

Número 1 - Año 2023

CUADERNOS DE PENSAMIENTO Y PRAXIS EN SALUD BUCAL LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

*Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud FAMG
Grupo de trabajo de Salud Bucal y Odontología Crítica.*



Sobre esta publicación

Estos cuadernos incluyen, los siguientes tipos de aportes: artículos de investigación original, de opinión y análisis, revisiones bibliográficas, relatos de experiencias, etc. Es una publicación de acceso libre, en formato digital, que será divulgado en la página web de FAMG. Les integrantes de los equipos de salud que adhieran a la perspectiva de la Salud Colectiva y deseen publicar en nuestros cuadernos enviar mail al saludbucalfamg@gmail.com

Presidenta:

Pilar Galende
APaMGFES (La Pampa)

Vice-Presidenta:

Andrea Obregón
ASMGyF (Santa Fe)

Secretaria:

Arminda Mattar
AMGyES (San Luis)

Pro-Secretaria:

Mercedes Albornoz
AMES (CABA)

Tesorero:

Martín Vargas Enríquez
SMR (Neuquén)

Pro-Tesorera:

Andrea Lascano
SMGT (Tucumán)

1º Vocal Titular:

Adriana Rotela
ARES (Río Negro)

2º Vocal Titular:

Luz Díaz
ADESAJ (Jujuy)

1º Vocal Suplente:

Diana Sacco
ASMGyF (Santa Fe)

2º Vocal Suplente:

Carlos Rodríguez
SMGT (Tucumán)

1º Sindico:

Silvina Fábregas Lengard
AMGBA (Buenos Aires)

2º Sindico:

María Beatriz Taboada
APARSE (Santiago del Estero)

Síndico Suplente:

María Laura González
ACorES (Córdoba)

Tribunal Revisor de Cuentas:

Juan Pedro Bonifazzi
ASMGyF (Santa Fe)
Esteban Vianello
APaMGFES (La Pampa)
Víctor Orellana
SMGT (Tucumán)

Secretaría de Asuntos Científicos:

Érica Montaña
APaMGFES (La Pampa)

Secretaria de Prensa y Difusión:

Alejandro Poudes
AcFudES (Tierra del Fuego)

Secretaría de Relaciones Internacionales:

Darío Montenegro
ASMGyF (Santa Fe)

Comisión Nacional de Residentes:

Julieta Dibur
ASMGyF (Santa Fe)
Laura Micelotta
ARES (Río Negro)
Valentina Rodríguez
AMES (CABA)
Carolina Murcani
SMGT (Tucumán)

Equipo editorial

Carolina Baratti
Andrea Obregón
Analía Sendra
Sharon Smith
Muriel Pérez

Diagramación

Virginia Zurita

>> Índice

PRÓLOGO. Dra. Pilar
Galende. Pag. 4

EDITORIAL
Pag.5

**¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO
HABLAMOS DE SALUD COLECTIVA?**
Od. Analía Sendra
Pág. 6

**SALUD BUCAL PARA LOS EQUIPOS DE
SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**
Comisión de Odontología Crítica y Salud
Bucal
Pag. 9

**EL LUGAR DE LA ENUNCIACIÓN COMO UN
EJERCICIO EPISTEMOLÓGICO NECESARIO
PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD
COLECTIVA Y EN LA CONTRIBUCIÓN DEL
PENSAMIENTO CRÍTICO EN SALUD BUCAL.**
Od. N. Odeth Santos Madrigal
Pág. 14

**ARRIBA LOS DERECHOS. ARRIBA LAS
WHIPALAS. ABAJO LA REFORMA:**
Crónica y reflexión sobre los hechos
del Jujeñazo. Junio 2023. Od. María
José Álvarez Carreras
Pág. 21

**DESAFIOS PARA LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN
SALUD BUCAL. Pensar el género.** Od. Andrea Obregón
Pág. 29

>> Prólogo

Quiero en estas líneas dejar mi saludo afectuoso y reconocimiento a todo el equipo de la Comisión de Salud Bucal y Odontología Crítica por esta magnífica tarea de indagación, de reflexión y escritura en un campo tan esencial para la vida humana, aunque a la vez poco visibilizado bajo el poder médico que hegemoniza el pensamiento en salud.

