistas a encontrar soluciones a los problemas colectivos que afectan a la calidad de vida de las poblaciones
- II) formación de una conciencia crítica y actitud reflexiva de los sujetos sociales, orientada a generar cambios en sí mismos y en su entorno
- III) valorización de experiencias personales y de los saberes populares en la elaboración de nuevos conocimientos.
- IV) reconocimiento el derecho del otro/a a hablar, a oír y ser oído, de participar, de tomar decisiones y de accionar como legítimos sujetos de su historia,
- V) el desarrollo de la tolerancia en la convivencia democrática con personas de expresión cultural heterogénea, respetando los parámetros de igualdad y justicia. (Freire, P.,1969).

Con este trabajo busque cuestionarme como trabajadora de atención primaria la forma en que las instituciones se relacionan con los sujetos y la comunidad, tanto con aquellos que forman parte del centro de salud, como aquellos que por distintos motivos no llegan, indagando sobre los espacios existentes o no de participación comunitaria y que influencia tienen estas construcciones en el acceso efectivo de los sujetos a los servicios de atención primaria de salud como forma de democratización de la salud.

Lo instituido y la posibilidad de lo instituyente

Para poner en contexto el territorio en cual aparecieron estos interrogantes, el centro de salud N 13 tiene como área de influencia al barrio “Fonavi”, “Moderno” o barrio “Triangulo” (denominaciones dadas por los vecinos), un extenso barrio de la zona sur de la ciudad, donde predomina el complejo habitacional “FONAVI” y otras áreas de asentamientos irregulares. Este barrio cuenta con cuatro escuelas publicas, en una de las cuales surge el

disparador para comenzar a indagar en la problemática del acceso a la salud de los/as niños/as y jóvenes.

Me interesó conocer la percepción de la comunidad en cuanto a la accesibilidad. Esta inquietud surge a partir de una charla espontánea con una docente de la Escuela 1385 (ubicada en la calle Dr. Riva 5740, en el área de influencia del centro de salud²), quien plantea que la mayor parte de sus alumnos tiene historia clínica en el centro pero no concurren y suelen presentar odontalgias y otros problemas de salud bucal. A partir de esto, decidimos realizar en la escuela un taller con los/as niños/as, donde participaran también madres y padres. Dicho taller, enmarcado en la Planificación de Actividades Colectivas³ se desarrolló con gran concurrencia de adultos/as. Posterior al trabajo con los/as niños/as, formamos una ronda de charla con los mayores donde se intercambiaron conocimientos de salud, y se abordó específicamente las inquietudes o limitaciones de las familias respecto a la accesibilidad a los servicios de atención primaria, siendo el hecho más mencionado, los inconvenientes para conseguir un turno. Al indagar sobre esto, los motivos fueron diversos: desconocimiento de la organización y horarios de atención, imposibilidad de acudir en el horario estipulado, necesidad de concurrir más de una persona en familias numerosas para poder conseguir más de un turno, entre otras.

Esta situación constituyó el punto de partida del análisis, pero me interesa no limitarlo a la organización de turnos sino pensar en la accesibilidad y la participación comunitaria como uno de los pilares para el ejercicio del derecho a la salud.

Al entender que esa dificultad en el acceso a turnos está determinada en parte por un modo de organización, que quizá sólo tenía la perspectiva de los/as trabajadores/as del centro de salud,

² Por área de influencia de un establecimiento de salud entendemos al área geográfica cuyos límites son definidos por las consultas realizadas al mismo. Su utilidad reside en identificar el alcance territorial del establecimiento de salud sobre la población

³ Las actividades colectivas forman parte de las tareas de un concurrente en el territorio, como estrategia de acercamiento a la comunidad y se basan en la construcción con la comunidad de aquellos que esta considera un problema y un espacio necesario de ocupar.

se sumaron otros interrogantes: ¿Cuáles son los espacios de participación comunitaria que se proponen entre los trabajadores/as del centro de salud y la comunidad?; ¿Cuáles son los canales de comunicación y espacios de escucha y relación entre el equipo y los miembros de la comunidad? ¿Se limitan al interior de la institución?; ¿Los miembros de la comunidad son considerados parte de los equipos de trabajo? ¿Hay referentes barriales que participen activamente en cuestiones institucionales que afectan de manera directa el acceso a los servicios por parte de la comunidad? ¿Qué dimensión cobra la subjetividad y la relación con las instituciones en la historia de vida de una persona para definir la llegada a los servicios?

Un espacio de construcción colectiva

Durante mi concurrencia pude detectar un espacio de participación comunitaria que considero importante y utilizare para ejemplificar la relevancia de los mismos. El taller de serigrafía. El mismo funciona desde el año 2007, se dicta los días martes a las 14hs y se encuentra a cargo de un tallerista ajeno al equipo del centro de salud (perteneciente a la Secretaria de Cultura de la Municipalidad de Rosario) y acompañado por un médico generalista. Comenzó destinado a adolescentes entre 14 y 16 años. Desde el año 2013 se amplió la edad de participación y hoy cuenta con asistentes entre 8 y 17 años. El taller funciona en el SUM del centro de salud, el cual fue construido a partir de un intercambio realizado entre asistentes del taller y la sociedad de beneficencia del Hospital Provincial, con colaboración del gobierno provincial.

Este espacio fue de gran importancia para repensar mi práctica y todas esas preguntas que me surgían. En primer lugar, por mi recorrido en temas de niñez y juventud, en conocer en el territorio la realidad de muchos/as pibes/as, lo cual me daba algunas respuestas “de primera mano”. Este grupo etario, especialmente los varones constituyen una población que presenta dificultad para relacionarse con las instituciones de salud. Los varones jóvenes de barrios populares, viven una realidad cotidiana que mucho dis-

ta de la contención estatal. En su mayoría son estigmatizados por su forma de vestir, por sus rasgos corporales, por estar “donde no deben”, a la vez que son excluidos, o al menos no contenidos por otras instituciones como la escuela. Algo muy común de ver desde hace varios años es la persecución policial que hay hacia ellos, la famosa “portación de cara” es motivo suficiente para sufrir maltratos y abusos por parte de las fuerzas de seguridad. Todos estos constituyen motivos suficientes para que estos jóvenes sientan que configuran una barrera a diversas instituciones como los centros de salud.

Me permito agregar, retomando la idea de Stolkiner de la importancia de la historia vincular de un sujeto en la constitución de su subjetividad, que estos jóvenes, atravesados por múltiples carencias, abandonados por parte del estado y muchas veces perseguidos por el mismo, verán en estas instituciones un ejercicio de poder desigual en lugar de una oportunidad de construcción.

El taller de serigrafía es un espacio destinado a ellos, que intenta construirse por fuera de la hegemonía que tanto nos cuesta desarmar. Un espacio que, si bien cuenta con un marco institucional, pretende instituir lógicas diferentes.

En palabras del médico generalista a cargo de dicho taller: “Desde que se creó el taller comenzamos a formar vínculos con los adolescentes que concurrían por cuestiones recreativas o como un aprendizaje. Estos adolescentes no concurrían a los espacios de atención del centro de salud, pero nos comenzamos a conocer y vincularnos desde otro lado. A partir de esto, la mayoría empezó a venir al centro de salud, me llamaban por el nombre y me buscaban para hablar de temas relacionados a su salud u otras problemáticas de su vida. Esto fue una puerta de acceso a una población que anteriormente no concurría al centro y que es atravesada por problemáticas sumamente complejas. El vínculo por fuera del consultorio y en relación de pares, permitió llegar a esto.”⁴

Por fuera de este espacio y de ocasionales eventos como talleres en las escuelas, la formación de vínculo y los espacios de

⁴ Dialogo abierto con médico generalista y de familia del CSN°13, a cargo del taller.

escucha y debate entre trabajadores/as del CAPS y comunidad se limita al espacio de la consulta, que si bien se presenta como un lugar de intimidad que puede colaborar a desarrollar la relación entre los participantes, no constituye un espacio de participación comunitaria activa.

Conclusiones finales

Considero que la generación de estos espacios es un verdadero desafío para los equipos y que en el concepto de equipo de salud debe considerarse a la comunidad como parte del mismo. Estos espacios son una búsqueda constante de encuentros, a partir de los cuales puedan converger los diferentes saberes. Es por eso que los mismos deben ser de educación liberadora, entendiéndola como “un proceso de renovación de la condición social del individuo, considerando al sujeto como un ser pensante y crítico, reflexionando de la realidad que vive”. (Freire, P., 1969).

Me permito pensar la generación de estos espacios vinculares y transformadores como un desafío para los trabajadores/as y comunidad, destacando que el CS n°13 cuenta con un recurso humano reflexivo, crítico y abierto a construir salud de manera comunitaria y liberadora. Será para todas/os nosotras/os como trabajadores una propuesta cotidiana para vencer la alienación y la educación bancaria a la que estamos acostumbrados.

Es claro que el acceso a las instituciones de salud engloba un universo de construcciones subjetivas relacionadas con la historia del sujeto pero también con el dialogo que se establece entre las instituciones y los sujetos tanto a nivel individual como comunitario. Las relaciones y espacios que se generen, posibilitaran a la población involucrarse y empoderarse sobre su salud ampliando su posibilidad de vincularse y acceder a los servicios.

Entendemos el por qué “no llegan los/as que no llegan” cuando ampliamos la mirada desde una práctica basada en la clínica a una práctica con la mirada en el sujeto y con perspectiva de derechos. Solo desde esta mirada comprendemos ese universo que rodea a una persona en sus construcciones subjetivas,

su historia de vida, su construcción del autocuidado. Tal vez lo que para un trabajador/a de salud o institución es importante, no lo es para cierta parte de la comunidad, es por eso que resulta fundamental la construcción colectiva de la salud, teniendo a la comunidad como parte activa en la toma de decisiones en el equipo de salud.

Finalmente, no resulta tan difícil pensar qué entendemos por salud cuando somos testigos de este tipo de experiencias. Las saludables vivencias de construir, de encontrar una mano amiga que puede ser la de un/a trabajador/a de la salud, de sentirse escuchado por primera vez, de emprender un proyecto propio, de crear con nuestras manos una estampa en una remera.

Referencias bibliográficas

Comes, Yamila, & Solitario, Romina, & Garbus, Pamela, & Mauro, Mirta, & Czerniecki, Silvina, & Vázquez, Andrea, & Sotelo, Romelia, & Stolkner, Alicia (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios.

Anuario de Investigaciones, XIV(),201-209.[fecha de Consulta 12 de Abril de 2020]. ISSN:0329-5885.Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139943019>

Comes, Yamila; Stolkner, Alicia (2004) . “Si pudiera pagaría”: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales” -

Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / XII Anuario de investigaciones .

Ferrandini, Debora (2011) “Algunos problemas complejos en salud”

Freire, Paulo (1969) Pedagogía del oprimido. Argentina: Editorial Siglo XXI Editores

Participación comunitaria como factor determinante del acceso a los servicios de atención primaria de salud

Vasconcelos, Maria do Socorro (2001) . El movimiento de los trabajadores rurales sin tierra en el marco de la educación liberadora. Universidad de Valladolid.

Winstein, Luis (1978) Salud y autogestión. Montevideo: Editorial Nordan.

**Estrategias intersectoriales: la construcción
de un “afuera” posible desde “adentro”.
(Experiencia de trabajo en Instituciones
de menores en conflicto con la ley).**

Andrea Obregón¹

*“DE TODO, QUEDARON TRES COSAS”
la certeza de que estaba siempre comenzando,
la certeza de que había que seguir
y la certeza de que sería interrumpido
antes de terminar.
Hacer de la interrupción un camino nuevo,
hacer de la caída, un paso de danza,
del miedo, una escalera,
del sueño, un puente, de la búsqueda,...un encuentro
FERNANDO PESSOA*

¹ Odontóloga. (UNR). -Magister en Magister en Salud Pública (12-2011) Resolución 128/07 UNR. CEI. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Resolución N° 791/2001 del C.S. UNR. Acreditada por la CONEAU. - Master en Políticas y Gestión en Salud. Europa- América Latina. (07/2012) Universidad de Bologna. Sede Bs. As- Italia.- Profesora Adjunta. Cátedra de Odontología Social II. Departamento de Odontología Social, Preventiva y Sanitaria. Facultad de Odontología. UNR. – Ex Directora Provincial de Odontología. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. 2008-2014. Ex Coordinadora del Nodo Salud Rosario. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. 2014-2015. -Responsable de la Concurrencia de Odontólogo Generalista y de Familia. Ministerio de salud Provincia de Santa Fe. 2010- 2015. Docente de la Carrera de Posgrado de Medicina General y de Familia UNR. Integrante de la Asociación Santafecina de Medicina General y Familiar y de la Comisión de Salud Bucal y Odontología Crítica de la FAMG.

Introducción

El presente artículo describe las intervenciones que desarrollamos desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, en articulación con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

La experiencia se genera a partir de la demanda concreta desde la Dirección de Justicia Penal Juvenil de la Ciudad de Santa Fe respecto de problemas de salud bucal de los adolescentes en infracción con las leyes penales, allí alojados y la solicitud de intervención de la Secretaría de Derechos Humanos. Esto dio inicio en el año 2010 al trabajo en instituciones como la Dirección de Asuntos Juveniles (DAJ) y el Pabellón Juvenil de la Cárcel de Las Flores de la Ciudad de Santa Fe.

Estas instituciones no constituían lugares frecuentes de intervención del sector salud, es a partir del trabajo conjunto y por necesidades específicas disciplinares, se configura el primer paso en las acciones cuyo objetivo es la producción de salud, diseñando estrategias que permitan la asistencia integral de los jóvenes y fundamentalmente construir un posible “afuera” desde “adentro”.

Los menores que son alojados en la DAJ tienen un tiempo de estadía de 10 a 15 días aproximadamente, en espera a que se defina su situación penal; pudiendo ser ésta la libertad definitiva, ingreso en el Programa de Libertad Asistida, internación en instituciones de rehabilitación o pabellones juveniles de los diferentes servicios penitenciarios.

El inicio de esta intervención, se produce ante la necesidad de conformar y definir el trabajo de un equipo de salud matricial, que pueda estar dando soporte y orientar las respuestas más integrales a las problemáticas que enfrentan los jóvenes que se encuentran en espera de una probable sentencia. Por ello las autoridades y referentes de los Ministerios de Justicia y de Salud convocan a todos los actores que puedan estar definiendo el trabajo interministerial e interdisciplinario.

Para tal fin, un equipo matricial dispondrá de modo claro distintas actividades y procedimientos con el objetivo de lograr coordinación entre las diferentes instituciones (de Salud o de Justicia), los equipos de referencia de los Centros de Salud, el equipo que

Estrategias intersectoriales: la construcción de un “afuera” posible desde “adentro”

ofrezca la actividad matricial y el propio usuario. Cuya intensión final es contribuir al desarrollo de las herramientas más adecuadas y oportunas, para el abordaje y tratamiento de los problemas de salud. Haciendo “soporte” a los diferentes equipos a partir de tareas concretas para contribuir a ampliar cualitativamente las intervenciones frente a las situaciones de salud que se presenten.

Los jóvenes implicancias legales y subjetivas.

Si bien somos conscientes que la existencia de las normas no “asegura” su cumplimiento, entendemos que no es menor tener conocimiento y hacer explícita cuáles son esas normas que no solo respaldan nuestro trabajo, sino que define las obligaciones como agentes del Estado.

En principio creemos que no es menor como agentes del estado, en cualquiera de sus niveles, hacer explícito el deber de cumplir con las normas legales vigentes de orden Nacional y Provincial, que establecen el marco legal de los deberes respecto de la población infanto juvenil en el marco del Sistema de Protección Integral de derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del cual el sistema de salud forma parte.

Por otra parte, es necesario adentrarnos en la construcción de la subjetividad de los jóvenes y como estas situaciones de encierro y contexto de instituciones locales, requiere la responsabilidad de analizar el significado de lo expresado y sus implicancias en la salud de los sujetos.

En ese sentido, explicitar el contenido de dichas leyes entendemos que constituye un insumo esencial, no solo para dejar en claro los derechos sino además para recordar los deberes que nos competen, como marco de intervención en tanto trabajadores de la salud

Ley Nacional 26.061 - DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

En su Art 1° define claramente que esta ley tiene “por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República

Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte...” “...La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces”

Art 2° APLICACIÓN OBLIGATORIA. “La Convención sobre los Derechos del Niño es de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años de edad...” “...Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles.

En cuanto al derecho a la salud su Art 14. Define: “Los Organismos del Estado deben garantizar: a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad; b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración; c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia...” “... Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.”

Esta Ley se encuentra reforzada con la Ley Provincial 12967, en la cual adhiere a la Ley Nacional citada, definiendo claramente dos cuestiones importantes para este trabajo:

Art. 2°.- SUJETOS COMPRENDIDOS. A los efectos de esta ley quedan comprendidas todas las personas hasta los dieciocho (18) años de edad. Sus derechos y garantías son de orden público, irrenunciables e interdependientes

Art 17.- DERECHO A LA LIBERTAD. En su inciso d) se ocupa de los casos de niñas, niños y adolescentes en conflicto con la ley penal, definiendo que “...su ubicación en establecimientos

cerrados debe llevarse a cabo de conformidad con la ley y los tratados internacionales específicos en la materia y se utilizará sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda...” “... **Toda niña, niño o adolescente privado de libertad debe ser tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad...**”

Ahora bien, este es el marco jurídico y de derechos de los jóvenes, pero también somos conscientes que hay una dimensión subjetiva e institucional con características muy particulares.

Muchas veces hay un orden legal fallido. Hay un “hecho” que define lo jurídico, pero también hay una subjetividad que debe ser comprendida en tanto constructo fundamental para pensar los procesos salud-enfermedad-cuidado.

Para aproximarnos a una mejor comprensión de los modos diversos de los padecimientos de los jóvenes, es importante tener presente que, las influencias criminológicas son más marcadas en los jóvenes más vulnerables producto de los efectos devastadores de la violencia, No tener en cuenta el vacío anímico de estos jóvenes es pensar estrategias que fracasan: se penalizan y judicializan los problemas sociales y de salud, se criminaliza la infancia desamparada y las medidas judiciales operan como ejercicio del poder del más fuerte, desestimando los sentires de los jóvenes y cronificando su vulnerabilidad.

El término “juventud invisible” es utilizado para referirse a los jóvenes que están fuera del alcance de las instituciones tradicionales, ya que resuelven problemas en territorios no visibles socialmente, más específicamente remite a los jóvenes socialmente excluidos de los sistemas formales de educación y trabajo. (Reutlinger, 2001). La “invisibilidad” de los jóvenes suele vincularse con el uso de la violencia que, por ausencia de instituciones legítimas, es un modo que encuentran de relacionarse con la comunidad que de otro modo los ignora. (Berkman, 2007).

A su vez Mariana Chaves² define que en general al analizar

² Antropóloga argentina, candidata a doctora FCNyM, UNLP. Becaria CONICET. Docente e investigadora Núcleo de Estudios Socioculturales, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata y de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

la situación de los jóvenes se parte de una comparación con perspectiva adultocéntrica, Esto nos lleva a establecer características desde la falta, las ausencias y la negación, que son atribuidas al sujeto joven como parte esencial de su ser.

Esta perspectiva conduce a perder de vista la condición juvenil como construcción social, quedando oculto bajo el manto de la naturalidad del fenómeno, que estas concepciones son discursos altamente ideologizados y con perspectiva gravemente discriminadora. Su afirmación es una cuestión de naturaleza: se es joven de tal manera, y cuando se es joven se es inseguro, incompleto, peligroso, “lo que es en su propia naturaleza, en razón de su constitución, de sus rasgos de carácter o de sus variedades patológicas”. (Foucault, 1993:262).

De acuerdo a Michel Foucault (tomado de Castro, 2003b) y Giorgio Agamben (1998, 2003) “el paradigma del momento ya no es más el paradigma del disciplinamiento o de la normalización estrictamente, sino el paradigma de la seguridad; es en este contexto donde el sujeto joven puede ser leído, se convierte en el enemigo interno, porque es el, el que representa la inseguridad. ¿Pero no es contradictorio que el peligro esté representado por un ser inseguro? No, justamente su inseguridad es lo que lo encuadra en el paradigma, y es eso lo que lo hace peligroso”.