La fragmentación del conocimiento se ha convertido en un síntoma de malestar epistémico (y epidémico), que jerarquiza algunos saberes por sobre otros, al cual sin lugar a dudas este trabajo contribuye a revisar y revertir.

Estos cuadernos sistematizan ese recorrido y nos devuelven la pregunta sobre los alcances de la integralidad del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, dejando en claro que la determinación social de la salud se hace visible en primer lugar en la sonrisa de nuestros pueblos.

La centralidad del género en la comprensión de los problemas que afectan la salud bucal da cuenta del modo en que esta dimensión atraviesa toda nuestra existencia y su enunciación se convierte

en un acto de justicia porque, finalmente, la voz humana comienza por allí, por nuestra boca, que dice, denuncia y grita frente a un sistema sanitario sostenido en prácticas sexistas fuertemente institucionalizadas.

Hablar del cuidado en la salud bucal resignifica el sentido de una odontología al servicio de las personas, las familias y la comunidad y como parte indivisible de la promoción, prevención y atención integral en el equipo interdisciplinario de salud.

Gracias por invitarnos a iniciar este camino junto a ustedes, con seguridad será un paso más hacia adelante en nuestro compromiso con el derecho a la salud.

Pilar Galende.
Especialista en Medicina General.
Presidenta FAMG.

>> Editorial

Esta publicación nace desde el grupo de trabajo de Salud Bucal y Odontología Crítica de la Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud (FAMG), con el fin de conformar un espacio editorial para el pensamiento crítico de la salud bucal, desde el paradigma de la Salud Colectiva.

Pretende ser un medio de información y difusión científica en materia de salud bucal como parte de un proceso más complejo, ya no pensando en la clásica fragmentación de la boca y sus anexos, sino con una mirada que enriquecida desde las ciencias sociales permita pensar la determinación social como parte fundante del componente bucal del proceso salud-enfermedad –cuidado. Con anclaje en las directrices que orientan a la FAMG como el derecho a la salud, la universalidad, la equidad, la integralidad, la gratuidad, la sustentabilidad, la biodiversidad, el monitoreo y la gestión del sistema de salud.

Tiene el objetivo de construir un espacio que aporte a la reflexión crítica de nuestra disciplina y que se constituya en una construcción colectiva en la cual socializar y publicar artículos científicos, relatos de experiencias, investigaciones vinculadas a la salud bucal de las diferentes disciplinas del

campo de la salud que aborden la determinación social, los diversos actores que forman parte del proceso salud/enfermedad/atención /cuidado y la complejidad de dicho proceso en salud bucal desde la perspectiva de la salud colectiva.

Asimismo, poder socializar construcciones del conocimiento en relación a las políticas públicas que abordan los problemas de salud bucal. En este sentido, planteamos como paso necesario e imprescindible la verdadera incorporación de la odontología a los equipos de salud para construir una disciplina con impacto social que reconfigure su objeto de trabajo, basado en las necesidades de la comunidad, desde la perspectiva de género y diversidades y como única manera de formar parte del compromiso de la garantía del derecho a la salud.

**Comisión de Salud Bucal y Odontología
Crítica, 2023**

>> ¿De qué hablamos cuando hablamos de Salud Colectiva?

Analía Sendra

Odontóloga (UNR). Trabajadora de Salud Pública. Integrante de ASMGyF (Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar). Miembro del grupo de trabajo de Salud Bucal y Odontología Crítica FAMG (Federación Argentina de Medicina General).

ALGO DE HISTORIA

La Salud Colectiva surge hacia fines de la década del 70, con la intención de construir un nuevo paradigma que reinterprete la salud pública, la salud comunitaria y la medicina social y preventiva, que venían siendo cuestionadas en los últimos años, lo que constituyó la llamada “crisis de la Salud Pública”

Para poder comprender el concepto de Salud Colectiva, es necesario en principio, realizar algunas reflexiones acerca de las concepciones del término salud y los paradigmas dominantes, para así poder pensar en su interrelación.