Desde el marco teórico propuesto se intenta comprender que cada juventud es emergente del momento histórico y que constituye un discurso producto de un espacio y un tiempo. Por lo tanto, el desafío es pensar otros espacios de construcción de identidad y de relaciones por fuera de los canales preestablecidos.

La atención de la salud en las instituciones carcelarias

Existe una tendencia interna en las instituciones carcelarias o de encierro, a solucionar los problemas de salud con la lógica del castigo o la peligrosidad. Donde la posibilidad de atención muchas veces está sujeta a estos dos conceptos anteriormente citados.

La atención integral de la salud de las personas privadas de su libertad es un deber indelegable que tiene que estar garantizado

Estrategias intersectoriales: la construcción de un “afuera” posible desde “adentro”

por el Estado y sus instituciones. A nivel local y mundial existe un aumento de personas privadas de la libertad que a su vez son quienes tienen mayor prevalencia de determinadas patologías.

Los trabajadores de la salud de los establecimientos penitenciarios tienen un rol fundamentalmente asistencial, pero muchas veces cumplen un rol pericial, de asesoramiento técnico por parte de las autoridades que lo solicitan en relación a los procesos de atención. Utilizando esa información, en algunas oportunidades, para tomar decisiones que se “combinan” con los delitos, las conductas, etc. de los jóvenes.

Por otro lado, existen particularidades que definen las condiciones en el que se desarrolla la atención en salud. Los “pacientes” carecen de la capacidad real de elegir quien los atienda, de pedir una segunda opinión; desarrollan su vida en un régimen cerrado, en un clima de mucha ansiedad, depresión y conflictos con escasez de ilusiones y permanentemente vigilados. Sumado a que muchas veces son sometidos a atenciones que no han buscado o que no desean.

Todas estas circunstancias, se constituyen en limitantes o potenciadores de situaciones que, en otros contextos serían padecidas y solucionadas de otro modo.

A su vez, los trabajadores de la salud no dependen de las autoridades sanitarias (ministerio de Salud), y esta dependencia genera dificultades a la hora de actuar con libertad de criterio y de disponer oportunamente de los recursos sanitarios necesarios. Tengamos en cuenta, que junto con la garantía de derechos se busca ofrecer a cada paciente la mejor asistencia sanitaria, ofrecimiento que no solo depende de la formación profesional sino también del acceso real a todos los recursos con los que cuenta el sistema de salud.

Por todo esto, la garantía del derecho a la salud y la integridad se hace a veces imposible si no pueden definirse estrategias intersectoriales que involucre a toda la red de atención y sus recursos. Generando intervenciones especiales en referencia a los modelos de atención necesarios para llevar a cabo las tareas de atención, prevención y promoción de la salud dentro de los ámbitos penitenciarios.

La intersectorialidad: un camino imprescindible para transformar

La intersectorialidad supone el abordaje de la determinación social del proceso salud-enfermedad-cuidado, intervenciones sobre las condiciones de vida, en relación estrecha con una visión integral de los procesos sociales. Conlleva aspectos políticos y técnicos; políticamente la integración de diferentes sectores producirá políticas públicas que persiguen soluciones integrales y son planificadas y ejecutadas intersectorialmente; y técnicamente asume la idea de que crea mejores soluciones (que la sectorialidad) permitiendo compartir los recursos que son propios de cada sector.

En este sentido, se destaca la importancia de la participación del Ministerio de Salud en las estrategias a llevar a cabo en función de los problemas de salud que padecen los jóvenes que tienen dependencia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. En la descripción anterior queda claro como el tipo de institución total genera lógicas de trabajo y por ende de atención diferentes a las ejercidas desde el Ministerio de Salud. Este último, desarrolla su tarea en otro tipo de instituciones y organizaciones en donde su anclaje principal para el contacto con el sistema de salud, lo constituyen los centros de salud (instituciones del primer nivel de atención), en articulación con los efectores de mayor complejidad y las redes de soporte (como el sistema de emergencias, medicamentos, laboratorio, etc).

Es así que cobra importancia la definición de intersectorialidad como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida.

Descripción de la experiencia

La creación de este Dispositivo que vamos a describir fue pensada como un instrumento que, en el marco de políticas garantizadoras de Derechos Humanos, permitan la evaluación y asistencia de estos jóvenes. Se trata de una intervención que se

Estrategias intersectoriales: la construcción de un “afuera” posible desde “adentro”

desarrolla en un contexto donde se producen constantemente tensiones producto de las diversas lecturas que, desde lo jurídico, lo psicológico y lo social se construyen en torno a los jóvenes que cometen un delito.

Se pretende construir una metodología de trabajo apuntada a que las problemáticas de salud sean abordadas de modo integral, de manera que estas no queden por fuera del sistema sanitario. En este marco y junto a aquellos que cotidianamente intervienen en el abordaje de todas las situaciones de estos jóvenes, se espera que el nuevo Dispositivo logre instituir esta propuesta de integración para el abordaje de las problemáticas en salud.

En principio teníamos claro que no podíamos pensar ninguna estrategia sostenible si no era a partir de convocar a los diversos actores institucionales que nos permita, por un lado, conocer el contexto institucional de trabajo, y por el otro, poder problematizar esta demanda y generar compromiso con las diversas tareas a planificar.

Estos actores están conformados por el equipo de la Dirección de Asuntos Juveniles (DAJ) constituido por una enfermera, dos trabajadoras sociales, tres psicólogas y personal técnico y administrativo. Por parte del Área Salud participan la Coordinación del Nudo Santa Fe, a través de uno de sus coordinadores de subregión, trabajadores de Centros de Salud de referencia territorial, una médica generalista y un odontólogo, la Dirección Provincial de Odontología y la Dirección Provincial de Salud Mental.

Las demandas y necesidades están centradas en la mayoría de los casos, en problemas agudos de salud bucal como las odontalgias y las crisis subjetivas, circunstancias que por el contexto de encierro se potencian produciendo una situación de crisis subjetiva e institucional.

El **objetivo** fundamental del Dispositivo es la producción de salud, las acciones a desarrollar comprenden necesariamente las de promoción y prevención y no sólo la asistencia de los padecimientos ya instalados y notorios de una población vulnerable que requiere un profundo conocimiento de las condiciones en las que se produce el proceso salud-enfermedad-cuidado. Diseñando estrategias que permitan la asistencia integral de los jóvenes y fun-

damentalmente construir un posible “afuera” desde “adentro”.

En relación a estos objetivos se definieron, en principio, los siguientes ejes para poder empezar a organizar el trabajo:

- Considerar que nuestra intervención debe ser un disparador para la adscripción³ de estos pacientes, que necesiten un seguimiento local, en los centros de salud barriales. Esto nos estaría proporcionando también la posible vinculación de la familia a un equipo de referencia.
- Coordinar controles programados de salud con acompañamiento del equipo del dispositivo, controles de salud.
- Organizar la atención de la urgencia y la emergencia, a través de Hospital Cullen (Hospital de referencia, no solo en función de ser la institución acorde para la atención de la urgencia y emergencia, sino además en términos territoriales, se encuentra en el área geográfica de la DAJ).
- Diagramar un dispositivo de emergencias médicas, a través del 107- Dipaes.

Convocados e invitados todos estos trabajadores de salud a formar parte de este proceso de trabajo, surgen las siguientes estrategias en función de los objetivos propuestos y se define:

- Realizar la visita sistemática cada 15 días, de la médica generalista y el odontólogo del centro de salud de referencia territorial de la institución, para poder realizar la evaluación diagnóstica de quienes ingresan, la referenciación a los efectores de salud y/o la atención en los centros de salud, especialmente en el área de salud mental y salud bucal.

³ Hablamos de adscripción entendiendo a la misma como un cambio en el modelo de atención, que implica modos diferentes de vinculación entre técnicos y usuarios, responsabilización desde el Estado por la salud de sectores poblacionales carentes de cobertura con énfasis en los grupos que evidencian mayor vulnerabilidad; y resignificación de modalidades tradicionales centradas en la atención de la demanda. Donde los conceptos de responsabilidad y compromiso con la salud toman preponderancia en todas las acciones.

- Se sistematizan las reuniones de equipo de ambos ministerios mensualmente de manera de ir evaluando las intervenciones y detectando nuevas acciones a desarrollar.

En este sentido, se coordina el trabajo en red, compartir y entrecruzar la información que cada uno podía tener desde el lugar que ocupa en el proceso de atención de los jóvenes y desde los distintos ministerios a los que pertenecen. Para ello se ponen en conocimiento: los instrumentos legales que se deben utilizar para definir los recorridos y requerimiento legales- administrativos que se realizan y poner en marcha ante la necesidad de una atención fuera de la DAJ. Teniendo además a disposición todos los datos de los efectores de salud de 1° y 2 nivel que hay en la ciudad de Santa Fe, de manera de poseer esta información a la hora de referenciar un paciente.

Puesta en marcha la atención, referencia y contrarreferencia de los jóvenes a los centros, se logra adscribirlos a los efectores de su barrio, se facilita el acceso a los que ya estaban asistiendo anteriormente, o a los que son elegidos por ellos mismos. Este punto nos parece importante, ya que si bien el Ministerio de Salud, trabaja con la lógica de población a cargo según su área de responsabilidad⁴, se prioriza la libre elección por parte de la población, respecto de cuál es el profesional o institución en la que quiere ser atendido, entendiendo que hay situaciones donde la inclusión de estos jóvenes a un centro de salud de su barrio no constituye un elemento favorecedor, atendiendo a ciertas particularidades que puedan generar el mecanismo inverso al buscado, la exclusión.

Específicamente en salud bucal, el odontólogo que concurre cada 15 días, evalúa las diferentes situaciones, diseña y acompaña el recorrido de los jóvenes por la red en función de sus necesidades. Ya sea atendiendo en el centro de salud donde él trabaja o haciendo las conexiones necesarias y acceso a turnos con los odontólogos de los otros centros de salud o aquellos que realizan

⁴ El área de responsabilidad se construye demarcando las áreas de influencia de los Centros de Salud, a través de la periódica georreferencia de las consultas efectuadas a los mismos, sumando a ello las zonas grises que no quedan incluidas en las áreas de influencia de los Centros contiguos.

especialidades como endodoncia (especialidad más requerida en estos casos). Es importante en este punto hacer referencia que la población joven (en situación de encierro o no) y fundamentalmente varones, no constituye una población de asistencia masiva a los centros de salud, con lo cual teníamos como principales objetivos solucionar los problemas de salud bucal y que los mismos se constituyan en un modo de ingresar al sistema para poder intervenir en otras cuestiones de salud (salud sexual y reproductiva, vacunaciones, consumo problemático de sustancias, etc) tan importantes como esta, pero que al no manifestar síntomas agudos, no son motivo de consulta o demanda de esta población.

En cada uno de los casos, las personas involucradas fueron los equipos de los Centros de Salud junto con el acompañamiento de su familia y su operador del programa de libertad asistida

Ante diversos interrogantes en el campo legal, en cuanto al trabajo de enfermería y a la posibilidad de dispensar medicación en situaciones de patologías simples o específicas de salud mental, se convoca a una abogada dependiente del Ministerio de Salud quien pone en claridad las competencias, responsabilidades y tareas puntuales que se pueden realizar en el área de enfermería ante la espera del arribo del médico a la institución o el traslado del paciente al efector. También participan los profesionales del grupo de fortalecimiento de salud mental, del DIS (dispositivo interdisciplinario de salud), que pudieron dar cuenta con que equipos y en qué lugar se hallan para estar recurriendo a ellos en caso de tener que estar dando un soporte en la atención en salud mental en la DAJ o en guardias de Hospitales.

De esta problematización surge la necesidad de:

- La capacitación con el 107 Dirección de Emergencias Sanitarias de todos los trabajadores de la Dirección de Asuntos Juveniles, para tener las herramientas y conocimientos necesario al momento de definir cuáles son situaciones de urgencias, de emergencia, que maniobras realizar y cuáles los recorridos que para asegurar la atención oportuna. Entendemos que la red de derivación de emergencia debe estar armada antes de que el evento se presente y la ocurrencia de la urgencia no

Estrategias intersectoriales: la construcción de un “afuera” posible desde “adentro”

debe sorprender al centro derivador ni al receptor. La única manera de lograr esto es habiendo hecho la planificación y la articulación correspondiente entre los establecimientos involucrados en forma oportuna.

Por lo tanto, en la mayoría de las unidades sanitarias penitenciarias será necesario desarrollar una capacitación permanente en cuanto a procedimientos para brindar los primeros auxilios y traslados en condiciones de seguridad para: pacientes politraumatizados o quemados, pacientes en coma, pacientes intoxicados o cualquier otro caso que requiera traslado a un mayor nivel de complejidad.

Anteriormente, ante una emergencia, debían esperar al médico de la policía para la definición del traslado o no, sin posibilidad de intervención alguna.

- Protocolización del trabajo de enfermería y listado de medicación a disponer, el cual es firmado y acordado por todos los actores y el equipo y sistematizada su entrega por parte del Ministerio de Salud.

Es en este momento, que surge la necesidad de utilizar y seleccionar un instrumento que reúna toda la información de los jóvenes y en donde podamos dejar registrado todas las instancias del proceso de atención, por lo que se define la utilización de la historia clínica individual como registro único, pero con el agregado de algunas secciones que son específicas de la parte legal y que deben quedar consignadas ante la necesidad de realizar un informe a la justicia.

Conjuntamente se registró la atención diaria de los profesionales de la salud en la planilla de atención única con la codificación del CIE 10. Herramientas de uso común con los efectores de salud.

Se implementa en la DAJ el sistema informático SICAP (Sistema de Información de Centros de Atención Primaria, utilizado en todos los efectores de salud) donde se ingresan los datos de los jóvenes, grupo familiar y la codificación de la planilla única, que no solo permite ver la historia del proceso de salud del joven y su grupo familiar, sino también permite incorporar las prácticas

realizadas en la DAJ. De este modo se cuenta con la posibilidad de reconstruir el proceso de atención de los jóvenes, ya que se cuenta con una base única de las intervenciones en salud, sean en los efectores dependientes del Ministerio de Salud o del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Todas estas estrategias son comunicadas formalmente a los juzgados de menores, así como los protocolos, documentos y demás instrumentos que se están utilizando para que puedan disponer de ellos en momentos que sea necesario que un joven deba continuar un tratamiento en otra institución.

Como describíamos al principio, los jóvenes alojados en la DAJ, pueden recibir sentencia y quedar en libertad, iniciar un programa de libertad asistida o ser trasladados al pabellón Juvenil de la Cárcel de las Flores.

Pabellón Juvenil cárcel de Las Flores ciudad de Santa Fe

Este modo de trabajo se traslada al Pabellón Juvenil de la Cárcel de Las Flores, en busca de trabajar con la misma lógica. En esta institución se pudo reorganizar los equipos de salud de las distintas unidades penitenciarias en conjunto con los equipos de salud del ministerio de salud, para poder conformar un equipo de soporte, implementar planilla única, historia clínica y carga en el S.I.C.A.P.

Aunque se encuentra pendiente fortalecer el trabajo con los profesionales de la salud que pertenecen al servicio penitenciario, se continúa reforzando la referenciación de los internos al Hospital Sayago (hospital de referencia de la Unidad Penitenciaria) de la ciudad donde se ha podido llevar adelante la atención adecuada, oportuna y de rehabilitación en cuanto a salud bucal particularmente.

En una instancia muy inicial se encuentra el trabajo de referenciación a los centros de jóvenes que están bajo el programa “Inclusión Sociocultural de Adolescentes y Jóvenes en Situación de Vulnerabilidad” (Dec. 1497/11), dependiente de la Secretaria de Seguridad Comunitaria del Ministerio de Seguridad de la Provincia.

Estrategias intersectoriales: la construcción de un “afuera” posible desde “adentro”

A modo de cierre o apertura...

Para quienes trabajamos en salud, nuestra intervención en estos espacios con dependencia de otros ministerios (Seguridad y Justicia y Derechos Humanos), constituye un desafío, ya que históricamente todo lo involucrado al cuidado de la salud de estos pacientes en situación de encierro, no configuraba un área de competencia para salud. En este sentido, a partir de estas intervenciones pudimos acceder a una mayor gobernabilidad en los procesos de atención de los adolescentes, en tanto ciudadanos portadores del derecho a la salud, así como nos permite el intento de instalar otra lógica que logre correrse del denominador común del castigo.

Chávez en su texto “Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea”, interpreta que las miradas hegemónicas sobre la juventud latinoamericana responden a los modelos jurídico y represivo del poder.

Tomando la propuesta foucaultiana sostiene que la juventud está signada por “el gran NO”, es negada (modelo jurídico) o negativizada (modelo represivo), se le niega existencia como sujeto total (en transición, incompleto, ni niño ni adulto) o se negativizan sus prácticas (juventud problema, juventud gris, joven desviado, tribu juvenil, ser rebelde, delincuente, etc.).

La apuesta teórica es pensar la juventud como relación, al joven como posibilidad, lo que incluye todas las caras, la posibilidad no es positiva en el sentido de “lo bueno” o “lo deseable”, sino en el sentido del poder hacer, del reconocimiento de las capacidades del sujeto. Salirse de la medición de la normalidad.

Los diversos discursos en torno a los jóvenes, son producciones situadas, tanto en el tiempo como en el espacio, jamás son inmutables, y responden a la negociación de todos los actores involucrados. La hegemonía de uno de los “tipos” de discurso sobre otro, brinda indicios fuertes de cómo «la sociedad» (jóvenes incluidos) está pensando, se acerca y trata a sus miembros más jóvenes”.

Teniendo en cuenta el escenario de este tipo de instituciones y la vulnerabilidad de los jóvenes que allí se encuentran, nuestro objeti-

vo principal fue trabajar para reconstruir un posible “afuera” desde “adentro”, donde un problema de salud también sea una excusa que contribuya a generar autonomía, deseo y construcción de ciudadanía

Bibliografía

Berkman, H. “Social exclusión and violence in Latin América and the Caribbean”, Paper Banco Interamericano de Desarrollo. BID. Año 2007.

Castell-Florit Serrate, Pr, & Gispert Abreu, E. (2009). La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1) Recuperado en 22 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=es&tlng=es

Chaves, M. (2005). Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Ultima década*, 13(23), 09-32. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362005000200002>

Huerta A, Alonso M, Quadri I. La implementación del proceso de adscripción de ciudadanos al sistema de salud de Rosario y sus consecuencias en los procesos de trabajo en salud en Atención Primaria. Ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Agosto de 2009.

Ley Nacional 26.061 – De protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Año 2005.

Ley Provincial 12967/09. Promoción y protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Reutlinger, C. “Sociedad laboral sin trabajo y juventud invisible”. Marchioni, M. (Coord.). Comunidad y cambio social. Teoría y praxis de la acción comunitaria. Madrid: Popular, 2001. p. 242-244.

El arte como parte de la clínica ampliada: Mandalas para sanar

Emmanuel Mayolino Kemerer¹

Ludmila Baccifava²

“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo.”

Eduardo Galeano.

Introducción

Este artículo pretende analizar y describir el impacto que ha tenido sobre la población de adultos mayores del barrio Latinoamérica de Rosario la creación de un espacio terapéutico contra hegemónico, basándonos en un modo de atención de clínica ampliada, destacando la importancia del vínculo en la construcción y éxito de los proyectos terapéuticos, utilizando como herramienta el trabajo con mandalas de la medicina natural.

La población de adultos mayores en el barrio Latinoamérica no dista en sus características de lo que se vive hoy nuestra cultura, como integrantes de una sociedad capitalista donde la producción y consumo son parámetros de inclusión o exclusión. Donde se deja de tener protagonismo al pasar a ser “pasivos en la cadena productiva” y el envejecer está mal visto y asociado a la soledad, enfermedad, a la espera pasiva del paso del tiempo.

Dicho esto, es de suma importancia desarrollar en mayor profundidad de que estamos hablando cuando nos referimos a un adulto mayor.

¹ Concurrante en salud pública, cohorte 2012-2014. Tutor de la concurrancia de odontología general y de familia desde el año 2015. Odontólogo en centro de salud “FONAVI 25”.

² Concurrante en salud pública, Odontólogo generalista y de familia en centro de salud “FONAVI 25” cohorte 2017-2019.

Adultos mayores

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico, social (**relaciones interpersonales**) y psicológico (**experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida**). Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se los identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

En el caso de países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios.

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos, es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más le gustan hacer, también es recomendado una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el deterioro de su organismo.

¿Cómo es la situación en la Argentina?

Las personas mayores en Argentina no cuentan con ninguna ley nacional específica que provea atención integral y que sustente derechos fundamentales. Sin embargo, existen cuatro leyes nacionales que hacen referencia directa sobre diferentes aspectos. La Ley N° 25.724 “programa de nutrición y alimentación nacional” (1993), la Ley N° 21.074 “subsídios y asignaciones familiares”, la Ley N° 24.417 “protección contra la violencia familiar” y la Ley N° 24.734

“derecho al uso de los servicios del sistema de cobertura médica a beneficiarios de pensiones a la vejez”. La Constitución Argentina (1853), en su artículo 75 declara “que corresponde al Congreso legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”. El artículo 14 establece “que todos los habitantes de la Nación gozan del derecho al trabajar y al ejercicio de toda industria lícita” y el artículo 14 bis aborda el tema de seguridad social, aludiendo que “el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable”. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna. Con la Ley N° 24.241 el Sistema integrado de jubilaciones y pensiones (1993) se adopta el modelo mixto de seguridad social. La Ley N° 81 (1998) “principios rectores de las políticas públicas de la ciudad de Buenos Aires para personas mayores”, adopta como criterios rectores de sus políticas públicas los principios de dignidad, independencia, participación, cuidados y autorrealización aprobados en 1991 por la organización de naciones unidas. La Ley N° 864 sobre “residencias de adultos mayores” es aplicable sólo en la ciudad de Buenos Aires y establece que en todas las residencias de adultos mayores dependientes del gobierno funcionará un servicio de atención especial que vigile las cuestiones relativas a la infraestructura, equipamiento y personal.

¿Cómo es ser “viejo” en el barrio Latinoamérica?

A través de charlas, entrevistas abiertas, pudimos conocer de cerca su vida cotidiana, sus deseos, anhelos y miedos.

La mayoría viven solos en departamentos muy pequeños, comienzan sus días muy temprano, sus mayores pasatiempos consisten en tejer, bordar, leer, mirar la televisión (solo algunos, ya que varios hacen referencia a que ya no pueden pagar el servicio), limpiar la casa. Las actividades más mencionadas son las de tipo “obligatorio” (dormir, desayunar, almorzar, cenar, etc.) prácticamente no hacen referencia a hacer ejercicio.

En general tienen una buena relación con su familia, con sus hijos, hermanos, etc. Pero se sienten solos, “Siento que soy una carga para mi familia.” les angustia la idea de tener que ser cuidados por algún familiar, el miedo a perder sus habilidades físicas e independencia, hacen referencia a problemas con la vista, la audición, el equilibrio, la pérdida de memoria. También surgen angustias por pérdidas de seres queridos y amigos y por la incapacidad de participar en ciertas actividades, se sienten excluidos de la sociedad, “No hay muchas actividades para los viejos” “Hay más falta de respeto por parte de los niños y los adultos, ya no es la misma vida de antes”. Como obstáculos plantean el hecho de sentirse vulnerables “A los viejos es más fácil hasta robarles”, de igual forma el nivel de ingreso que desciende significativamente.

La soledad es una problemática marcada en todos y fuertemente asociada a su salud, refieren que cuanto están largos tiempos solos se sienten tristes, sufren dolores de cabeza, angustias, uno de ellos relato haber sufrido depresión hace muy poco tiempo debido a la soledad.

¿Cómo impacta la soledad en la salud?

La Academia Americana de Medicina ha establecido los principales riesgos para salud en las personas que dicen sentirse solas.

Alteraciones del sueño

Se presenta principalmente en los casos de personas que duermen solas y que, además, se sienten solas en la vida. En estas con-

diciones aparece una sensación de desprotección que se manifiesta como un estado de alerta e impide que concilien el sueño continuo y profundo. Lo más frecuente es que se despierten varias veces durante la noche, como una actitud de defensa por su sensación de vulnerabilidad. Con el tiempo, se traduce en un estado de fatiga permanente y en aumento de peso.

Aumento del estrés

La compañía de las personas genera conflictos y estrés, pero la falta de contacto con otros seres humanos produce más estrés aún. Inconscientemente las personas solas desarrollan fuertes sentimientos de amenaza y esto se refleja en el organismo con el incremento de los niveles de cortisol, la hormona del estrés.

Sustitución de la compañía con objetos

Sentirse solo genera la necesidad de llenar el vacío con objetos que den la sensación de compensar la falta de compañía. Invertir en objetos materiales no sería un gran problema, peor muchas veces buscamos esa compensación en la comida y, sin darnos cuenta, nos sentimos más atraídos por las que contienen grasa o azúcar y también por el alcohol. Es porque estos productos revitalizan el cuerpo rápidamente y se convierten en antídotos pasajeros contra el desánimo. El tema es que son justamente “pasajeros”, es decir que no solucionan el problema de base. Peor aún es que, si el consumo se convierte en hábito, ocasionan otros problemas a la salud.

Vulnerabilidad a los virus

Según un estudio realizado por el profesor John Cacioppo, de la Universidad de Chicago, el **organismo** de las personas que viven solas se vuelve más resistente a las bacterias, pero, a la vez, **más vulnerable a los virus**. Los virus se adquieren **por contagio**,

que ocurre en contacto con otros seres humanos. Así, las personas solas se vuelven más débiles a los efectos que ese contacto produce y tienden a recibir con más facilidad los virus de otros.

Muerte prematura

En una investigación realizada con 45 mil personas, se pudo detectar que quienes viven solos presentan mayor riesgo de morir tempranamente por infartos, accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones de salud asociadas. En cambio, quienes viven acompañados son más resistentes a este tipo de enfermedades y se recuperan mejor si llegan a padecerlas.

Ante lo expuesto no podemos dejar de preguntar y responder la siguiente pregunta:

¿Por qué los adultos mayores son una población vulnerable?

La soledad, la mayor vulnerabilidad ante la delincuencia, la atención de la salud que a veces muestra deficiencias y demoras, los niveles de ingresos que caen significativamente respecto de los recibidos en la vida activa, la condición en que se encuentran los lugares que habitan cuando sus familias no pueden contenerlos. La soledad eleva una hormona del estrés, el cortisol, incrementa la resistencia a la circulación de la sangre y disminuye ciertos aspectos de la inmunidad. Así como aumenta la frecuencia de los micro despertares durante el sueño, lo que lleva a más cansancio y agotamiento físico.

Cuando estas vivencias se mantienen en el tiempo pueden dañar la salud, aumentando el riesgo y la gravedad de las infecciones virales y de muchas otras enfermedades crónicas.

Frecuentemente sucede que el adulto mayor no se siente más protagonista ni en el ámbito laboral, porque ya se jubiló, ni en el ámbito familiar, debido a que los hijos ya no están con ellos y están construyendo su propia vida.

La enfermedad a veces funciona como una posibilidad para volver a ser protagonistas, no porque busquen enfermarse, pero puede ser una manera de volver a ser mirados, tenidos en cuenta, atendidos, tocados.

Ahora bien, nos preguntamos cómo profesionales de la salud publica ¿Qué hacemos con esta población vulnerable que nos interpela a ver más allá de su enfermedad? En sus relatos esta muy claro que nos demandan protagonismo, vínculos, inclusión, que la enfermedad deje de tener un eje central en sus vidas y sin invisibilizarla, brindar un espacio que los aloje, donde se encuentren con sus pares, donde se comparta y se vinculen de otra manera con el efector de salud. Leer su hiperfrecuencia más allá del motivo de consulta.

No podemos dejar de mencionar el texto *“la clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada”* (Gaston Wagner de Sousa Campos 1996-1997) donde nos insta a sin dejar de lado la enfermedad y dolencia, llevar a cabo medidas para construir salud con un sujeto de derecho, inmerso en un contexto, participe activo de este proceso, nos obliga a deconstruir una clínica hegemónica y reconstruyendo alternativas concretas de saberes y de praxis. Esta deconstrucción debe basarse sobre un descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el Sujeto concreto, no un caso, un sujeto portador de alguna enfermedad, personas reales, en su existencia concreta. Una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la clínica.

Es así como ampliando la mirada y la escucha nos permitió reconocer lo que la población nos estaba demandando, accionando en esa dirección nos motiva a crear un nuevo espacio terapéutico en el centro de salud provincial número 25 Fonavi coordinado por: odontólogo, odontóloga concurrente de la Concurrencia Provincial de Odontología Generalista y de Familia (cohorte 2017-2019) y enfermera del turno tarde, al que llamamos: **“taller de mandalas para adultos mayores.”**

Observando la dinámica diaria del centro de salud, los odontólogos y en diálogo con enfermería, comenzamos a registrar cada llegada de un adulto mayor (sobre todo de aquellos que veíamos diariamente). Hicimos un registro por escrito dónde figuraban datos de nombre, apellido, edad, dirección, teléfono y el más importante de todos, si les gustaría participar de un taller de encuentros semanales con participantes de más o menos la misma edad y junto con integrantes del centro de salud. Así tuvimos un primer

grupo de pacientes interesados al que luego se fueron agregando un número mayor de personas.

Taller de mandalas

El mismo se desarrolla con encuentros semanales de 1 hora y media de duración en un aula cedida por la escuela n° 1267 Latinoamérica (no es menor este dato) ya que estamos hablando de otra institución barrial con un gran peso, es donde sus nietos y nietas están escolarizados, es donde reciben numerables saludos por parte de los niños cuando vamos entrando y los mandaleros (como se autodenominan) vuelven a ser visibilizados, toman protagonismo y se sienten mimados.

La dinámica del encuentro se divide en varias partes, comenzamos con ejercicios de respiración y meditación, acompañados con matras y sahumeros que dan una atmósfera muy especial para predisponernos a la jornada. Luego se elijen los mandalas a colorear con distintos materiales y técnicas. Finalizando se comparte alguna lectura reflexiva que seleccionamos nosotros o ellos escriben y se socializa, terminando con ejercicios de movilidad y estiramiento (adaptado a las capacidades de cada participante)

Lo aquí descrito es un día normal de mandalas, pero como la vida misma y en este caso los procesos de salud-enfermedad son tan dinámicos y el taller no fue la excepción, tomaron el mando los mandaleros siendo activos protagonistas de nuevas ideas. Es así que comenzamos a festejar “días especiales” no solo entre nosotros, sino que también en la comunidad realizando intervenciones en el barrio, por ejemplo, día de la primavera, día de la madre, donde los mandaleros, trabajaron activamente para festejar estos días especiales y obsequiar a quien se acercaban unos souvenir con frases positivas que ellos mismos realizaron. En la sala de espera del centro de salud también dejaron su huella, adornando y llenando de color este espacio de todos.

A lo largo de estos 3 años de encuentros hemos tenido el acompañar de numerosas personas: jóvenes médicos que se encuentran realizando la residencia final, residentes de psicología,

compañeros integrantes del equipo de salud, estudiantes de odontología que vienen a entrevistar y compartir un día en el taller, hemos tenido la invitación de un programa radial que se enteró de este espacio terapéutico contra hegemónico. Todas estas diferentes situaciones nombradas son recibidas por los mandaleros con mucha alegría e importancia ya que tienen cada día más protagonismo.

La concurrencia al taller por parte de ellos surge en general por recomendación entre los propios integrantes, considerando a aquellos amigos, familiares, vecinos o conocidos en la propia sala de espera a los cuales les comentan y hacen referencia muy positiva acerca de este espacio.

Efectos positivos del trabajar con técnicas de meditación activa como son los mandalas.

- Auto equilibrio o autocontrol de cada persona (manera fácil de meditar)
- Baja los niveles de ansiedad
- Potencia estados positivos (alegría, paz, tranquilidad, creatividad, seguridad, belleza)
- Ayuda a liberar estados negativos (miedo, preocupación, rabia, stress, depresión, duelo)
- Activa espiritualidad, intuición.
- Estimula funciones mentales (atención, concentración, percepción, coordinación visomotora.
- Aporta bienestar y fomenta la relajación

El uso terapéutico de los mándalas tiene muchos beneficios para los adultos mayores, a través de la realización o coloreado de los mándalas se estimulan las diferentes funciones mentales. Cuando hay limitaciones añadidas al hecho natural de envejecimiento, como la falta de visión, artrosis, Parkinson, son apropiados modelos de líneas claras y zona amplias y si la persona ha perdido precisión y habilidad, intentarlo con barritas de ceras o pastel, y se puede trabajar con los dedos. Hasta adultos mayores

con demencia senil o Alzheimer conservan en estados bastante avanzados de estas enfermedades la capacidad de colorear un mandala.

Pero el impacto positivo en la vida de los mandaleros también se da por que como ya se dijo anteriormente la desconexión social puede ser un agente patológico, las relaciones sociales mejoran la presión arterial, los niveles de las hormonas del estrés, las pautas de sueño, las funciones cognitivas y el bienestar general. Cuando las personas tienen redes sociales de apoyo se adhieren más a los hábitos saludables y mejoran el sistema auto inmune amenguando los efectos del estrés.

La carencia de contactos en la vejez ha sido evaluada, evidenciando el altísimo valor en sanidad. Por lo que el Estado debería contemplar invertir más y mejor en evitar la soledad y el aislamiento.

Por su frecuencia y repercusiones en la salud, tendría que ser reconocida como un problema de salud pública.

La construcción de nuevos vínculos, de nuevas redes y entramados disminuye la sensación de aislamiento y brinda la posibilidad de revisar los obstáculos que impiden acceder a nuevos proyectos. De ahí la importancia de ir creando y constituyendo ámbitos donde puedan compartir y circular estas angustias. Donde pueda apropiarse, construir y disfrutar de nuevos proyectos que les permitan darles distintos sentidos a sus vidas. Es decir, donde puedan ser protagonistas desde un lugar saludable y enriquecedor. Que puedan ir descubriendo, en el intercambio con sus pares, la posibilidad de hacerse cargo de sus propios deseos.

A medida que van avanzando los encuentros gradualmente comienzan a abrirse y a hacer partícipes a sus compañeros de sus angustias, dolores y también de nuevas posibilidades que empiezan a descubrir. En la medida que se da el intercambio el grupo de pares funciona como una red de contención que permite ir encauzando no sólo ansiedades y tensiones sino también nuevos proyectos.

Se dan diferentes niveles de participación. Algunas personas participan abiertamente desde el principio exponiendo sus puntos de vista, otras se toman más tiempo y gradualmente, comienzan a participar.

Consideramos esto de importancia ya que creemos que el centro de salud puede seguir desarrollándose como un espacio territorial donde no solamente se relacione con la población a partir de un estado patológico.

Dialogando con los mandaleros nos relatan que esperan toda la semana a que sea el día del taller, porque allí se encuentran con sus amigos y pasan un muy lindo rato, cuentan que “se necesitan el uno al otro” que en este espacio se apoyan mucho, “si uno no viene vamos a la casa a buscarlo, a ver como esta, nos ayudamos”

Se nota una gran conciencia acerca de la importancia de la socialización, “juntarme a tomar mates con las chicas me hace bien, dejo de pensar cosas feas todo el tiempo.” “Uno cuando esta solo se pone a pensar demasiado, ve todo negativo y eso enferma.” “La soledad es horrible, no tener con quien compartir una charla, una cena, hace mal a la cabeza,” son algunas de las frases que circulan.

El taller de mandalas se convirtió en un espacio muy importante ya que allí muchos integrantes se conocieron, a pesar de vivir en el mismo barrio, se generaron vínculos y relaciones especiales, que se mantienen y crecen por fuera del taller, comenzaron a juntarse en sus casas, en el barrio, a salir a caminar juntos, o simplemente a tomar unos mates y hacerse compañía, lo cual nos pone muy contentos como equipo porque era uno de los objetivos del taller, el que se generen lazos entre ellos. Tal es así que el segundo año de taller uno de los integrantes sufrió la pérdida de su esposa, quien participaba también del taller, y realmente se vivió la contención por parte de sus compañeros, preocupados por estar siempre presentes, por sacarle un sonrisa, recibéndolo con aplausos el día del taller, y los días que se ausentaba iban a su casa a visitarlo, su hija nos agradeció enormemente por la importancia de dicho espacio para él, nos cuenta que incluso los demás días de la semana el pinta mandalas en su casa, y que hace referencia a que sigue adelante y sigue participando porque ella era muy feliz ahí.

Rescatamos el hecho de que a medida que el taller fue desarrollándose fue ganando legitimidad en el equipo de trabajo y esa

legitimidad queda demostrada al ser referenciados pacientes por los demás miembros del equipo, ya sea médicos, médicas, psicólogas, enfermeras, trabajadora social. Incluso profesionales de otros niveles de atención como es el caso de un neurólogo que indico a una paciente que comience a participar del taller ya que tenía efectos sumamente positivos para su tratamiento.

Por otro, lado la legitimidad también lo recibimos de nuestros pacientes que en cada encuentro nos cuentan de sus cambios de hábitos, de lo bien que se sienten, de que les cambió la vida, de lo cambiados que los ven sus familiares .

Concluyendo...

Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objeto de trabajo, y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el "proceso de cura" sino en el proceso de "invención de la salud" y de la "reproducción social del paciente" (Amarante, 1996)

Creemos en la importancia de un proceso de acompañamiento, en brindar apoyo, seguridad, contención y de asistir las necesidades cotidianas de las personas, de eso se trata el proceso de salud y no solamente de la ausencia de enfermedad o de relacionarse desde lo patológico.

Es muy importante reforzar la autoestima, la imagen del adulto mayor sobre la base de sus logros, metas alcanzadas, esfuerzos y sabiduría, ya que esta es una etapa en la que se elabora una reflexión acerca de lo logrado en la vida; Además la importancia de un envejecimiento activo, no solo en sentido físico sino psicológico, afectivo y social.

El impacto saludable y positivo en la vida de las personas y en la comunidad no depende de una gran inversión de tiempo. Basta con hacer el ejercicio diario en nuestra practica de salud de agudizar la escucha para ver lo que la población nos está demandando.

Bibliografía

Amarante, P. 1996. O homem e a serpente. FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Basaglia, F. et al., 1985. La instituição Negada. Tradução de He-loísa Jahn. Gral, Rio de Janeiro.

Campos G.W.S. 1992. Reforma da reforma: Repensando a saúde. Hucitec, Rio de Janeiro.

Campos G. W.S. 1996-1997. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Bs As, Argentina, 2001.

Campos G. W. S. 1998. Vinculo terapéutico, responsabilidad y alienación en el trabajo en salud.

Pichon Riviere, E. 1980. Teoría del vínculo. Selección y revisión de Fernando Taragano. Colección psicología contemporánea.

Sartre, J.P. 1963. Crítica de la razón dialéctica. Editorial Losada, Buenos Aires.

http://www.legisalud.gov.ar/atlas/categorias/tercer_edad.html

Accesibilidad en salud bucal. Volviendo visible lo invisible

Analia Elba Sendra¹

“Las edades de Ana”

“En sus primeros años, Ana Fellini creía que sus padres habían muerto en un accidente. Sus abuelos se lo dijeron. Le dijeron que sus padres venían a buscarla cuando se cayó el avión que los traía. A los once años, alguien le dijo que sus padres habían muerto peleando contra la dictadura militar argentina. Nada pregunto, no dijo nada. Ella había sido una chica parlanchina, pero desde entonces, hablo poco o nada. A los diecisiete le costaba besar. Tenía una llaguita debajo de la lengua. A los dieciocho le costaba comer. La llaga era cada vez mas honda. A los diecinueve, la operaron. A los veinte, murió. El medico dijo que la mato un cáncer de la boca. Los abuelos dijeron que la mato la verdad. La bruja del barrio dijo que murió porque no grito”.
Eduardo Galeano. “Espejos”.