La medicina fue reconocida como un campo de prácticas y saberes vinculados a la prevención y curación de enfermedades, así como la preservación de la salud. Si realizamos un recorrido histórico epistemológico, veremos que la medicina fue definida como una “ciencia” o una profesión, vinculada al proceso social y al desarrollo científico, dando como resultado la definición del término salud desde una perspectiva netamente biológica.

La llamada corriente de la “medicina social”, se puede decir que surge simultáneamente en varios países europeos en 1848, al mismo tiempo que se produce una transformación de procesos demográficos, comienza crecer el número de población, y se desarrolla un cambio profundo en el modo de producción económica. Dentro del contexto en el que se desarrolla la Revolución Industrial, el fin de la medicina

parece ser mantener y mejorar la fuerza de trabajo. Ya en el siglo XX (por los años 70), en esta corriente se reconoce la importancia de la definición de la salud no como un estado, sino como un proceso, denominado “de salud – enfermedad” donde se contempla un vínculo estrecho entre la sociedad y el contexto, y se piensa que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población depende no solo de simples intervenciones médicas sino que deben involucrarse intervenciones desde lo social. Por lo tanto, en la concepción de la medicina social se incorpora la necesidad de comprender el “carácter social” y de concebir la “determinación social” en el proceso de salud enfermedad (PSE), lo que conlleva a incluir la construcción histórica de dicho proceso. Se reconoce, a su vez, que el PSE tiene relación con los diferentes sistemas de salud que se presentan en los distintos países, y es por ello que se amplía el objeto de conocimiento denominado Proceso de Salud-Enfermedad-Atención (PSEA). Este PSEA tiene una vinculación aún más estrecha con la sociedad, requiriendo un trabajo multinivel (en relación a los diferentes tipos de organización de los gobiernos: nacional, federal y local) e intersectorial, y que, a su vez, éste involucra a la población a través de su participación.

SALUD COLECTIVA: ámbito de prácticas y campo científico

La salud pública tradicional miró a los usuarios como su “objeto” de estudio e intervenciones, desde la ciencia positivista y la norma funcional, mientras que desde el paradigma de la Salud Colectiva, se intenta observar a los sujetos individuales o colectivos, creando y generando su propia salud en el vivir cotidiano. Es en este punto, donde ciertos conceptos aportados por las Ciencias Sociales, se transforman en fundantes de este nuevo posicionamiento, con categorías como representación social, colectivo, individuo, sociedad, habitus.

La Salud Colectiva entonces, integra distintos saberes de áreas como las ciencias sociales, la epidemiología, y la planificación estratégica, poniendo como eje el estudio del sujeto que vive en sociedad, sus representaciones y la determinación social, comprendiendo que los modos de vida determinan cómo viven, enferman y mueren las sociedades. Esta nueva visión, contempla las controversias y tensiones conceptuales acerca de la salud, e incorpora nuevas categorías de análisis como poder, interculturalidad y género, fundamentales para interpretar el PSEA en su total complejidad.

“La Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad de las poblaciones en su carácter de proceso social.”

Podemos afirmar que la Salud Colectiva se constituye, en un conjunto complejo de saberes, prácticas técnico científicas, ideológicas, culturales, políticas y económicas, vinculadas al campo de la salud, que involucran a las instituciones asistenciales, así como de enseñanza, investigación, organizadas por la sociedad civil, involucradas en defender el derecho a la salud.

De este modo la Salud Colectiva se consolida como ámbito científico y campo de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras. Debe ser entendida como un campo de conocimiento permanente e inacabado, en continua discusión y formación.

En tanto Campo de conocimiento, la Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad de las poblaciones en su carácter de proceso social. Investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social, procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y organiza para enfrentarlo. Puede ser considerada de naturaleza interdisciplinar, constituida básicamente por la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales.