Concebimos a la accesibilidad¹ como un proceso histórico y social que se define no solo por la disponibilidad de recursos, sino fundamentalmente incluye la trama que se produce entre los usua-

¹ Odontóloga (Facultad de Odontología Universidad Nacional de Rosario-UNR) Maestrando en la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanus-UnLa). Trabaja como Jefa de Servicio de Odontología del Hospital Eva Perón de Granadero Baigorria, Provincia de Santa Fe. Ex Tutora de la Concurrencia de Odontólogos Generalistas y de Familia 2010-2013. Ex Coordinadora Provincial de Servicios Odontológicos, Provincia de Santa Fe 2014-2015. Ex Coordinadora de Salud Bucal Nodo Rosario, Provincia de Santa Fe 2015-2019. Miembro de la Asociación Santafesina de Medicina General(ASMGy F) /Federación Argentina de Medicina General(FAMG)

rios y los trabajadores de salud. En este sentido, las instituciones de salud poseen un discurso y una historia que obligatoriamente se encuentra con las percepciones, representaciones, circuitos históricos y deseos de la población, al momento de producirse el encuentro.

Trabajamos con la idea de accesibilidad ampliada entendiendo que esta se trata no solo de la llegada de la comunidad al sistema sino a su permanencia en ellos para la resolución integral de sus problemas de salud. Desde esta perspectiva, se incluyen las dimensiones del acceso a la atención y al tratamiento como un proceso único y se introduce, además, el deseo por la atención, como determinante de la accesibilidad.

Esta problemática revela un desafío epistemológico: es necesario elaborar nuevas conceptualizaciones de demanda y oferta, entendidas como partes mutuamente imbricadas en los procesos de producción y reproducción de saberes y prácticas incluyentes (referidas no sólo a la asistencia, sino también a las funciones de promoción, prevención y rehabilitación). Se trata de un proceso complejo, denominado trayectoria de accesibilidad, que concibe el acceso a la salud desde una perspectiva amplia, que va mucho más allá de la mera idea de llegada al efector y la lógica estricta de oferta-demanda.

Desde esta visión la idea de acceso aparece vinculada a reconfigurar las relaciones de poder, la clásica relación médico-paciente y las formas de circulación de saberes, poderes, prácticas y tecnologías.

A partir de esta conceptualización, toma particular importancia el modo en que históricamente se desarrolló el proceso de trabajo en odontología, proceso de trabajo aislado, fragmentado en especialidades, capturado por el trabajo muerto y con un escaso desarrollo científico y tecnológico adecuado en los efectores de salud pública, principalmente en el primer nivel de atención.

Este modo de trabajo al que hacemos referencia está íntimamente ligado a la disponibilidad de tecnología dura, que tradicionalmente se asocia como imprescindible al momento de asumir la tarea de nuestro núcleo específico.

Ampliando los límites de nuestro núcleo específico

El siguiente relato resume la historia de una paciente, que “paso” por nuestro sistema de salud. No fue abordada ni alojada por el mismo. Se realizó un análisis en la historia de su atención a partir de una **consulta odontológica**.

El objetivo es la reflexión de los procesos de trabajo, a partir de dicho caso, y la posibilidad de pensar transformaciones en nuestras prácticas. Prácticas, que no constituyen espacios aislados, sino que son desarrolladas en los servicios, en tanto escenario concreto que determina y condiciona los actos de cuidado en salud.

J., es una niña que nació en la localidad de Granadero Baigorria a escasos minutos de la ciudad de Rosario, en un hospital de alta complejidad, el Hospital Escuela Eva Perón.

Ella, como tantos otros, fue “recibida” en instituciones de salud en donde el paradigma de atención que prevalece se desarrolla en una organización de los servicios, con alto grado de fragmentación, que refuerza el aislamiento y reproduce dicha fragmentación en los procesos de trabajo, no pudiendo, además, poner en cuestión la hegemonía del poder médico.

Las intervenciones de los diferentes especialistas o disciplinas se realizan separadas una de otras, impidiendo conformar procesos de atención integrales y humanizados. Esta organización parcelar de la atención produce la fijación de los profesionales a una determinada etapa del proyecto terapéutico, generando alienación y desconocimiento del proceso de trabajo que realizan. Este, se reproduce en el modelo de atención que llevan a cabo con la comunidad que concurre a los servicios.

Existe una despersonalización de las relaciones, donde nadie se asume como responsable directo por la salud del paciente, impidiendo componer representaciones que traspasen sus intereses inmediatos.

Este tipo de organización de los servicios supone estar compensada cuando se desenvuelve en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Y es aquí, donde comienza a producirse una fuerte contradicción si la APS es concebida solo como la puerta de entrada al sistema de salud, como si desde esta concepción se

estaría garantizado el tránsito de los pacientes por el sistema.

En este escenario es recibida J., una niña de 13 años, que ingresa al servicio de odontología del mismo hospital donde nació, acompañada por personal del Hogar Escuela de la ciudad de Granadero Baigorria, provincia de Santa fe, donde asiste y es pupila de lunes a viernes. Los fines de semana regresa a su casa, ubicada en una zona rural, a no más de 20 cuadras del hospital. Vive con su mamá y un hermano.

La consulta es motivada por presentar placas de sarro que le impiden comer y hablar. Es atendida por la Odontopediatra, quien, con 4 consultas de motivación no logra que la niña acceda al tratamiento (llora y se pone muy nerviosa). La psicóloga del hogar escuela concurre al servicio acompañándola a una de las consultas con la inquietud de lograr una rápida atención para que “el sarro sea eliminado de los dientes de la nena”.

A la inspección clínica la facie de la niña resulta compatible con algún síndrome con protrusión del tercio medio y micrognatia mandibular, tez pálida, contextura muy pequeña y estado bucal muy malo (las piezas dentarias se encuentran ocultas por bloques de sarro), dificultades en el habla y con imposibilidad de comunicación. No pudiendo además realizar contacto visual o físico (llora y se aleja).

Se realiza desde el servicio el contacto con la médica de la escuela quien refiere no contar con historia clínica y no saber si padece alguna enfermedad.

Su mamá relata no tener pediatra, ni equipo de referencia, haciendo alusión que cuando nació tuvo una consulta con neurología por haber nacido con “doble vuelta de cordón”. En el hospital donde nació se encuentra historia clínica de esta niña, donde se constata que desde su nacimiento ha tenido 37 consultas con el servicio de pediatría y derivaciones al servicio de neurología y fonoaudiología sin ningún seguimiento ni entrecruzamiento de datos, repitiéndose a lo largo de su historial médico, los diagnósticos de desnutrición (talla y peso por debajo de los percentiles normales para su edad), dificultad en el habla y en las relaciones sociales, hecho más notorio al comenzar la escolarización. A partir de la **consulta odontológica**, J. fue adscripta por la pediatra del

Centro de atención familiar (CAF) más cercano a su domicilio, y en su historia clínica actual, después de comenzar a atenderla se diagnostican: signos de desnutrición, posible diabetes, patología cardíaca funcional permanente, derivación por diagnóstico presuntivo: Síndrome de Pierre Robin (caracterizado por una triada de anomalías orofaciales: micrognatia, glosoptosis y fisura media del velo de paladar)

En cuanto a la intervención odontológica concreta, luego de 4 consultas ambulatorias de motivación, y no logrando establecer contacto visual, ni acercamiento, ni acceso para poder mirar su boca, y frente a la urgencia de la situación, se derivó al Cirujano maxilo facial del servicio de Odontología, quien realizó una intervención bajo anestesia total en quirófano, realizando exodoncias, arreglos y limpieza de sarro. Permaneció internada durante veinticuatro horas para control post quirúrgico y fue dada de alta, con turno para el servicio de Psicología para intentar empezar a trabajar cuestiones subjetivas relacionadas al temor, para una próxima intervención. También se realizó una nueva interconsulta con el Servicio de Neurología infantil, quienes confirman diagnóstico de retraso madurativo y Síndrome de Pierre Robin.

Recuperando el sentido de la práctica clínica

Esta situación nos muestra que si bien la niña transita por el sistema de salud, y está en contacto con trabajadores de salud y se encuentra “institucionalizada” en el sistema educativo, en su contacto con estas instituciones (salud y educación), atrapadas en organizaciones, lógicas y paradigmas alienantes quedaron “**INVISIBLES**”, en tanto sujetos con necesidades de cuidado.

En estas, y otras tantas situaciones similares, ya no importa si tuvieron o no contacto con el sistema, ya que este, en su dinámica, no pudo alojarlas a pesar de constituir casos con los que se “tropezó” en forma cotidiana.

En este relato queremos **resignificar** que, independientemente por donde “entre” la población al sistema de salud, la recuperación del sentido de nuestra práctica se manifiesta en cómo se defi-

ne y configura el encuentro entre los pacientes y los profesionales, quienes ante un problema específico de salud, pueden abrir sus responsabilidades y correr los límites de su núcleo de saberes y competencias.

Se intenta revalorizar el modo de organización basado en los equipos de referencia y vínculo terapéutico, centrado en la interdisciplina, entendida esta última como una herramienta en donde el centro no esté ubicado en una profesión única y hegemónica.

Será una oportunidad de socializar y emancipar saberes, roles y de interpelarnos, en tanto trabajadores con posibilidad de transformar los procesos de atención con tecnologías leves que hacen y logran hacer “VISIBLES” los verdaderos padecimientos de la comunidad y la atención integral, oportuna, humanizada.

Si bien definimos la accesibilidad según el concepto de Floreal Ferrara, como la “facilidad con que cuenta la población para usar los recursos en salud” y entendemos que la misma incorpora distintas dimensiones (accesibilidad geográfica, jurídica, administrativa o de organización, económica, cultural) creemos que las condiciones sociales y económicas de la población y las dificultades en las distintas etapas de gestión política en el sector Salud, requieren una reorientación de las políticas públicas respecto de la accesibilidad hacia el concepto de equidad. Equidad, es un concepto complejo, relacionado de manera inseparable con otros, tales como justicia, igualdad, necesidad y libertad. No se puede pensar la problemática de la equidad de manera abstracta, independientemente de ciertas configuraciones históricas entre Estado, sociedad y ciudadanía, las que establecen distintos principios de igualdad como criterios distributivos: el libre intercambio, el mérito y la necesidad. Estos principios dan lugar a distintas políticas sociales que impactan en el sector salud, en los modos de definir la equidad y en las dimensiones que se priorizan en su análisis para la acción. Analizar la accesibilidad teniendo en cuenta la equidad, la justicia y la igualdad nos hace pensar también en ciertas relaciones de poder que influyeron históricamente en el acceso a los servicios, o en la posibilidad de demanda de las poblaciones hacia los mismos. Cierta **dominación** sustentada en la lógica de **clases sociales**, constituyen desigualdades permanentes. (Spinelli, H

2002) No podemos dejar de observar, y la literatura existente así lo demuestra, que el concepto de desigualdad está ampliamente relacionado con el de inequidad, diferencia y diversidad.

Cuando hacemos referencia a las “**desigualdades sociales en salud**”, queremos visibilizar que las causas sociales, marcan diferencias en el proceso salud-enfermedad de la población, inclusive cuando lo biológico explica las patologías. Lo “**social**” determina situaciones de salud particulares para distintos grupos según la clase social, si tenemos en cuenta factores como grupos étnicos, nivel de educación o de ingreso.” Reconocer que las diferencias en la salud-enfermedad son de carácter social debe hacernos revisar la ética de la propia práctica. Si aceptamos esto, debemos aceptar también que tales diferencias, por no ser naturales, son injustas, y es ahí donde nuestra práctica cobra no solo un sentido técnico, sino también un sentido político” (Herrmann, J 2019). La lucha por disminuir estas desigualdades en salud, es lo que nos permite resignificar nuestro trabajo. Estar atentos a no generar desigualdad en el proceso de atención-cuidado, significa hacer un aporte para disminuir las barreras en el acceso a la salud de las ya existentes, y trabajar propiciando procesos de atención-cuidado integrales, se traducirá en mayor eficacia terapéutica. En el caso particular de la Odontología, disciplina altamente técnica y dependiente de la tecnología dura para la resolución de procesos salud-enfermedad, es fundamental acorde a esta mirada que proponemos, abordar dichos procesos desde la lógica del alojamiento y la capacidad de escucha, como estrategia que garantice el acceso al derecho a la salud integral.

En esta línea de análisis, proponemos reflexionar acerca de las condiciones que se describen teóricamente y se aceptan cotidianamente como la pobreza estructural, dentro de las desigualdades sociales. Existen autores que encuadran esta dimensión con un término que no estamos acostumbrados a usar en salud, esto es llamado por Feierstein genocidio (cidio: aniquilamiento, genos: de un grupo). Hoy se habla de prácticas sociales genocidas, como modo de no cosificar ni alejar esos fenómenos y advertirlos como prácticas en las que todos podemos incurrir, cuando colaboramos para que sociedades civilizadas acepten eliminar a otros seres hu-

manos, en vida o **calidad de vida**. Este autor investiga y compara diferentes experiencias históricas de genocidios, y los describe como "procesos donde quienes dominan, marcan, negativizan, hostigan, aíslan, debilitan o destruyen, tanto poblaciones como relaciones sociales" (Aliaga-Secchi 2010). Resulta interesante pensar, cuantas veces, los servicios de salud, contribuyen a invisibilizar problemáticas sociales, atrapados en lógicas institucionales dominantes, negando así el carácter multicausal del proceso salud-enfermedad, y obstruyendo la posibilidad de disminuir la inequidad y la injusticia. No hacer lugar a esta mirada, podría constituirse según Feierstein, en un genocidio, en tanto contribución a disminuir la calidad de vida de la población. Este autor, refiere dos grandes grupos: a) genocidio colonialista (aniquilamiento de poblaciones autóctonas como necesidad de utilizar los recursos naturales de territorios que ocupaban y estrategias de subordinación, b) reorganizador, hacia adentro de una sociedad, a fin de transformar relaciones sociales hegemónicas al interior de un Estado. Su objetivo es clausurar relaciones que generan fricción mediante el ejercicio del poder, contestatario, crítico, y solidario y reemplazarlos por una relación unidireccional a través del temor, la desconfianza, delación.

Conclusión

Frente al relato de la experiencia de Jennifer surgió en el Servicio de Odontología tratante la pregunta de porque su familia no consulto antes respecto de su salud bucal ¿Porque esperaron tanto frente a la evidente patología que aqueja a esta niña? La respuesta no tarda en llegar .Para ensayar algunas respuestas, podemos pensar en múltiples dimensiones. Los servicios de salud, se constituyen aquí en un determinante mas, al momento de pensar en modelos de determinación .Es en este campo donde se desarrolla el trabajo de los equipos, donde gracias a cierta acumulación política, existen posibilidades de trabajar sobre las desigualdades que los mismos servicios generan en el proceso salud-enfermedad-atención. Las dominaciones pasadas o actuales del saber me-

dico hegemónico, muchas veces niega las representaciones de los sujetos que utilizan el sistema de salud. Según Menendez, durante el proceso salud-enfermedad-atención, "los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan, y de otros factores como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida, pero si dicha atención no resulta eficaz lo reemplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación del diagnóstico y tratamiento".

Creemos que la lógica de los equipos de referencia, y de responsabilidad profesional viene a salvar esta situación donde confluyen factores como subjetividad, cultura, competencias profesionales, inter disciplina, condiciones sociales e historia social y económica de la sociedad. La construcción de un proyecto terapéutico conjunto entre el profesional y el paciente, que busque producir: procesos de habla y escucha, relaciones intercesoras con el mundo subjetivo del usuario, y la construcción de sus necesidades en salud, relaciones de admisión y vinculo, posicionamiento ético, articulación de saberes para componer proyectos terapéuticos, debería ser la constante en la consulta profesional. La dimensión propia del saber disciplinar y la dimensión cuidadora que produzcan ciertos proyectos terapéuticos que expresen modalidades de cuidado y de responsabilización profesional por la salud de nuestros pacientes, es una aspiración que debería guiar la práctica clínica.

Bibliografía

- Feierstein, Daniel (2007) "El genocidio como practica social". Fondo de cultura economica. Buenos Aires
- Gastão Wagner de Sousa Campos (2001), Gestión en salud. En defensa de la vida, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Herrman, JM. Desigualdades, determinantes sociales y gestion en

salud. En :La clínica y la Gestión de la Medicina General. Dario Montenegro y Juan Herrman (compiladores) Ediciones Tiempos Nuevos, 2019.

Menéndez E. Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos Médicos Sociales N° 33, CESS. Rosario, 1985.

Electronic Document Format(ISO)

MENENDEZ, Eduardo L.. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.1 [cited 2020-03-29], pp.185-207. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

Mehry, E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Colección Salud Colectiva. 1ª ed.-Buenos Aires: Lugar Editorial. 2006.

Rossi D, Pawlowicz M, Singh D. Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. Intercambios, Naciones Unidas. Buenos Aires, 2007.

Spinelli, H. et al. Serie Seminarios. Salud y política pública. Seminario VII. Octubre 2002.

Torres Aliaga M. Torres Secchi, A. Poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud. ¿Por qué callan si nacen gritando? Iruya, 1978-2008., 2010.

Los muros y las redes, construyendo salud en contextos de encierro

Muriel Pérez¹

Mala Praxis
¿Sabe en donde esta?... ¿Sabe que día es hoy?
¿Y qué hora es?... ¿Es casado o soltero?
¿Qué hizo para estar aquí?
Porque no se replantean la forma de las preguntas,
por ejemplo,
¿Cómo se siente hoy?
¿Necesita algo?
¿Esta angustiado?
¿Tiene trabajo?
Nos subestiman, nos tienen asco...
Yo opino que se debe replantear la forma de hablar,
Sencillamente, con afecto

Alberto Gasparini²

Desde el año 2008 se lleva adelante en el Centro Regional de Salud Mental, Hospital Agudo Ávila, de la ciudad de Rosario (Santa Fe), un dispositivo de salud bucal orientado a promover el autocuidado en usuarios alojados de manera permanente o transitoria en dicha institución, así como también realizar acciones de prevención y atención clínica de patologías bucales agudas y crónicas y rehabilitación de la salud bucal integral.

¹ Trabajadora de salud pública en Centro de Salud N19. Odontóloga, UNR. Concurrente Cohorte 2015-2017. Tutora de concurrencia cohorte 2019-2021.

² Miembro del Frente de Artistas del Borda, poema publicado posterior a su fallecimiento en el libro "Frente de Artistas del Borda, una experiencia desmanicomializadora. Arte, lucha y resistencia". Editorial Madres de Plaza de Mayo. 2008.

El hospital Agudo Avila está situado en el macro centro de la ciudad de Rosario, cuenta con un promedio de pacientes internados de entre 50 y 60 distribuidos en dos pabellones y una guardia que aloja entre 5 y 6 pacientes en tránsito. Cada paciente tiene un equipo terapéutico formado por psiquiatra, psicólogo/a y trabajador/a social.

Además, la institución posee el Centro Cultural Gomecito, donde pacientes alojado y otros ya externados comparten actividades recreativas, de formación y distintos talleres.

Desde el año 2015 a 2017 fui concurrente en la formación en servicio de la Concurrencia en Odontología General y de Familia (dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe). Dentro de la carga horaria de 15hs semanales, durante el primer año las cumplía en un centro de atención primaria de salud. Durante el segundo año, manteniendo un día de atención en el CAPS, el resto de la carga horario la cumplía en rotaciones tanto en segundo nivel de atención como en distintos dispositivos de clínica ampliada y dispositivos territoriales

Salud bucal desde una perspectiva de derechos

Para comprender mejor la necesidad de creación y desarrollo del dispositivo de salud bucal, es necesario centrarnos en la concepción de salud desde un enfoque de derechos.

El término “usuario” en salud se plantea desde un paradigma que otorga a las personas protagonismo sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados, en contraposición a lo que anteriormente eran considerados “pacientes” ubicándolos en un lugar de pasividad.

Estos cambios de paradigmas son contemplados en la legislación actual, reflejado en la nueva ley nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en el año 2010. Esta ley busca garantizar los derechos a la Salud Mental para todos/as y el reconocimiento de los Derechos ciudadanos de las personas con padecimiento mentales.

Esta Ley cita en su Artículo 1 “La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de

todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”

Posteriormente en el capítulo IV, artículo 7, se establece que “- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

Por ultimo, resulta pertinente citar los artículos 8 y 9 de la misma ley: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.”

De estos puntos podemos partir para hablar de proceso de atención en salud mental como un espacio interdisciplinario, donde se considera a las personas usuarias en pleno ejercicio de su derecho a la salud, la cual no quedaría limitada a sus padecimientos subjetivos, sino que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados esta enmarcado en la totalidad de sus vivencias, haciendo foco en el proceso planteado por esta ley conocido como “desmanicomialización”, “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.” (art 14 ley nacional) . “La internación debe ser lo

más breve posible, en función de criterios terapéuticos” (art15 ley nacional).

Al hablar de trabajo interdisciplinario, según define Alicia Stolkiner:

(...) la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a practicas sociales inervadas de contradicciones e imbrincadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, A. 1987, Pág. 313)

En el Hospital Agudo Avila, aun permanecen muchos/as usuarios/as en internación permanente, de los cuales algunos/as de edad muy avanzada y con muchos años dentro de la institución y sin familia/entorno responsable, no cuentan hoy con la posibilidad de ser incluidos en dispositivos sustitutivos a las lógicas manicomiales y externados. Al conocer a estas personas, sus formas cotidianas de vidas, reconocer los lazos que han creado entre ellas y con los/as trabajadores de la institución, surge la pregunta ¿Cómo se garantizan derechos fundamentales en situaciones de encierro? ¿El derecho a la salud es considerado como tal o simplemente se reduce a evitar dolencias tanto subjetivas como físicas?

La boca, el vínculo con uno mismo y con los otros

Aquellas personas que viven en situación de encierro temporal o permanente despliegan sus posibilidades de vida, crecimiento personal, sus vínculos, la relación con su propio cuerpo y subjetividades en este ámbito; por lo cual el mismo debería acompañarlas en la posibilidad de vivir una vida plena, en la búsqueda constante por la felicidad y la posibilidad de sortear los obstáculos que la impiden, en el derecho al goce.

Desde el ámbito de la salud bucal, ya tenemos más que claro que la misma no es la ausencia de enfermedades, entre ellas las más prevalentes como caries y enfermedad periodontal; sino que la salud bucal es parte del todo que nos conforma como seres deseantes y gozantes. Nuestra boca ocupa un lugar de privilegio en

el ejercicio del placer. La oralidad constituye nuestro primer contacto exploratorio del mundo al nacer, es la forma de relacionarnos con nuestro vinculo primario (la madre) mediante la succión en la lactancia la cual tiene una función nutritiva y una función regulatoria (succión no nutritiva, la cual permite encontrar calma y consuelo) , es el medio mediante el cual se establece el contacto con el propio cuerpo (por ejemplo en la succión exploratoria de manos y pies en los primeros meses de vida) y con el mundo exterior, es el centro de placer por excelencia en la etapa oral, fundante del desarrollo psíquico en nuestras vidas.

Es por esto que como trabajadores/as del ámbito de salud bucal y en el trabajo en salud en general y especialmente en ámbitos donde se ponen en juego padecimientos subjetivos, es imposible no pensar a “la boca” como parte fundamental de lo que denominamos “territorio cuerpo”. Si pensamos que los territorios son espacios que se disputan y se transforman, que son espacios políticos, es imposible no concebir los cuerpos también como territorios. Nuestro contacto con un/a otro/a prevé la dimensión de vincularnos con una dolencia física o subjetiva que en la mayoría de los casos conlleva a una limitación social, emocional, laboral, vincular. En este lugar que ocupamos de “trabajadores/as de la boca”, la comprensión y el respeto por el cuerpo del/la otro/a, así como la escucha de su deseo, de su concepción del propio proceso de salud-enfermedad-autocuidado, juegan roles fundamentales en la construcción de un vinculo que permitirá garantizar su derecho a la salud.

¿Qué lugar ocupa la salud bucal en las políticas públicas destinadas a personas en situación de encierro? ¿Están estas destinadas a la mera atención clínica o se entiende el autocuidado como herramienta de autonomía?

Los espacios posibles

Desde Enero a Marzo de 2017, realice mi rotación en el dispositivo de salud bucal para usuarios alojados en el Hospital Agudo Ávila. El mismo, que funcionó durante 10 años, surge de un pedido realizado por el entonces director del hospital a la Dirección

Provincial de Odontología. El mismo notó que en los procesos de sustitución manicomial muchas personas tenían dificultades en los vínculos sociales y la búsqueda laboral por la carencia o el mal estado de sus piezas dentales. Se constituye así este espacio a cargo de una odontóloga que en el inicio del espacio trabajaba en el Hospital Provincial, y luego se trasladó a un centro de atención primaria de salud, donde continuó la atención de los pacientes del Hospital Agudo Ávila, ya que los mismos eligieron seguir atendándose con ella.

La dinámica se organizaba, al momento de mi asistencia, de la siguiente manera: los lunes por la mañana concurríamos a realizar la recorrida de los pabellones. Ingresábamos en primer lugar al office de enfermería para poder hablar con los enfermeros quienes llevaban registro de las personas que habían manifestado en los días previos alguna dolencia respecto a su boca, como también se nos informaba de personas ingresadas recientemente para poder conocerlas.

A partir de ahí recorríamos el pabellón para visitar a quienes estaban con urgencias como odontalgias o infecciones, en caso que fuera necesario se indicaba en enfermería la medicación que debían administrarle y a la vez se agendaba a estos pacientes para ser trasladados con la movilidad propia del Hospital al centro de salud para poder resolver la causa de su afección.

Este recorrido por la institución se realizaba de tal forma que el trato con los pacientes era de escucha y contención, teniendo en cuenta los deseos de esa persona en cuanto a su salud bucal, sus conocimientos o desconocimientos previos y su historia de cuidados. Se contemplaba el gran abanico de subjetividades que se ponen en juego en personas que se encuentran en un ámbito institucional, ajeno a su cotidiano, como también de aquellos donde la institución era su cotidiano ya que llevaban años viviendo en la misma. El comprender y contemplar esta particularidad tuvo para mí como concurrente y sin experiencia previa en un ámbito de este tipo, una carga emocional muy fuerte. Pero, por otro lado, veía que el espacio vincular que se generaba no difería de lo que ya conocía, aquello que Emerson Merhy llama “acogimiento”.

(...)en todo lugar en el cual se produzca un encuentro – en

tanto trabajo de salud – entre un trabajador y un usuario, operan procesos tecnológicos (trabajo vivo en acto) que apuntan a la producción de relaciones de escucha y responsabilización, que se articulan con la constitución de los vínculos y de los compromisos en proyectos de intervenciones, que objetivan actuar sobre las necesidades, buscando producir “algo” que pueda representar la conquista de control del sufrimiento y/o la producción de la salud. (Merhy, E., p.2).

La atención apuntaba siempre a una relación de respeto, diálogo y escucha, donde es tenida en cuenta la autopercepción, el deseo, las posibilidades reales de cada persona involucrada.

Así, había situaciones donde las intervenciones eran más puntuales pero limitadas, como el caso de personas que estaban en la guardia de salud mental y pronto serían externadas. Otros casos, eran los de personas de la tercera edad, que llevaban muchos años en la institución. Con ellos/as, era posible realizar un seguimiento continuo e intervenciones clínicas integrales, como por ejemplo la realización de prótesis. En estos casos, se realizaba la derivación correspondiente al servicio de odontología del Hospital Provincial, y se orquestaba el circuito para la atención, garantizando movilidad para los traslados, turnos, etc. Así también, la odontóloga realizaba el seguimiento de estos pacientes en el Hospital Agudo Ávila una vez finalizados sus tratamientos. Con estos/as pacientes “vitalicios” solíamos compartir una ronda de mate en el patio o un momento de charla distendida en su zona común, y la mayoría tenían en esta odontóloga una referente de confianza, alguien con quien compartían mucho más que una situación clínica, una persona que compartía con ellos/as una mañana todas las semanas, durante muchos años y ahí residía el éxito de su atención.

Durante mi rotación solicite poder asistir también los días jueves al centro de salud N7, donde se realizaba la atención clínica de los pacientes del Hospital, ya que me parecía que esto formaba parte de un proceso integral. Así pude concurrir durante estos meses a este CAPS donde recibíamos a aquellas personas que habíamos relevado el día lunes previo. Mediante un transporte del Hospital, eran trasladadas por la mañana, tenían ya sus turnos asignados y en el centro de salud se realizaba la atención clínica

ca necesaria, desde cirugías hasta operatoria y periodoncia. Esta etapa constituía, para mí como concurrente, otro desafío ya que, retomando el concepto de “territorio cuerpo” es en este espacio del consultorio donde las relaciones dejan de ser tan simétricas, donde hay un avance de nosotros/as como profesionales sobre el territorio de otro/a, y en pacientes con padecimientos subjetivos se requiere tener una consideración especial por sus miedos, su historia personal, sus dificultades de comprensión de los procesos y las intervenciones que se realizaran, teniendo en cuenta que probablemente atravesaron muchas intervenciones medicas, que muchos/as no cuentan con una red de soporte familiar/afectiva para sobrellevar estas situaciones.

Finalmente, pero no menos importante, otra de las estrategias que se daban en el ámbito del hospital era la valoración y refuerzo del autocuidado. Reviste especial importancia el autocuidado en tanto:

(...) es una construcción cultural relacionada con el cuidado propio, de los familiares y personas mas cercanas, que se hace viable a partir de factores como los conocimientos previos, el tiempo disponible, los recursos económicos, la edad, el genero, y la inclusión social, así como el uso efectivo del sistema de salud. (Escobar, M. Pico, M. P.178) .

A esto y dado el contexto de la experiencia que relato, agrego que la constitución del yo, la percepción de uno/a mismo/a también son factores determinantes del ejercicio o ausencia de autocuidado.

En salud bucal, el principal ejercicio de auto cuidado como método para prevenir enfermedades como la caries y la enfermedad periodontal, es considerado el cepillado dental diario, acompañado de una técnica adecuada. A esto se le pueden sumar conductas concretas como chequeos odontológicos frecuentes, la toma de precauciones para evitar accidentes y la observación para la detección de irregularidades corporales y la adherencia terapéutica.

Según Menendez, “la auto atención constituye no solo la forma de atención mas constante sino el principal núcleo de articulación practica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no pueden funcionar completamente si no se articula

con el proceso de autoatención”. Los usuarios del centro de salud mental, en su mayoría carecían de conductas de autocuidado, en parte por sus condiciones subjetivas pero también por los determinantes sociales que los atravesaban.

El recurso fundamental utilizado en este dispositivo era la entrega de cepillos dentales a todo paciente que ingresaba y no contaba con uno propio, así como el acompañamiento en generar dentro de las individualidades, conductas de higiene cotidianas. No es difícil comprender la dificultad de incorporar estos hábitos para estas personas teniendo en cuenta que no podían siquiera contar con su cepillo y pasta debido a que era considerado un potencial objeto de lesión o autolesión, por lo que eran guardados y administrados por el personal de enfermería. En la constitución psíquica de la importancia de contar con objetos que permitan desarrollar estas formas de autocuidado en salud, estaban privados del objeto fundamental con el que contaban para esto.

Palabras finales

Considerando estos aspectos que pueden ser adversos para construir salud, específicamente salud bucal, en espacios de encierro, este dispositivo, la forma en que fue concebido y llevado adelante; constituye un ejemplo de lo que es una política pública basada en derechos y centrada en el sujeto, sus individualidades pero también su constitución como sujeto social.

En el año 2019, se crea en el mismo edificio del Hospital Agudo Avila un centro de atención primaria de salud. El mismo cuenta con consultorio odontológico y brinda atención a los pacientes alojados en la institución, continuando con la lógica de cuidados de salud bucal que comenzó hace más de 10 años. Creo que haber sostenido durante tantos años un espacio que revalorizó los cuidados bucales de una población que tiene ciertos derechos vulnerados fue fundamental para poner en agenda la importancia que tiene la salud bucal en la constitución subjetiva de las personas, que el acceso a la misma es un derecho y que las políticas publicas deben orientarse a garantizarlo.

Por último, pero para nada menos importante, estos espacios nos permiten comprender la importancia de la construcción de vínculos de amorosidad, respeto y cuidados mutuos, de permitir a otros/as sentirse cuidados/as, menos solos/as. Esos vínculos se tejen como redes, redes que traspasan los muros del encierro y permiten, de a poco, derribarlos.

Referencias bibliográficas

Batista, Tulio; Wanderlei, Silva Bueno; Merhy, Emerson Elias (1999). El Acogimiento y los procesos de trabajo en salud: el caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999;15(2):345-353.

Escobar, M; Pico, M. Autocuidados de la salud en jóvenes universitarios. *Revista de la facultad nacional de salud publica*. 2013;31(2): 178-86

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina (1990)

Ley Provincial de Salud Mental n° 10.772/91. Provincia de Santa Fe, Argentina (1991)

Menéndez, Eduardo L.. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. 5.

Stolkiner, Alicia (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315)

Vivas, Erica Aneley. (2018) Trabajo Social y Salud Mental en el Centro Cultural —El Gomecitoll. El desafío de la Coordinación en el Dispositivo y la Especificidad de Intervención. Rosario. Tesis de grado. Licenciatura en Trabajo Social

Enfoque interdisciplinario en APS Clínica ampliada, relato de un caso

Reynares, Ayelen¹
Barbero, Evangelina²

*“la locura no se puede encontrar en estado salvaje.
La locura no existe sino en una sociedad,
ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan
y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan”
Michael Foucault*

Desde el centro de salud Ernesto Che Guevara, de la ciudad de Rosario; Santa Fe, deseamos relatar, en base a nuestra experiencia en Atención Primaria de la Salud, la importancia de guiar la clínica del sujeto sobre un eje fundamental: el trabajo interdisciplinario entre los integrantes del equipo de salud pública, a partir de la presentación de un caso clínico.

Particularmente, hacia unos pocos meses que había recibido mi título de odontóloga otorgado por la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y ya me encontraba cursando la Concurrencia de Odontología General y de Familia en salud pública. Comprendía que tenía las herramientas que la educación pública me había otorgado para ejercer aquella odontología hegemónica aprendida, que muchas veces hacía ruido en mi entendimiento al momento de las prácticas en salud. Conjuntamente con este malestar, encontré en el modo de trabajo de la clínica en el centro de salud, una nueva lógica de pensar los procesos de atención, que orientó

¹ Reynares Ayelen, Odontóloga, concurrente de odontología general y de familia cohorte 2019-2021.

² Barbero Evangelina, Odontóloga y tutora del centro de salud Ernesto CHE Guevara, concurrente de odontología general y de familia cohorte 2014-2016

mi aprendizaje hacia ese colectivo contrahegemónico en el cual me hallaba plenamente con convencimiento y certeza.

Fue necesario, no sólo la práctica que desarrollamos junto con mi tutora diariamente, sino adentrarme en una variedad de conceptos que traducían aquello que estaba buscando, como interdisciplina, equipo de referencia y organización matricial. Sugiere Souza Campos, en “la clínica del sujeto”, que es necesario ampliar mi objeto del saber y de intervenir, necesitaba además de “la enfermedad” incluir al sujeto y su contexto como estudio para poder intervenir positivamente en las prácticas clínicas y comunitarias.

En este sentido, hablar de prácticas interdisciplinarias requiere más que sólo un grupo heterogéneo de profesionales trabajando conjuntamente, necesita de transformaciones individuales y colectivas. En la primera, es fundamental comenzar por renunciar al saber de la propia disciplina, que es incompleta en su actuar individual, para dar lugar al entendimiento de las problemáticas del sujeto desde una mirada ampliada. En cuanto a la transformación colectiva es necesario reverenciar que las disciplinas existen por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman, y los cuales son atravesados por ellas, por tanto no puede pensarse a la disciplina desvinculada del sujeto que la lleva a cabo. El equipo interdisciplinario debería poder unificarse como facilitador y generador de dispositivos y herramientas para el ejercicio de una clínica ampliada.

Hablar de interdisciplina nos conduce a la idea sustancial de la Estrategia de Atención Primaria y de equipo de salud de referencia. Entendemos que el equipo de salud piensa la accesibilidad al sistema como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, por lo tanto se analizan las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos que manifiestan la modalidad particular de adquirir la utilización de los mismos. Pensamos con los integrantes de este centro de salud que la accesibilidad va a ser siempre un encuentro entre los sujetos y nosotros (equipo de salud), y ese encuentro debe ser el generador de vínculos. Para lograr este objetivo cotidiano es fundamental incluir prácticas de vida y salud en cada estrategia particular en la que ambos contienen en sí mismo la posibili-

dad o imposibilidad de encontrarnos y construir ese vínculo. Para esto, es fundamental romper con el distanciamiento entre los sujetos y los servicios, basándonos en una estrategia de intervención conjunta con otras instituciones (centros culturales, centros barriales, colegios, clubes, vecinales, entre otros).

Cotidianamente se analiza la subjetividad de quienes utilizan los servicios de salud para poder identificar y plantear las problemáticas de los usuarios a la hora de hacer ejercicio del derecho a la salud. Cuando el equipo de salud piensa sus prácticas y representaciones sin considerar al grupo de usuarios (subjetividad) al cual dirige su atención estará generando una posible inaccesibilidad entre los servicios y los usuarios. (Stolkiner y otros, 2000).

Descripción Institucional

El centro de salud Ernesto Che Guevara se encuentra ubicado en calle 27 de febrero y circunvalación; bordeando la periferia de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Desarrolla su tarea en el primer nivel de atención desde el año 2008. Cuenta con un equipo de salud compuesto por medicina general, odontología, pediatría, toco-ginecología, enfermería, psicología, atención administrativa, auxiliares de farmacia, trabajadores sociales y otras especialidades con organización matricial como ser cardiología, psiquiatría y servicio de ecografía.

El centro de salud aplica como norma organizativa el sistema de referencia entre profesionales y usuarios, es decir, se emplean equipos de referencia, conforme con las características de las problemáticas prevalentes, compuesto por diversas disciplinas. En situaciones donde existe menor disponibilidad de profesionales, éstos se ubican en una línea de apoyo matricial, formando parte así, de varios equipos de referencia.

Cada equipo de referencia tiene bajo su responsabilidad a un determinado grupo de familias, el objetivo es elaborar Proyectos Terapéuticos Individuales que varían en el tiempo acorde con las problemáticas singulares y familiares. (Souza Campos; 1998) El modo de acceso a la atención es solicitando turnos diarios de la

especialidad que los vecinos necesiten, se trabaja conjuntamente en prácticas de promoción de salud, además de las atenciones de urgencias sin turnos y prácticas domiciliarias en donde el equipo de referencia asiste a los hogares particulares, centros barriales, vecinales, escuelas o clubes.

Desde el centro, se lleva a cabo el primer nivel de atención, que es el más cercano a la población y tiene como objetivo prestar atención a las problemáticas más frecuentes en salud, resuelta con prácticas de promoción, prevención de enfermedades y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Cuando el proceso de salud-enfermedad de los pacientes requiere de mayor equipamiento y atención de mayor complejidad, el equipo de referencia del centro de salud es quien se comunica con los agentes administrativos de los hospitales de referencia y solicita el turno al paciente para un segundo nivel de atención.

Según la prensa médica latinoamericana en un artículo publicado en el año 2011, titulado “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, el trabajo interdisciplinario e intersectorial de los dos primeros niveles de atención se desarrolla bajo un flujo bidireccional, logrando de esta manera resolver el 95% de las problemáticas de salud, en la provincia de Santa Fe. El 5% restante lo lleva a cabo el tercer nivel de atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En la organización vigente en nuestro sistema de salud tan fragmentado, se encuentra instalada la idea de sistema de derivación, en nuestro centro de salud la metodología de trabajo respeta la noción de referencia y contra referencia vigente en nuestro sistema de salud, cuando el paciente utiliza un sistema matricial nunca deja de ser usuario del Equipo de Referencia.

En el área odontológica se presta atención clínica correspondiente a la odontología general y de familia y prácticas de algunas especialidades como periodoncia, cirugía y endodoncia, siendo el objetivo primordial facilitarles a los usuarios accesibilidad en la atención odontológica.

Además, se realizan atenciones de urgencias, resolución de sintomatologías dolorosas e inactivación de procesos infecciosos, sin desviar la atención diaria generalista.

Desarrollo de experiencia

No resulta tarea simple la de seleccionar solo un caso clínico que pudiera dar cuenta del proceso de trabajo realizado conjuntamente con mi tutora en la clínica diaria, pudo haber sido cualquier otro, son todos tan singulares como personas concurren diariamente al centro de salud.