Contempla las investigaciones sobre el estado sanitario de la población, el desarrollo de políticas de salud, la relación existente entre los procesos de trabajo y enfermedades, así como las intervenciones de grupos y sociedades. Las disciplinas que complementan este campo son la estadística, la demografía, la clínica, las ciencias biomédicas. Cobra fundamental importancia lo transdisciplinar, multiprofesional, interinstitucional y transectorial

En tanto ámbito de prácticas, la Salud Colectiva abarca determinadas prácticas que toman como objeto las necesidades sociales en salud, como instrumentos de trabajo de distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales (duras y blandas), y sus actividades se caracterizan por ser intervenciones centradas en grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización, para la producción del cuidado en salud (Almeida Filho-Paim 1992)

Breve conclusión

Podríamos afirmar, que la Salud Colectiva entonces, se consolida como un campo de intervención multidimensional, en el cual el objeto posible de producción de salud-enfermedad-cuidado, es un objeto de alta complejidad y que se define en su configuración más amplia.

Es decir, es imposible abordar estos problemas desde una sola faceta, sino desde la integralidad del campo de la salud.

En cuanto al objeto de intervención, Sousa Campos (1991) nos dice que si la enfermedad es colocada entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, clínica. Entonces, es el enfermo, la persona, el objetivo del tratamiento, y no la enfermedad, de este modo, el énfasis no está más puesto en el proceso de cura, sino en el proceso de invención de la salud y de reproducción social del paciente. No se trata ya de un enfermo general, sino de un sujeto concreto, social, subjetivamente construido.

La Salud colectiva en tanto campo en permanente construcción, trabajara con sujetos y grupos sociales concretos, en donde el énfasis estará puesto sobre la existencia concreta de los mismos, pensando no solo en las posibilidades de “construir” salud para estos sujetos y grupos sociales, sino teniendo en cuenta la reproducción social de las personas, entendiendo a la misma como ejercicio de ciudadanía y de participación social.

Bibliografía

- ALMEIDA FILHO, N., PAIM, J.S. 1999. *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales*, 75:5-30.
- AMARANTE, P. 1996. *O ovo da serpente*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- BASAGLIA, F. 1985. *A institucao negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Editora Graal, Segunda edición. Rio de Janeiro.
- CAMPOS, G. W. S. *Gestión en salud, en defensa de la vida*. Lugar editorial. Buenos Aires, 2001.
- TESTA, M. *Pensar en salud*. 1 a ed. 6ª reimp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial, 2014.

>>> Salud bucal para los equipos salud en el primer nivel de atención

Este artículo es parte de un documento elaborado a partir de una revisión bibliográfica de problemas de salud bucal y su relación con diferentes problemas que cotidianamente afectan a la población a la que va dirigida nuestra tarea, en el marco de entender la integralidad como una directriz imposible de escindir de la interdisciplina. El trabajo interdisciplinario tiene como rasgo significativo la socialización de saberes disciplinares y ofrece herramientas con el convencimiento de que, desde una sola disciplina, es imposible abordar la complejidad de los problemas de salud.

Buscamos fortalecer las capacidades locales para la gestión de políticas y respuestas a favor de las comunidades, y pretende que el equipo de trabajadorxs de la Atención Primaria en Salud, redimensione las estrategias de salud bucal, buscando aumentar su efectividad, universalidad, equidad e integralidad.

Es un compromiso y proyecto de trabajo del Grupo de trabajo de Salud Bucal y Odontología Crítica de la Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud (FAMG) que busca promover un cambio en el enfoque y la estrategia, en post de reducir el impacto epidemiológico, económico y social de la caries dental y, de posicionar la salud bucal como un derecho ciudadano.

Somos conscientes de que la tarea del cuidado de la salud bucal de la población es responsabilidad de lxs odontólogxs, pero también sabemos que la misma, solo es un componente de un proceso mucho más complejo, que necesariamente debe ser abordado desde la mirada del equipo de salud y con anclaje en la determinación social del proceso salud enfermedad,

En este sentido, y en un intento de compartir ciertos saberes que nos permitan la construcción de saberes nuevos y colectivos, armamos este consolidado, que será compartido por fragmentos en esta publicación, con algunas recomendaciones que creemos es importante socializar.