Les compartimos la experiencia con un joven de 29 años de edad quien se presenta a la consulta odontológica con sintomatología dolorosa en una de sus piezas dentarias, siendo su motivo de consulta: *“vengo porque me tengo que sacar un diente”*. Al examen intraoral se observa gingivorragia severa en ambos maxilares, segregación purulenta transalveolar en determinadas piezas y movilidad dentaria sin patologías de caries.

En el diálogo con el joven, espacio fundamental para la generación del vínculo entre el sujeto terapéutico y el sujeto que demanda acompañamiento en su presente sintomatológico, notábamos ciertas actitudes tímidas e introvertidas que por algún motivo se llevaron nuestra atención. En ese diálogo y fundamentalmente en esa escucha nos comenta que no había terminado la escolaridad primaria, que no trabajaba, que pasaba mayor tiempo del día en su casa, que practicaba el noctambulismo pasando los días durmiendo y las noches jugando juegos de “PlayStation”, además de mencionar fallecimiento de madre en el 2018 por carcinoma. Respecto de su problemática de salud bucal, le programamos un turno para la semana entrante que nos permitiera reforzar ese vínculo entre el paciente y el equipo de referencia, disminuyendo la distancia abismal, observable en la actualidad, entre los técnicos y los pacientes.

Ante este caso creímos más imprescindible que nunca pensar un proyecto terapéutico individual abordado interdisciplinariamente, ya que entendimos que su problemática de salud bucal constituía uno más de los diversos problemas que su presente relatava.

Cotidianamente nos encontramos desarrollando el Proyecto Terapéutico Individual, bajo una organización de línea horizontal y coordinación trilateral; terapeuta de referencia (odontólogas), profesional de salud mental y usuario. Bajo este proyecto, es im-

posible ya diagnosticar e imponer un tratamiento terapéutico si no es abordado y construido interdisciplinariamente.

En conjunto con la médica generalista del centro de salud solicitamos historia clínica familiar que contenía adjuntas las prácticas clínicas y de laboratorio que el equipo del centro de salud realizo en el grupo familiar. Uno de los informes psicológicos evidenciaba que el usuario no había terminado sus estudios primarios ya que su madre por propios “miedos sociales”, como el miedo a la participación de sus hijos en la delincuencia o en el consumo problemático de sustancias, condujeron a la toma de decisión de no permitir a sus hijos estar “fuera de su casa”. El informe médico adjuntaba resultados de los últimos estudios de hemograma completo en 2013, no presenta patologías de base. A los 2 años sufrió politraumatismo de miembros inferiores, y a los 8 años presentó cuadro anémico con intervención de transfusión de sangre. Hermano mayor con esquizofrenia. Madre con diagnóstico de carcinoma en 2015 y defunción en el año 2018.

Tenía en mi mano, más información de la que podía palpar, y un interrogante que no lograba responder en ese momento, ¿de qué manera continuo mi acompañamiento terapéutico en salud bucal? El usuario continua con el progreso en su tratamiento odontológico, los signos de gingivorragias habían disminuido notablemente, continuamos con el dialogo, definitivamente el modo con el cual podíamos intercambiar saberes.

Nos cuenta que tiene 2 hermanos mayores con los cuales sociabiliza frecuentemente y 4 hermanas menores vecinas a su lugar de vivienda que, por algún motivo, no recordaba sus nombres. Nos comenta que decidió no trabajar por no poder pasar muchas horas en un mismo lugar, que tuvo varios trabajos de corto tiempo de duración, en su mayoría de albañilería y pintura junto con su padre, pero que no eran de su agrado.

Solicitamos análisis de orina y hemograma completo, y continuidad de buches diarios de agua oxigenada diluida. Otorgamos turno programado para exámenes complementarios y nueva consulta odontológica a la semana. También lo invitamos a la participación de actividades sociales del centro de salud, y sugerimos consulta con psicólogo.

Pasaron 7 días y nos reencontramos en la sala de espera, él llevaba consigo los estudios complementarios de hemograma completo y orina con valores normales y un compromiso palpable con el vínculo que íbamos logrando, el mutuo; identificándonos con un lenguaje común que Ulloa (2012) conceptualiza como el “trato”, ¿Cómo tratamos al paciente? ¿Cómo nos tratamos entre colegas? ¿Cómo organizamos “el trato” en el equipo de salud? No es posible identificar un protocolo de cómo nos relacionamos sujeto a sujeto en esta búsqueda común de construcción en salud colectiva. No existen temáticas planteadas de ante mano que nos guíen en la diaria comunicacional y accionar de la práctica clínica, es por eso que en el trabajo interdisciplinario se busca, constante y diariamente las herramientas mediatas e inmediatas, a su alcance y no tan a su alcance para “tratarnos” mutuamente de la manera más respetable y así construir un vínculo terapéutico nutrido de responsabilidades colectivas, y bajo un marco de amabilidad, empatía, y respeto por los derechos de todos.

Proponemos turno para exodoncia de primer premolar superior, el cual fue el motivo por el cual había solicitado atención en el centro de salud y turno programado para psicólogo al cual el paciente accedió cordialmente.

En el próximo encuentro dialogamos sobre sus gustos, saberes, familia, experiencias, entre otros, nos comenta haber tenido consulta con psicología y manifiesta su agrado con el trabajador en salud mental, se realiza exodoncia de pieza dentaria y se da turno programado para control a la semana.

“Fuertes razones, hacen fuertes acciones” (W.Shakespeare)

Ese mismo día, al terminar la jornada, nos reunimos con la médica generalista, el psicólogo, la enfermera, la auxiliar de farmacia, el secretario, y la pediatra para comentar la problemática de salud que particularmente sucedía en éste joven y su grupo familiar, muchos reconocían y recordaban atenciones y prácticas de la familia y podíamos identificar a un joven que pasó mucho tiempo de su vida aislado sin relacionarse socialmente.

Fue en ese momento cuando uno de los integrantes del equipo mencionó la posibilidad de participar en el centro cultural cercano al radio del centro de salud, centro cultural con el cual se trabaja conjuntamente hace años, proponiendo que la asistencia al centro cultural, nutrido de jóvenes y adultos con interés en aprender y llevar a cabo sus saberes con prácticas laborales, formaba parte de un recurso terapéutico posible para este joven.

Las dos odontólogas que prestamos servicios asistenciales en el centro de salud nos acercamos al centro cultural barrial para personalmente comentar la situación de salud del usuario y solicitar la posibilidad de que pudiera tomar el curso que él desease, muy amablemente la secretaria nos informó sobre metodologías de trabajo y accedió a nuestro pedido.

Invitamos al paciente a participar del centro cultural “La trinchera” ubicado en el barrio del Centro de Salud, al cual accede satisfactoriamente.

El Centro Cultural “La Trinchera” brinda cursos de peluquería, carpintería, costura y sublimado, herrería, reparación de celulares, reparación y colocación de aires acondicionados y electricidad con título matriculado. Además, nos comentó que trabajan conjuntamente con el programa NUEVA OPORTUNIDAD, el cual desde sus inicios en el año 2013 pretende un abordaje integral, en conjunto con el gobierno local, de jóvenes en situaciones de mayor vulnerabilidad social con el objetivo de desarrollar sus potenciales, acompañándolos en nuevos proyectos, fortaleciendo lazos sociales y comunicacionales con los barrios donde se lleva a cabo. Es un programa que reconoce, respeta y hace de los jóvenes, protagonistas sociales. Este programa no es solo una capacitación laboral, es poner en valor el respeto a la identidad de los jóvenes que, en la actualidad, son 17.800 usuarios quienes participan en la provincia.³

En el Centro cultural son cinco jóvenes al año a los que se les otorga una cuota mensual durante la asistencia del curso o taller, estas 5 becas se dan de bajas y altas todos los años, nuestro pa-

ciente será el próximo en solicitarla, fue en esos momentos donde aprendí de Clínica Degrada. Estaba reconociendo la existencia de aquellas organizaciones pertenecientes al gobierno local, donde es evidente que determinadas políticas administrativas se encuentran por delante del interés de las personas, donde las políticas públicas y económicas se sobreponen a la razón de la “cura” o rehabilitación de los usuarios. (Souza 1996).

Esta situación, da nota como el trabajo interdisciplinario involucra constantemente al Estado, de alguna manera nuestro Proyecto Terapéutico Individual precisaba en estos momentos una participación del gobierno de turno que por cambios electorales actuales no estábamos obteniendo de manera inmediata. Aun así, logramos que el joven asista al curso que desease de igual manera hasta la resolución administrativa de la beca. Mi tutora y yo nos vimos involucradas en una pausa terapéutica que nos invitó nuevamente a interrogarnos: ¿hasta dónde podemos intervenir con prácticas que involucren nuestra disciplina (la odontología)? ¿Cuál es nuestra responsabilidad y lugar ocupacional en la sociedad? ¿Existen límites en la clínica oficial? ¿En qué áreas nos debemos involucrar? Y nos encontramos una tarde estudiando leyes, pasamos del campo de las certezas y regularidades al campo de la imprevisibilidad de la vida cotidiana. Estábamos reconsiderando nuestros saberes y demandando trabajo en equipo con los compañeros del centro de salud, fundamentalmente con el psicólogo que con participación activa nos nutrió de aprendizaje correspondiente a su área, ya que necesitábamos decidir, pero decidir escuchando a otros exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas, necesitábamos de un trabajo en equipo y un hacer comunicativo.

En la medida que se trate al ser humano como algo meramente peligroso y, por tanto, necesitando de pura contención, se le quita o niega su carácter de persona, aunque se le “reconozcan” ciertos derechos, no es la cantidad de derechos que se priva a alguien lo que le cancela su condición de persona si no la razón misma en que se basa esa privación de derechos, es decir, cuando se le priva de algún derecho solo porque se considera puramente como ente peligroso. ¿Qué entendemos por peligrosidad? Casi todo el

³ (Blanco. (10/10/2019) *Avanza el proyecto de ley del programa ‘nueva oportunidad’ – abordaje integral para jóvenes*. Argentina: Diario El Ciudadano)

derecho penal del siglo XX, en la medida que teorizo admitiendo que algunos seres humanos son peligrosos y sólo por eso deben ser segregados o eliminados, los cosificó sin decirlo, y con ello los dejó de considerar sujetos lo que ocultó con racionalizaciones, cuando lo cierto es que desde 1948 ese derecho penal que admite las llamadas medidas de seguridad o sea las penas o algunas penas como mera contención de un ente peligroso, es violatorio del artículo 1 de la declaración universal de derechos humanos. (Matkovich, A. Clínica Tensada, Clínica Ampliada. Pág. 99.)

En la próxima cita odontológica, refiere haber ido al Centro Cultural (CC- La Trinchera), estar a gusto y satisfecho tanto con el centro como con sus nuevos compañeros y profesores del curso, comentó proyectos de su primer trabajo en carpintería, reveló haber tenido un agradable postoperatorio, y continuar consultas con psicología. Continuamos tratamiento odontológico de forma integral junto a las problemáticas que revela en relación a su salud bucal.

A los 15 días nuestro paciente concurre al Centro de Salud, muestra imágenes desde su teléfono celular de su primer proyecto en madera, evidenciando entusiasmo y alegría, por supuesto compartida.

Días posteriores, asiste al control, con una caja de herramientas confeccionada en madera, había sido su primer trabajo de carpintería y nos lo regalaba. Existía buena evolución, tanto biológica como social y personal.

En la siguiente consulta odontología evidenciaba disminución de gingivorragias, y refería continuar sus asistencias en el centro cultural.

Nos muestra con su teléfono celular imágenes de una tarde de encuentro familiar con una de sus hermanas en el balneario “La Florida”, (lo cual nos agradó mucho ya que recordábamos el momento en el cual nos comentó que por algún motivo no podía recordar el nombre de sus hermanas menores) una de sus hermanas, lo acompaña y apoya en su nuevo proyecto laboral pidiéndole la confección de un modular, cuenta sobre oportunidades laborales, y que retomó actividades sociales de PARKOUR que tanto le gustaba hacer de más joven (el parkour es una disciplina física en la capacidad motriz del individuo, desarrollado a partir del método

natural, se puede considerar una forma de expresión en cuanto a la libertad, el contacto con todo medio externo y el dominio sobre el propio movimiento natural de cada uno).

Continuamos con el tratamiento en su salud bucal, a estas alturas pudimos, junto a mi tutora, mirarnos, y reconocer un joven distinto a aquel que acudió por primera vez a la consulta odontológica, un cambio meramente positivo de un joven tímido introvertido que pasaba días durmiendo y noches tras un televisor porque su madre no permitía que “este en la calle” hacia un joven con proyectos, entusiasmo, oportunidades laborales, que compartía momentos con sus hermanas, y con nuevos vínculos sociales, amistosos y amorosos.

Un artículo publicado por la Organización Panamericana de la Salud, bajo el marco de la nueva ley de salud mental y el proyecto de desmanicomialización, afirma que el suicidio podía identificarse como la segunda causa de defunción de jóvenes de entre 15 a 29 años de edad, donde se estima que existen más de 20 intentos por suicidio y nuevamente me preguntaba ¿Dónde nos encontramos los trabajadores en búsqueda de salud colectiva? ¿Dónde estamos durante esos 20 intentos? E inmediatamente no pude no sentirme responsable de ésta estadística. Desde mi lugar, desde mis posibilidades, y de las de todos los compañeros que se sienten parte de la salud colectiva surge una nueva forma de repensar el padecimiento mental, que prioriza el abordaje en el centro de la vida de la persona desde una perspectiva comunitaria evitando internaciones prolongadas.

“...en caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá si no por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de perito que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo y a los demás...” (Art. 34, Inc. 1 del código penal argentino)

Es indiscutible el estado desastroso de los manicomios argentinos al término de la dictadura 1976-1983, mostrando que el manicomio no es solo un problema de edificios si no que es ante todo una postura política del profesional del campo de salud mental, la lógica manicomial no se derrota con el derrumbe de manicomios.

Para los equipos de trabajo en el campo de salud mental y medicina general, el enemigo no es el hospital monovalente, sino un sistema sanitario vaciado, y desfinanciado, un sistema que no da respuestas a las necesidades reales de la población. La lógica manicomial es el abandono convertido en razón técnica, naturalizada, crueldad ilustrada y racionalizada desde una filosofía de exclusión. (Asociación de psiquiatras argentinos – ley de salud mental, desmanicomialización y salud pública)

A modo de reflexión

Éste año, nuestra sociedad vivencia un momento histórico para la humanidad, una pandemia viral nos excluye de la sociedad y nos pide que nos quedemos “en casa”, un virus que logra detener el consumismo, la producción e inútil acumulación de riquezas, la educación, las industrias, en sí, logra detener el mundo y nos guarda a cada uno en nuestros hogares, si es que los tenemos, una pandemia que nos provee tiempo para estar con nosotros y repensar nuestras prácticas diarias y nuestra postura ante semejante crisis.

¿Todavía podemos creer que el aislamiento es una práctica positiva en salud mental? Somos una especie netamente SOCIAL y debemos entender que NO estamos solas ni solos.

Como bien cita la nueva ley de salud mental n° 26.657, en su definición de salud, a mi criterio, la definición de salud más amplia que he leído, cita: “...proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concentración de los derechos humanos y sociales de las personas ...El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial basados en los principios de atención primaria de la salud...”, difícilmente concluiremos en un Proyecto Terapéutico Individual para cada sujeto si no es pensado desde la interdisciplina.

Centrar el eje en la interdisciplina trae consigo la deconstrucción del hábito del consultorio particular y criterio individual para abastecernos de la amplitud de posibles tratamientos que se obtienen cuando los trabajadores de salud piensan y actúan simultáneamente hacia una misma dirección, que es la salud colectiva.

Cuando citamos agentes de salud nos referimos no sólo a quienes practican ‘medicina’ biológica y medicalizante, sino a todos los agentes que forman parte del proceso diario de manutención de salud enfermedad cuidado. Presentamos este caso clínico para demostrar como una consulta odontológica nos puede guiar nuestro tratamiento hacia las áreas médicas generales, psicológicas, culturales, judiciales, de derechos humanos, económicas, políticas de estado, entre otras, independientemente del área específica que el paciente consulta y sin dejar de dar respuestas a las necesidades en términos disciplinares.

Esta metodología de accionar, de identificar estrategias y dispositivos de servicios en la clínica del centro de salud, es diaria, y particular para cada sujeto, por tanto, la búsqueda de las herramientas para llevarlas a cabo es una exigente tarea cotidiana y, aun así, lo intentamos siempre, ya lo hicimos hábito, porque estamos convencidas que, compartimos saberes, amor, y respeto seguimos una misma corriente de pensamiento que visualiza como meta la Salud Colectiva y el valor por los Derechos Humanos de todos.

Bibliografía

Aboso, G.E (2018) *Código Penal de la República Argentina*. República Argentina: Editorial deF.

Alazraqui, M. Mota, E. Spinelli, H. (2007) *El Abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local*. Rio de Janeiro. Asociación de psiquiatras argentinos (2019) *Ley de salud mental, desmanicomialización y salud pública*. Argentina, Buenos Aires.

Foucault, M. *Enfermedad mental y personalidad*. España, Barcelona.

Franco, T. B. Bueno, W. S. Merhy, E.E (1999) *El acogimiento los procesos de trabajo en salud*. Minas Gerais, Brasil.

Julio, V. Vacarezza, M. Álvarez, C. Sosa, A. (2011) *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Argentina: Prensa Médica Latinoamericana.

Ley 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914. Argentina: Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010*

Matkovich, A. (2018) *Caleidoscopio Practicas y Clínicas PSI en la Universidad - Clínica tensada, Clínica Ampliada*. República Argentina: Editorial UNR

Sousa Campos, G. W. (1996-1997) *Gestión en Salud En defensa de la vida - La Clínica del Sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. Sao Pablo: Editora Hucitec

Sousa Campos, G. W. (1998) *Equipos Matriciales de Referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en Salud*.

Stolkiner, A. (2006) *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Argentina: Buenos Aires: artículo publicado por facultad de psicología. Volumen XIV.

Stolkiner, A. (1999) *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Argentina, Buenos Aires: artículo publicado en revista El Campo Psi.

Salud bucal y determinantes sociales: experiencia colectiva en una institución semicerrada

Guadalupe Sosa

*Los científicos dicen que estamos hechos de átomos
pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias*
Eduardo Galeano

Introducción

Durante el inicio de mi segundo año de concurrencia en Odontología General y de Familia en el Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe se define comenzar a asistir al Hogar Escuela Coronel Juan Domingo Perón N° 9020. Esta intervención es pensada a partir de la preocupación de la pediatra de la institución, quien se pone en contacto con el Servicio de Odontología del Hospital Escuela Eva Perón. En este sentido, a pesar de ser un servicio que se encuentra a 600 metros del hogar escuela, se visualiza que el único contacto que tienen los niños y niñas de esa institución con el mismo, es a partir de las situaciones de urgencia como dolor, cara hinchada, imposibilidad de dormir durante la noche, traumatismos, entre otros.

No se puede desconocer que durante años fueron integrantes del equipo de odontología del Hospital al Hogar Escuela a realizar tareas preventivas como talleres de educación para la salud, topicaciones con flúor, enseñanza de técnica de cepillado entre otras, que por motivos de falta de recursos humanos han sido discontinuadas en el tiempo.

A partir de esta preocupación, tanto de la pediatra como del Servicio de Odontología, nos propusimos no solo intervenir en la institución en función de la demanda, sino además indagar sobre

la situación de salud bucal de quienes se encuentran allí alojados. Dicha situación no se encuentra apartada del estado de salud general y además tiene un fuerte vínculo con sus condiciones y estilos de vida. Si tenemos en cuenta que nuestra mayor fuerza de intervención se produce en el ámbito institucional, debido a la dificultad orgánica y legal que tiene el personal de la escuela para trasladarlos fuera del espacio educativo, consideramos de vital importancia no solo preguntarnos sobre cómo es el estado de salud bucal, sino además, como transcurre la cotidianidad en la institución y cuales son algunos de los determinantes sociales más generales.

La idea de detenernos en las características institucionales se debe a que allí 80 niños y niñas pasan toda la semana, siendo retirados por sus padres, madres, familiar a cargo o tutores, los días Viernes a las 17 horas.