Grupo de trabajo de Salud Bucal y Odontología Crítica FAMG

Infancias y personas gestantes.

Las consultas periódicas con lxs integrantes del equipo de salud a fin de llevar adelante el acompañamiento de los cuidados de las infancias y personas gestantes, constituye, desde nuestra perspectiva, una oportunidad para el trabajo interdisciplinario en la promoción de la salud oral y prevención de las enfermedades bucodentales.

Las acciones cotidianas que realizamos en el primer nivel de atención pueden constituir una oportunidad de pensar: consultorio conjunto, referenciación directa (con acceso facilitado) a lxs odontólogos o cualquier otra estrategia pensada al interior del equipo que potencie este espacio generalmente sistematizado por los equipos y la población. Que jerarquice la adscripción de pacientes y familias de forma territorial e implique la responsabilidad integral y longitudinal sobre el cuidado de la salud de la población.

Las siguientes son algunas cuestiones para tener en cuenta según líneas de cuidado que aportan al sostenimiento de la salud bucal.

Personas gestantes

La atención de personas gestantes debe comenzar al inicio de las consultas prenatales, para orientar a una consulta odontológica que incluya mínimamente las siguientes actividades:

- Orientación sobre las posibilidades de atención durante el embarazo;
- Planificación de prácticas preventivas.
- Identificación de patologías bucales;
- Diagnóstico de lesiones de caries y necesidad de tratamiento.
- Diagnóstico de gingivitis y lesiones

periodontales por el Riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer

- Orientación sobre los cuidados propios y a futuro los cuidados del infante.
- Construir espacios de saberes compartidos desmitificando que el embarazo pueda provocar pérdidas de piezas dentarias, concientizar sobre la posterior transmisibilidad bacteriana.

Una creencia popular hace responsable al embarazo como causa de caries y descalcificación de piezas dentarias. Es común escuchar en la consulta por “cada hijo un diente”, este mito es muy importante que sea aclarado ya que ningún factor provocado por el embarazo influye en la descalcificación de las estructuras de las piezas dentarias tanto de la persona gestante como del feto, al menos directamente.



Es importante destacar que las personas embarazadas pueden recibir tratamientos odontológicos durante todo el curso del embarazo, sin necesidad de autorización del médico tratante, salvo que se trate de embarazos de riesgo, situación que requiere la interconsulta y planificación conjunta del tratamiento.

La atención puede realizarse en cualquier momento del embarazo siendo el 2do trimestre el más recomendado. El aumento de los niveles hormonales se asocia a enfermedades bucales como la gingivitis del embarazo.

Los síntomas como náuseas y vómitos pueden llegar a producir erosión del esmalte. Este malestar trae dificultades en relación a la higiene bucal por lo tanto habrá acumulación de placa bacteriana, inflamación gingival y riesgo de caries dental, lo que se agrava al asociarse a los cambios en la alimentación, modificaciones vasculares y débil respuesta inmunológica.

Relación de la enfermedad periodontal con el parto prematuro y bajo peso al nacer.

La mayoría de los artículos científicos, tanto de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas muestran el posible vínculo entre la enfermedad periodontal, y el riesgo de partos pretérmino y de infantes con bajo peso al nacer. Los problemas radican en que las infecciones de las personas gestantes (entre ellas las alteraciones bacteriológicas periodontales), producen una perturbación en la gestación regulada por hormonas, lo que provoca la ruptura prematura de las membranas.

Nos resulta fundamental y valioso que el equipo brinde un espacio para conversar sobre las dudas y miedos en relación a lo desarrollado, brindar toda la información necesaria, teniendo en cuenta sus deseos y decisiones, así como también la importancia de un parto respetado avalado por la Ley 25.929 de Parto Humanizado y acompañamiento durante el puerperio y la lactancia.

Infantes de 0 a 3 años.

- **Higiene oral:** Es importante que la higiene oral se realice desde la aparición del primer diente, puede hacerse con una gasa o cepillos pequeños (o dedal de silicona). Antes de la erupción de incisivos, higienizar encías con gasa y desde erupción de incisivos, utilizar cepillos chicos y de consistencia suave. No usar pasta dental.