Contexto Histórico

Al realizar una breve historización, esta institución surge como consecuencia del Primer Plan Quinquenal del Gobierno del General Perón, diseñada y proyectada por el Ministro de Salud Pública Nacional Dr. Ramón Carrillo, durante la década del 50. Se decide construir el mismo en un predio ubicado al norte de Pueblo Paganini, actualmente Granadero Baigorria, Provincia de Santa Fe, ya que el mismo reunía varias razones estratégicas como ser la cercanía a la ruta nacional N°11, el acceso a la ruta 34, la cercanía a la ruta 9 y a la vecina estación de Trenes del Ferrocarril Central Argentino. El Hogar Escuela fue diagramado para que asistan 1200 niños y niñas, en modalidad pupilos y medios pupilos. Ellos llegaban los lunes por la mañana, llevados por sus familiares o tutores y volvían los viernes después de las 17 horas. Aquellos que venían de muy lejos recibían atención también los fines de semana.

Este proyecto incluía también la construcción de un Hospital en el mismo predio, diagramado para una capacidad de 300 camas. A fines de 1954 el Hospital estaba totalmente terminado

y equipado, en condiciones de poder ser habilitado. Con recursos de la Fundación Eva Perón, en Abril de 1955 se inició una pre-habilitación, pero el golpe militar ocurrido meses después, demoró la plena actividad del Hospital. A su vez el Gobierno que sucedió al poder de facto, lo transfirió en 1958 a la Universidad Nacional del Litoral. Esta casa de altos estudios decidió habilitar definitivamente el Hospital en 1961. A partir de ese momento comenzaron a funcionar regularmente, todas las áreas y servicios de atención a la salud pública (Zavattero, 2011).

En la década del 50 el concepto que se perseguía de Institución Cerrada era de prestación integral. Contaba con un teatro, con espacios para practicar deportes, talleres para aprender oficios. Inclusive desde la arquitectura de los Hogares Escuela se reflejaba la apertura a la sociedad, con cercos que no llegaban a más de un metro de altura, de estilo californiano misionero, amplios y bien iluminados, con techos de tejas rojas, muros blancos y jardines verdes. La decoración interior era de alta calidad, con mármol, mosaicos, abundancia de flores, murales pintados, libros y juguetes que ayudaban a crear un ambiente hogareño. Se diferenciaba de la idea del patronato para la infancia en donde era común la exclusión de la familia y el encierro como corrección, aquí se pensaba a la infancia contenida en el marco de la familia con la idea de que el niño transmitía el bienestar a la misma, el niño era el eje transformador del hogar, lo cual se constituye en innovadora ya que es la mirada actual del derecho de la infancia. Integración y no segregación era el lema de cada Hogar Escuela de nuestro país (www.evita-peron.org).

A partir del Golpe de Estado de 1955, dejó de funcionar con la estructura de asistencialidad integral del niño. Recién con el decreto N° 3927 (1986) se concluyó que “las ideas que motivaran los Hogares Escuela se mantienen en plena vigencia, por cuanto el niño carenciado debe educarse en un clima donde el amor de sus semejantes y la organización escolar, fundada en el concepto de la integralidad le permita desarrollar sus potencialidades y alcanzar la plenitud como persona humana, que el gobierno provincial asigna prioritaria importancia y privilegia la atención completa de la niñez como la forma más eficaz de asegurar el futuro de la

Nación y que en ese marco doctrinario corresponde rehabilitar el funcionamiento del hogar escuela de Granadero Baigorria”. Dichos principios son los que se busca promover en la actualidad.

Hoy en día, la escuela cuenta con un grupo de 80 niños y niñas que solo están alojados en el Hogar de Lunes a Viernes. El rango etario se extiende entre 5 a 14 años. Se encuentran separados en cuatro grupos de acuerdo a la edad y grado escolar al que pertenecen. Ellas y ellos son de Rosario, de los barrios Nuevo Alberdi y Zona Cero, de Granadero Baigorria principalmente del Barrio Camino Muerto, San Miguel y San Fernando, de Fray Luis Beltrán y de Capitán Bermúdez, del Barrio Ombú. Son niños y niñas que se encuentran en una situación social compleja.

Desarrollo de la experiencia

Durante seis meses, en el segundo semestre del año 2016, se concurrió al hogar todos los días miércoles a partir de las 15 horas. En este horario los niños y niñas que no residían en la escuela eran retirados por sus tutores o familiares a cargo y aquellos que si lo hacían comenzaban con sus actividades extra escolares.

El espacio de encuentro se realizaba en el consultorio de la Pediatra, quien siempre estaba presente y era de gran ayuda ya que conocía perfectamente a cada uno de los alumnos y alumnas.

Desde su inicio el relevamiento de salud se desarrolló teniendo presente el concepto del Dr. Floreal Ferrara, (como citó la Dra. Débora Ferrandini, 2011) quien solía referirse a la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado de salud imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas.

La tarea consistía en ubicar en qué espacio de la institución se encontraba cada grupo. Intentamos comenzar por el grupo de los más pequeños, pero ofrecían cierta resistencia ya que estaban inmersos en su cotidianidad y no aceptaban dejar las actividades que realizaban, por ende se comenzó por quienes espontáneamente se acercaron.

En este contexto la cotidianeidad, se toma desde un punto de vista normativo, ya que se encuadra dentro de una institución. Según Heller (Santos Herceg, 2014), no habría cotidianidad sin normas. Esta normatividad propia de la cotidianidad es la que fuerza la existencia de ciertas prácticas homogéneas que hacen posible la convivencia entre sujetos. Se trata de normas, de “reglas de comportamiento” que, en tanto tales, exigen cierto respeto. Si estas no existieran, la vida cotidiana sería “imposible”.

Así cuando las tareas que se realizaban comenzaron a ser parte de su cotidianeidad, fueron ellos quienes pedían a la docente a cargo acercarse al consultorio. Allí se controlaban los datos personales de cada uno, si padecían alguna enfermedad de base, si eran alérgicos a algún medicamento y si tomaban alguna medicación diariamente. Como paso siguiente se completaba un odontograma para tener datos específicamente relacionados con el proceso salud/enfermedad bucal. Se realizaba enseñanza de técnica de cepillado y para quienes se consideraba necesario topicaciones con flúor. Se armó un “cepillero” para que puedan utilizarlo durante la jornada escolar y ante la falta de los mismos en sus casas se decidió entregar uno más para que puedan utilizarlo los fines de semana. De esta manera al margen de encontrarse institucionalizados, cada uno sin importar a que grupo pertenecía pudo adueñarse del hábito para generar un buen cuidado de su salud bucal.

Como se mencionó anteriormente, las situaciones por las que se encuentran alojados responden a que pertenecen a un ambiente social muy complejo y diverso. Desde su nacimiento, el proceso de salud/enfermedad está absolutamente atravesado por determinantes sociales que los limitan.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de las intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar,

que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones psicosociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de la salud de los individuos. Como determinantes sociales de la salud se entienden las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud de las personas. Los determinantes sociales son tanto de carácter socio individual, tales como las prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación de la persona, como aquéllos derivados de la estructura de una sociedad, entre los que se sitúan la pobreza, la educación, el trabajo, el género, el nivel socioeconómico. De esta manera, los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

El estudiar y conocer los determinantes sociales presentes como factores predictores de la adopción de estilos de vida promotores de salud, en una población determinada, permite generar insumos que pueden aportar elementos necesarios a considerar en la formulación de políticas públicas y programas, buscando el mayor impacto en cada una de ellas para la generación de conductas saludables en la población (Vidal Gutiérrez, et. al., 2014).

No solo influyen los determinantes sociales sino también las condiciones de vida, las cuales corresponden a las características a nivel de grupo social y familiar en los que los niños y niñas se encuentran inmersos ya que muchos de ellos mencionaban que en la casa no se cepillaban los dientes porque no tenían agua corriente. Se tiene presente el medio laboral, vivienda, acceso a bienes y servicios, nivel educativo y condicionantes ambientales y materiales (www.deconceptos.com).

Una vez finalizado el relevamiento se comenzó con la etapa de atención en el Servicio de Odontología del Hospital. Previamente, habíamos enviado notas de autorización a la familia o tutores para que se permita que personal docente y no docente acompañe a los niños y niñas al servicio como así también para autorizar a que reciban atención odontológica.

Se dio prioridad al grupo número 4, quienes eran los que estaban próximos a egresar de la institución. Si se presentaba algu-

na urgencia de alumnos y alumnas que pertenecían a otro grupo, la pediatra era quien se encargaba de agregarlo a la lista. Acudían en grupos de entre 6 a 8, quienes recibieron prácticas de operatoria dental, exodoncias, endodoncia y periodoncia. En la mayoría de los casos ingresaban de a dos al consultorio. En un primer momento para darse animo pero luego oficiaban de asistentes dentales y de esta manera empezaron a incorporarse y a entusiasmarse en relación al proyecto, preguntando con muchas ganas: “Seño, ¿Cuándo me toca a mí?”.

Las atenciones se realizaban los miércoles y jueves por la mañana, por lo que se dividió al grupo en 4 y acudían cada 15 días, intercambiándose de miércoles a jueves y de jueves a miércoles ya que no existía la posibilidad de que la práctica se produzca una vez finalizado el horario escolar y de esta manera no perdían los contenidos siempre el mismo día. Se logró el alta de los grupos 3 y 4 y las atenciones de urgencias del grupo 1 y 2 que eran los más pequeños para los que se programó continuar la atención para el año siguiente, luego del receso escolar.

El último punto a relatar tiene que ver con aquellos integrantes del grupo número 4, quienes egresaban de la institución. El interrogante se planteaba en cómo asegurar la accesibilidad al sistema de salud que hasta el momento lo habían conseguido por vía interinstitucional.

Según Comes y Stolkiner (2014) para lograr accesibilidad deben articularse dos actores del Sistema de Salud; los sujetos y los servicios, teniendo en cuenta la posibilidad que tienen los sujetos para alcanzar a los servicios cuando los necesitan y la capacidad que tienen parte de los servicios para contener a los sujetos necesitados de atención. Conteniendo en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. La accesibilidad se construye, por lo tanto el encuentro entre ambos actores es el que nos estaría informando acerca de la calidad del vínculo. Son los sujetos los que construyen la posibilidad o no de acceder a los servicios, y esto es producto de una multiplicidad de situaciones. Partiendo de estos conceptos la accesibilidad sería subjetiva.

Sin dejar de tener presente este concepto de accesibilidad, junto con los datos reunidos durante el relevamiento y con la ayu-

da de la pediatra, se buscó referenciar a cada uno de los alumnos y alumnas al centro de salud que le correspondía según su domicilio. De esta manera se trabajó para fortalecer el vínculo de aquellos que ya se encuentran adscriptos, para que una vez egresados, puedan realizar sus controles no solo a nivel dentario sino también de salud general con la posibilidad de adscribir a aquellos que no tienen un centro de salud de referencia.

Reflexiones Finales

Al relatar esta experiencia se visualiza como se desarrolla una red de contención para garantizar uno de los derechos primordiales de la infancia como es el de la salud. Se rescata y se aplica en la actualidad un concepto revolucionario para la década del 50, en donde se considera a los niños y niñas como ejes transformadores del hogar, y que sean ellos los encargados de contagiar el bienestar a su núcleo familiar a pesar de los determinantes sociales que los limitan diariamente. Esta red que se constituye entre la escuela, el Servicio de Odontología del Hospital y los Centros de Salud generan recursos estratégicos con canales de comunicación formales e informales con el objetivo de romper procesos de atención impuestos, individualistas y con accesibilidad restringida, a una que nos involucre a todos, permitiendo crear individuos que luchen por sus derechos y que puedan ser protagonistas de una participación social activa.

Se apunta a la producción de relaciones de escucha y responsabilización, que se articulan con la constitución de los vínculos y de los compromisos en proyectos de intervenciones que objetivan a actuar sobre las necesidades, buscando producir “algo” que pueda representar la conquista del control del sufrimiento (en tanto enfermedad) y/o la producción de salud. (Franco, Bueno y Merhy 1999).

Al conocer cuáles son los determinantes sociales se podrán desarrollar planes sistematizados que puedan ser sostenidos en el tiempo, que no solo incluyan actividades de asistencia odontológica sino también prácticas preventivas en la Institución, otor-

gando herramientas para que puedan empoderarse del cuidado de su salud por fuera de la misma, y producir un fortalecimiento del vínculo de toda la familia con el primer nivel de atención.

Como trabajadores de la salud debemos reforzar y tener presente el concepto de accesibilidad, especialmente cuando se piensa la misma en una institución semicerrada, abarcando más allá de la salud bucal para poder trabajar desde el paradigma de la salud colectiva.

Referencia bibliográfica

Comes, Yamila, & Stolkner, Alicia (2004). “Si pudiera pagaría”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones, XII (), 137-143 ISSN: 0329-5885. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139941013>

Conceptos de Condiciones de Vida. Recuperado de: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/condiciones-de-vida>

Decreto N° 3927. Recuperado de estatutos provenientes de la Biblioteca del Hogar Escuela

Ferrandini, Débora (2011). Algunos problemas complejos de salud. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/356155281/Algunos-problemas-complejos-de-Salud-D-ferrandini>

Franco, Túlio Batista, Bueno, Wanderlei Silva, y Merhy, Emerson Elias. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 15(2), 345-353. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>

Hogares Escuela, Fundación Evita Perón.(1998-2011). Recuperado de: http://www.evita-peron.org/education_eva_peron-es.htm

Santos Herceg, José. (2014). Cotidianidad: trazos para una conceptualización filosófica. *Alpha (Osorno)*, (38), 173-196. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22012014000100012>

Vidal Gutiérrez, Daisy, Chamblas García, Isis, Zavala Gutiérrez, Mercedes, Müller Gilchrist, Ralph, Rodríguez Torres, María Cecilia, y Chávez Montecino, Alejandra. (2014). Determinantes Sociales en Salud y Estilos de Vida en Población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 61-74. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>

Zavattero, Raúl. (2011) Historia de Granadero Baigorria. Recuperado de: http://www.baigorria.gov.ar/contenidos/2014/07/22/Editorial_2753.php

Análisis y reflexiones sobre la accesibilidad: la salud en un barrio de Rosario

Janina Brunori¹

*Yo quiero construir.
Pero no soy sino una parte insignificante
pero importante de un todo del que todavía no tengo conciencia.*
Frida Kahlo.

El siguiente artículo describe el trabajo realizado en el marco de mi experiencia como cursante de la Concurrencia de Odontología General y de Familia entre los años 2016 a 2018 en el Centro de Salud 12 de octubre ubicado en la zona Norte de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Surge como consecuencia de la preocupación por parte del equipo de salud de la escasa concurrencia al centro de salud de un grupo poblacional que corresponde al área de referencia del mismo. Esta población, cuyas condiciones de vida son muy vulnerables, habita en un área del Barrio La Florida cuyo dueño legal de las tierras es un banco privado.

El río Paraná bordeado por una costanera, tiene en ese sector una barranca con una gran pendiente. En la pendiente de dicha barranca se estableció esta comunidad en viviendas muy precarias. Esta población tiene como actividad principal para su sustento, la pesca e instalan sus puestos de venta en la base de la barranca que tiene acceso a la avenida por donde se transita en la costanera. Inmediatamente arriba, sobre la barranca, existe un barrio residencial de clase alta que exhibe, cual esquema de clases sociales, el contraste de esas viviendas suntuosas “sobre” las vi-

¹ Odontóloga generalista. Especializada en endodoncia clínica. Concurrente de odontología general y de familia cohorte 2016-2018.

viendas más precarias de toda la zona.

Esta comunidad de pescadores, pertenece al área de responsabilidad del Centro de Salud 12 de octubre, pero hay escasa concurrencia y adscripción de ellos en éste centro.

En función de esta situación y preocupación por parte del equipo, surgió la necesidad de hacer un relevamiento de la población que allí vive y conocer como resuelven sus problemas de salud.

La realidad de esta comunidad es que éstos terrenos no les pertenece legalmente y se ven amenazados a diario con el desalojo; situación muy difícil de abordar ya que por su oficio principal la pesca, este es un lugar estratégico para poder seguir desarrollándola, con lo cual un cambio de lugar de vivienda con una mejor calidad de los servicios, implicaría un serio recorte en su actividad de sustento diario.

A partir de esto, nos propusimos realizar un análisis de situación de salud del barrio de nuestro interés, que, si bien no tendría en cuenta todos los indicadores propios de un ASIS, nos iba a permitir un conocimiento mayor para abordar nuestra preocupación. De este modo, planificamos recabar la información respecto de las condiciones de vida y el acceso al Centro y a otros servicios de salud y, además, indagar cuál es la percepción de la población en relación a su salud.

Accesibilidad en salud y situación de salud

Cuando se ordenan conceptos y definiciones se obtienen esquemas descriptivos que nos sirven para clasificar o diagnosticar la realidad. (Padua, 1979). En este sentido, entendemos que el concepto de accesibilidad nos puede dar un esquema descriptivo que nos permita hacer un diagnóstico de la realidad y pensar estrategias con esa población y su relación con el Centro de Salud.

Es así que entendemos a la accesibilidad como el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas. De este modo, se constituye en una

Análisis y reflexiones sobre la accesibilidad: la salud en un barrio de Rosario

condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

En salud es una de las características básicas de la **Atención Primaria**, junto con la **coordinación**, la **integralidad** y la **longitudinalidad**. La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

La Accesibilidad, concepto utilizado por los investigadores y técnicos del Sistema de Salud, surge por los años de 1960, en el momento en el que se considera a la Planificación como la herramienta para diseñar los Sistemas de Salud. En un período en que se imprime importancia a los instrumentos técnicos dentro de la Salud Pública.

Entendemos a la accesibilidad desde la perspectiva que la define como “la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole”. (Hamilton, 2001).

La mayoría de los autores dividen la Accesibilidad en dimensiones, las mismas, en verdad, pueden condicionar o bien pueden constituirse en barreras de acceso, externas al individuo. Estas dimensiones son: Geográfica – Económica o financiera - Organizacional – Cultural o simbólica

La primera de ellas, la geográfica, es definida por Hamilton (2001) como “el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transportes locales. Este principio de accesibilidad tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios, la anulación de barreras limitantes”.

La accesibilidad económica o financiera se la define, entre otras, como “posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos”. (Otero y Otero 2003).

La dimensión organizacional llamada también burocrática, refiere a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema.

La última dimensión, cultural, es definida como “los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que estas imponen en el acceso a los servicios”. (Hamilton, 2001). Teniendo en cuenta que en una sociedad coexisten diferentes culturas y si se piensa a la cultura como “el universo simbólico del sujeto” también resulta pertinente la denominación de accesibilidad simbólica. (Comes, 2006).

Como mencionamos anteriormente nos parecía importante dejar en claro los conceptos que hagan foco en los aspectos que nos permitan comprender la situación de salud de la población de La Florida.

En este sentido, se tornó imprescindible abordar el significado de análisis de situación de salud (ASIS). Los mismos son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis, dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de Salud-enfermedad de una población, así como definir necesidades y prioridades en salud y proveer información para el diseño, planificación e implementación de programas para abordarlas.

El análisis de situación de salud (ASIS) es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud. Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planificación de intervenciones desde el Estado y la misma comunidad. Posibilita caracterizar, medir y explicar el proceso salud enfermedad de los sujetos, las familias y las comunidades.

Desde el enfoque de derechos y reconociendo que, tal como lo plantea el análisis de determinantes sociales, la salud es una producción histórico social donde las enfermedades son el resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas de los individuos y colectividades, el centro de análisis del ASIS serán las personas que comparten un mismo territorio inmersas en unas dinámicas y posiciones sociales que permiten expresar distintos grados de vulnerabilidad.

La experiencia en el barrio

Para llevar a cabo este análisis utilizamos entrevistas a la comunidad del barrio, registros de lo visualizado en el territorio e información secundaria de los registros de SICAP (Sistema de Centro de Atención Primaria), historias clínicas familiares y registros de vacunación, de modo de tener a la población nominalizada con los datos disponibles respecto de adscripción familiar o individual.

Nos interesaba indagar sobre la constitución familiar, la relación con los servicios de salud, condiciones de vida, experiencia con el centro de salud y otros efectores, mecanismos de resolución de problemas de salud en la familia y las medidas sanitarias obligatorias.

Intentamos en todo momento constituir nuestro acercamiento a la comunidad como una instancia de reconocimiento mutuo, que nos permitiera no solo recabar la información que necesitábamos, sino además establecer el inicio de un vínculo de confianza entre el equipo y la comunidad de este barrio.

Características de las familias y condiciones de vida

Con respecto a la constitución familiar cada hogar presenta sus particularidades y se pudo conocer las diferentes realidades familiares. Está compuesto, en su mayoría, por madre y padre, y sus hijos menores y mayores, estos últimos, a su vez con sus propios hijos y en algunos casos con su pareja.

En otros hogares viven parejas jóvenes con sus hijos, la mayoría menores de edad, y como casa vecina o ampliación de ésta vivienda los padres de al menos un miembro de dicha pareja joven.

También encontramos un caso particular, con seguimiento de la trabajadora social del centro de salud, el cual se trata de una mujer soltera con hijos, que se hace cargo de una menor que ha quedado desamparada por el fallecimiento de su madre, también soltera, y de acuerdo a lo que relata la trabajadora social, al padre de la menor “no le interesa” hacerse cargo. Esta mujer, está tratan-

do por todos los medios, y con la ayuda del equipo del centro de salud, lograr la tenencia legal de la menor, la cual se sumaría a su actual constitución familiar.

También hay viviendas habitadas por parejas de personas mayores, jubilados y/o pensionados y varios casos de personas solas o con hijos que presentan algún tipo de discapacidad que cuentan con la ayuda de familiares que viven con ellos y colaboran en lo que pueden.

Respecto de las características de las viviendas en relación a sus condiciones de vida existen, por un lado, casas construidas en ladrillo y material, techos de chapa, piso de portland con carpeta terminada y pintadas tanto por fuera como por dentro, puertas y ventanas con aberturas en madera e incluso rejas en algunas de ellas. Por otro lado, están las que son todas de chapa, con refuerzos o columnas de madera, ubicadas más arriba en la barranca, y cuyo acceso a la calle o a pasillos de los accesos a las mismas son escaleras improvisadas, oxidadas y con poca estabilidad.

Si bien la constitución de cada una de estas familias tiene sus particularidades y existen estas diferencias estructurales, todas comparten las mismas características en cuanto al acceso a los servicios básicos como lo son el gas, que es solo con garrafas o calentadores a leña. Al agua potable acceden por medio de conexiones improvisadas que se toman de la calle a través de caños y se van derivando a las viviendas (una por casa), donde desemboca en una canilla al exterior o patio de la misma. En algunos casos a partir de esa canilla se amplía la derivación con caños de agua y la llevan al interior del hogar, principalmente en aquellas familias donde algún miembro que allí vive tiene una ocupación como ayudante de albañil, trabaja en la construcción u otro trabajo similar por lo que sabe hacer este tipo de conexiones. En otros casos se lleva al interior de la vivienda con mangueras o baldes.

La luz la obtienen por conexiones clandestinas directas del cableado aéreo de la red eléctrica de la vía pública hacia el interior de las casas.

Además, no existen cloacas, hay presencia de canales de drenaje con restos de basura y restos propios de su oficio (pescade-

ría), junto con aguas contaminadas y las consecuencias que esto conlleva (bichos, moscas, etc.)

Sumado a estas condiciones de vida presenciamos el malestar de los vecinos que viven en el barrio residencial y de mayor poder adquisitivo que, al estar sobre el asentamiento no dejan de expresar su desprecio hacia esta población llegando a arrojar sus propios residuos domiciliarios hacia los techos de las precarias viviendas.

El equipo de salud al ver esto en el momento que ocurría intervino pidiendo que ya no lo hagan y la respuesta fue de enojo y descontento manifestando que son *“ocupas y que se tienen que ir”*.

Como resuelven sus problemas de salud

Cuando abordamos el tema de la relación con los servicios de salud, nos relatan que la atención de su salud se realiza en el hospital “Dr. Juan Bautista Alberdi”² por una cuestión de cercanía o comodidad, *“me queda más cerca”*, citando sus palabras. Acuden sobre todo ante afecciones de tipo agudo, para lo cual se acercan hasta la guardia, les solucionan la urgencia, pero rara vez siguen la indicación de pedir turno con el especialista o profesional que allí le indicaban. Al preguntar porque se da esta situación hacen referencia a los tiempos en otorgar los turnos y luego el lapso que existe entre el otorgamiento del turno y la fecha del mismo.

Al indagar si recurren a algún método casero ante un problema de salud, ésta premisa no apareció nunca en las diferentes conversaciones, simplemente se remiten al hecho que ante un problema de salud acuden, en su mayoría, al hospital Alberdi.

² Este efector es un hospital de 2° nivel de complejidad que cuenta con Servicio de Guardia de adultos las 24 horas, con capacidad de internación transitoria y Sala de Internación de adultos. Además, desde 1995 funciona un Hospital de día Polivalente de Clínica de Adultos. Así mismo cuenta con un Servicio de Diagnóstico por Imágenes que funciona las 24 horas y cubre todas las necesidades de la guardia, sala de internación, hospital de día y consultorios externos. (Municipalidad de Rosario, s.f.)

Si bien existe un grupo de personas que sí acuden al centro de salud, estos son en su mayoría pacientes mayores de 40 años que presentan alguna patología crónica o personas que requieren asistencia de la trabajadora social.

La llegada de estos pacientes es asumida por el equipo de salud como una oportunidad para que acudan junto a ellos sus hijos, parejas y/o nietos.

Otro aspecto a mencionar en cuanto a la experiencia con el centro de salud es la participación del equipo de salud en éste asentamiento a lo largo de los años, especialmente en el marco de medidas sanitarias obligatorias³. Según los registros del centro de salud, historias clínicas y relatos del personal del equipo, principalmente de enfermería, en relación a las campañas de vacunación nos encontramos con gran participación en el año 2007 con la vacuna para la rubeola en mujeres, y en la campaña “vacúnate si sos macho” del año 2009 en la población masculina.

En el año 2010 se llevo a cabo un relevamiento de PAP, inicialmente prestando atención a la realización o no del mismo y luego como una intervención de concientización e información de la importancia de realizar de este estudio, sin embargo, no puede corroborarse el impacto de esta acción ya que no hay registros en el centro de salud de algún tipo de seguimiento a partir de esto.

El año 2011 se destaca por la aparición de un brote de tos convulsa en esta población, debido a ello, el accionar del centro de salud fue realizar un bloqueo (vacunación a toda ésta comunidad) con vacuna triple bacteriana acelular; al igual que ocurrió con un brote de hepatitis A (en éste mismo año), y se procedió de igual manera, con un bloqueo, vacunando contra hepatitis a toda la po-

³ Cumplimiento de la actividad preventiva de mayor impacto sanitario, como es la inmunización. La misma constituye las bases del control de las enfermedades transmisibles. El objetivo final de la inmunización sistemática es la erradicación de enfermedades; el objetivo inmediato es la prevención individual o grupal de enfermedades inmunoprevenibles. Ocaña, Vizzotti, Gentile. (2008).

Inmunización: acción de conferir inmunidad mediante la administración de antígenos (inmunidad activa) o mediante la administración de anticuerpos específicos (inmunidad pasiva). Ocaña, et al. (2008).

blación. Por último, en el año 2013 se llevó adelante una campaña de vacunación en el lugar para hepatitis B y vacuna antitetánica; siendo ésta la última acción directa por parte del centro de salud hacia la población de la florida.

Percepción sobre su propia salud y las relaciones con los servicios de salud

Quienes se atienden en el Hospital manifiestan variedad de respuestas respecto a la relación con la institución: hay quienes perciben su relación con el hospital como buena, hay otros que han tenido malas experiencias y otros que lo describen como un ámbito que marca las distancias entre paciente y profesional, “*más frío*”.

Cuando entrevistamos a pacientes, que ya están referenciados al centro de salud y a los cuales se les hacen controles periódicos y se les entrega la medicación requerida, la respuesta que encontramos fue que no acuden más al hospital y prefieren el centro de salud porque se encuentran con un ambiente más familiar, donde al entrar saben su nombre, se acuerdan si pidió turno y ante cualquier inquietud que tengan se los atiende con amabilidad. Además, al darles el número de historia clínica y armar la carpeta, ellos mismos preguntan si pueden anexar a ésta sus hijos o nietos para comenzar con su atención en el centro de salud.

Al abordar la temática de percepción, en cuanto a la situación de salud, se transcriben las opiniones y algunos comentarios de forma literal para reflejar con claridad la opinión legítima de los entrevistados.

Cuando fue abordado el tema de cómo perciben su situación de salud, la opinión es compartida, es una “*cagada*”. A esta expresión, en la mayoría de los casos, inmediatamente le sigue: “*lamentablemente el actual presidente no valora los profesionales ni los sueldos*”, “*en la salud tienen bajo presupuesto de vida, como puede ser que estudien tantos años, los médicos, igual los maestros y están por debajo a los salarios de los legisladores*”. (2016-2018)

En cuanto a la atención en si misma nos encontramos con opiniones como: *“a veces faltan medicamentos, pero pasa en todos lados”, “los sistemas de la guardia por ahí veo que fallan, porque si no vas con las tripas afuera no te atienden, tendrían que dividir la guardia en dos: una para los graves urgentes y otra para los accidentes caseros o dolor de panza...”*.

También nos expresaron opiniones en relación al Centro de Salud como: *“del centro de salud no me puedo quejar, siempre me atienden bien”*. *“...la salud en Santa Fe la veo muy bien y estoy conforme con la atención porque te dan todo lo que necesitas. Mi tío y mi prima viven en otras provincias y desde una aspirina la tienen que comprar, a mi tío no lo veo bien, le digo que venga a Santa Fe que lo van a atender bien y va a estar mejor porque a veces no tiene plata para comprar los remedios...”*.

Cuando se abordó el tema específico de los problemas de salud bucal, los mismos no son concebidos por esta población como algo “especial” que debería tener un tratamiento diferencial. Es asumido como cualquier otro problema de salud y manifiestan los mismos recorridos y percepciones que con su salud general.

Conclusiones

A modo de hacer una síntesis podemos concluir que, la población descripta acude mayormente al hospital Alberdi, aunque no es de su total agrado, ya sea tanto por las cuestiones de atención de Guardia o por la calidad humana que encuentran. A pesar de estas dificultades, la accesibilidad geográfica es lo que termina definiendo que esta comunidad concorra mayoritariamente al Hospital. Y posiblemente se encuentren condicionados también por el hecho de tener una guardia las 24 hs los 365 días del año y poder resolver sus problemas agudos, aunque sin darle una continuidad a la atención producto de la organización de la institución.

Las condiciones de vida aquí están íntimamente ligadas a los problemas de salud que prevalecen en esta población, ya sea por falta de servicios como agua o cloacas, o por las condiciones de hacinamiento que hemos descripto; situación que debería hacer-

Análisis y reflexiones sobre la accesibilidad: la salud en un barrio de Rosario

nos plantear la necesidad de un trabajo intersectorial y de mayor seguimiento y sistematización por parte del equipo del centro de salud por tratarse de la población más vulnerable de su responsabilidad.

No queremos dejar de lado la expresión de la población en torno a la preocupación respecto de la situación social del país y la de los trabajadores de salud y educación. Población que, a pesar de tener condiciones de vida muy diferentes e inequitativas, logran hacer un ejercicio de empatía hacia otros grupos más favorecidos que ellos.

La comunidad tiene claros saberes acerca de éstos asuntos, además de lo relacionado estrictamente a la atención, la distribución más apropiada de una guardia a la que acude tanta gente y expresan sus puntos de vista como usuarios exclusivos del servicio.

Al referenciar los problemas de salud bucal, esta comunidad no lo entiende como un fraccionamiento de la salud total del cuerpo y nos deja pensando que tal vez las propias profesiones con las características específicas de cada una son las que fragmentan a las personas por patologías pero en algún punto perdiendo de vista, que la atención de la salud se hace desde un todo, como lo es el mismo ser humano.

Por otro lado, se redimensiona en función de los parentescos en otras provincias el tipo de atención que existe en Rosario, comparándolas en aspectos de entrega de medicación donde allí se las deben comprar, haciendo una sugerencia de trasladarse a Santa Fe por cuestiones de salud.

Existe un cierto desconocimiento acerca del servicio que brinda el centro de salud, donde surgieron las dudas en cuanto a vacunación y control periódico en general; este es un punto importante para poder preguntarse si ese desconocimiento no está en relación al modo de trabajo del centro, que debería plantearse más acciones cercanas a la población, cumpliendo con una de las premisas de la APS (atención primaria de salud), que es llevar la atención en salud lo más cercana a la población posible.

Si bien por parte del centro de salud se toman medidas preventivas y de participación a lo largo de los años, éstas están más encasilladas en campañas a nivel nacional o por cuestiones de

brotos puntuales que requieren un bloqueo y resolución rápidas; dichos brotes por enfermedades infecto contagiosas que están en íntima relación a las condiciones de vida de esta población. Esto muestra cómo logra organizarse el equipo frente a estas acciones “obligatorias”, pero que no está pudiendo realizar un estrecho vínculo con la población que traspase las acciones esporádicas.

En términos de esas diversas barreras u obstáculos, toma preponderancia el concepto de Stolkiner quien plantea que “la Accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Stolkiner y otros, 2000). Este vínculo surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000: 282).

Con esta conceptualización de Accesibilidad observamos dos actores sociales, los sujetos que requieren de los sistemas de salud, por un lado, y los servicios que estos sistemas brindan, la disponibilidad para contener “sujetos necesitados de atención”, por el otro.

Al ver todo lo planteado es posible reflexionar que, si bien el centro de salud reconoce a ésta población como de su responsabilidad e intenta un mayor acercamiento, eso no resulta suficiente para lograr la adscripción de la totalidad de éste grupo de modo que tenga una afluencia periódica en cuestiones de prevención y controles, ser parte del centro de salud y acceder además a toda la información brindada por parte del centro. Sería necesario, en éste punto, una mayor intervención y participación activa desde el centro de salud hacia la comunidad para lograr llevar a cabo con éxito esta función. De este modo el equipo de salud debería replantearse su rol como uno de los actores indispensables en la construcción de la accesibilidad, ya que las representaciones de la comunidad están construidas sobre una experiencia concreta en su relación con el sistema de salud.

Por lo tanto, esa accesibilidad tan deseada necesita de una profunda reflexión en torno a la posibilidad y al modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de salud, se pon-

drían en juego vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, etc., entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de las etnias, de modos de disciplinamiento, etc. Es decir que se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la propia historia del individuo.

En este sentido es importante replantearse nuestro rol como trabajadores de atención primaria y qué lugar nos corresponde en tanto constructores de las representaciones de la comunidad respecto al sistema de salud.

Bibliografía:

Padua, J (1979). El proceso de investigación. En técnicas de Investigación aplicadas a las ciencias sociales. México: Fondo de Cultura Económica. , [Archivo PDF]. <https://www.academica.org/000-039/179.pdf>

Stolkiner y Otros, (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires - Editorial Dunken.

Otero y Otero. (2003) Glosario de Términos de Auditoría en Salud en: <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 10 de Junio de 2003 PNUD (1997): Informe sobre Desarrollo Humano. Edición 1997

Hamilton G. (2001). Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003.

Comes Y. (2006). Accesibilidad: una revisión conceptual. Doc. laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.

“Organización del trabajo de campo” apunte otorgado por coordinadoras de la concurrencia para Odontólogo Generalista y de Familia. Rosario. Santa fe. Argentina. Año 2017.

Anexo I. Propuesta metodológica. Apunte de concurrencia como Odontólogo Generalista y de Familia, Rosario, Santa Fe, Argentina. 2017.

Fuentes de información primarias y secundarias brindadas por el Centro de Salud “12 de Octubre”. CAPS N° 7. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Municipalidad de Rosario, s.f. Hospital Dr. Juan Bautista Alberdi. Rosario, Santa Fe, Argentina. Publicado en:

<http://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/hospitales/hospital-dr-juan-bautista-alberdi>.

Lic. Graciela Ocaña, Ministra de Salud de la Nación. Dra. Carla Vizzotti, Programa Nacional de Inmunizaciones, Dra. Ángela S. de Gentile, Coordinadora del Equipo de Elaboración y Revisión de Normas del Programa Nacional de Inmunizaciones. Edición 2008.

Ministerio de Salud de la Nación Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios Subsecretaría de Prevención de Enfermedades y Control de Riesgos Dirección Nacional de Prevención de Enfermedades y Riesgos Dirección de Epidemiología. Normas Nacionales de Vacunación [Archivo PDF] <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000042cnt-03-normas-vacunacion-08.pdf>

Índice

<i>Prólogo</i>	
Sara Fe de la Mella Quintero	5
<i>Prólogo 2</i>	
Juan Maximiliano Herrmann	7
<i>Este libro: ¿por qué y para qué?</i>	
Analia Elba Sendra y Andrea Obregon	11
<i>La Odontología en el campo de la Salud Pública</i>	
Andrea Obregón	19
<i>Territorio qom. Historia de inequidad en un barrio de la ciudad de Rosario</i>	
Facundo Antuña	39
<i>Accesibilidad y modelo de atención en contextos de encierro. La experiencia de IRAR</i>	
Analia Elba Sendra	51
<i>¿Y todo esto merece la pena?</i>	
Evelyn Capoulat	63
<i>Participación comunitaria como factor determinante del acceso a los servicios de atención primaria de salud</i>	
Muriel Pérez	75
<i>Estrategias intersectoriales: la construcción de un “afuera” posible desde “adentro”. (Experiencia de trabajo en Instituciones de menores en conflicto con la ley)</i>	
Andrea Obregón	87

<i>El arte como parte de la clínica ampliada: Mandalas para sanar</i> Emmanuel Mayolino Kemerer y Ludmila Baccifava	103
<i>Accesibilidad en salud bucal. Volviendo visible lo invisible</i> Analia Elba Sendra	117
<i>Los muros y las redes, construyendo salud en contextos de encierro</i> Muriel Pérez	127
<i>Enfoque interdisciplinario en APS. Clínica ampliada, relato de un caso</i> Reynares, Ayelen y Barbero, Evangelina	137
<i>Salud bucal y determinantes sociales: experiencia colectiva en una institución semicerrada</i> Guadalupe Sosa	151
<i>Análisis y reflexiones sobre la accesibilidad: la salud en un barrio de Rosario</i> Janina Brunori	161

Salud bucal: un enfoque General y Familiar hacia la Salud Colectiva

La formación General y Familiar en salud bucal es un aporte sustancial a un modelo de organización de los servicios de salud garantes de derecho. Ha sido sumamente innovadora en la provincia de Santa Fe mediante la Concurrencia en Odontología General y de Familia, formación de posgrado donde el perfil obtenido constituye un eslabón consustancial en la construcción de la "Salud Colectiva Latinoamericana". Esta propuesta converge desde las ciencias sociales y de salud siendo capaz de incidir en la determinación social de la salud, fortaleciendo los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de las personas con una mirada contra-hegemónica. En estos tiempos más que nunca, es necesaria la transformación de la salud (donde el Estado debe ser su garante) y el enfoque colectivo recupera al "sujeto", al ciudadano, potenciando su capacidad de lucha contra las adversidades.

Asistimos a una gran fragmentación y mercantilización de la salud bucal por fuera de la salud "integral". El campo General y Familiar involucra aspectos asistenciales de diversa magnitud en tanto exceden la habitual práctica de exodoncia en los servicios estatales, para proponer tratamientos conservadores y personalizados. Aborda la prevención desde una mirada diferente a la antigua concepción higienista, en los diferentes niveles preventivos: primario, secundario y terciario e incluye prácticas que mejoran radicalmente la salud bucal de las personas y por ende la salud integral. Considera a los sujetos en su entorno, sus familias y comunidades dotando de conocimientos que exceden a la odontología clásica ya que se propone interpretar los procesos que ocurren en los territorios donde se desempeñan los equipos de salud, en todos los niveles asistenciales de la red de servicios y fundamentalmente en el primer nivel. Dado que las transformaciones también dependen de las personas, los equipos donde la salud bucal tiene esta praxis cotidiana logran estirar los límites de lo posible en el acompañamiento de las poblaciones hacia un buen vivir.

Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar



**Laborde
Editor**