- **Uso el chupete:** la utilización del chupete posterior a los 3 años puede provocar maloclusiones, mordida abierta anterior, seguida de paladar ojival, protrusión de incisivos superiores, deglución y fonación atípicas, siendo la edad de 2 y 3 años la etapa etaria más afectada. Si les niñxs usan chupete, debe ser anatómico y usarlo como máximo hasta los 36 meses.



En esta etapa es importante definir estrategias en el equipo de salud para prevenir la Caries temprana de la infancia, caries rampante o caries de biberón (CTI) es una forma severa y particular de caries, que afecta la dentición temporal de lactantes y niñxs preescolares comprometiendo por lo general numerosos dientes, y produciendo una rápida destrucción e infección subsiguiente del tejido dentario. A consecuencia de este daño oral, la CTI en los niños puede causar dolor, dificultades funcionales, desórdenes de salud general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de urgencia, lo que conlleva a una menor calidad de vida.

Con relación a los aspectos epidemiológicos, la CTI constituye un serio problema de salud pública, siendo más prevalente en poblaciones con condiciones de vida vulnerables y dificultades de acceso al sistema de salud en donde la prevalencia alcanza hasta un 90%. (Miles, 1996)

- **Biberón:** Al igual que con el chupete, en lo posible recomendar evitar que lxs niñxs se duerman con un biberón con leche, jugo de frutas

o líquidos endulzados, gaseosas, ya que son causa de la aparición de la CTI (Caries temprana de la infancia).

- **Transmisibilidad bacteriana:** Explicar la posibilidad de transmisión bacteriana por parte de lxs cuidadorxs, ya que entre los 16 y 29 meses de edad lxs niñxs presentan mayor susceptibilidad para la adquisición de streptococomutans, esto incide la aparición del primer molar temporario.

Infantes a partir de los 3 años.

Es importante indicar la necesidad de la consulta odontológica para definir estrategias de prevención y promoción de la salud, la conservación de los dientes temporarios que no solo afectan la calidad de vida de las infancias, sino que además constituyen las piezas indispensables para prevenir maloclusiones en los dientes permanentes. Durante toda esta etapa es valioso conocer los tiempos que necesita cada unx para realizar una práctica desmitificando la idea de que como son “dientes de leche” no podemos hacer nada o que no duelen.

En cuanto a los dientes permanentes, a los 6 años erupciona el primer molar permanente, sin haberse producido la pérdida de ninguno de los temporales, y a partir de esa edad comienza el recambio dentario, momento importante para la definición de acciones que eviten la aparición de caries en estas piezas dentarias.



Coincidentemente con la solicitud del control de salud bucal para el ingreso escolar, este es un momento para tomarlo como una oportunidad de trabajo conjunto.

El recambio continuará hasta los 12 o 13 años. Sigue siendo de gran importancia el seguimiento, los controles y el acompañamiento, las prácticas preventivas (sellantes o flúor) no sólo para prevenir caries, sino también para identificar otras patologías como piezas dentarias retenidas, lesiones de tejidos blandos, maloclusiones, etc.

La CTI en los niños puede causar dolor, dificultades funcionales, desórdenes de salud general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de urgencia, lo que conlleva a una menor calidad de vida.

Cabe destacar la mirada que debe tener el equipo de salud con anclaje en los determinantes sociales del proceso salud enfermedad atención cuidado, ya que la presencia de caries no constituye un proceso netamente biológico, debemos situarnos como equipo en el contexto territorial.

Es importante saber quién está a cargo del cuidado de las infancias, para poder trazar estrategias que ayuden a la prevención.

Es necesario destacar el uso del cepillo sin la necesidad exclusiva de utilizar pasta dental. La remoción de la placa bacteriana sólo con cepillo será suficiente.

Compiladoras:

- OD. Ma. Carolina Baratti. Trabajadora de la salud pública. Odontóloga.

Esp. en Endodoncia. Integrante del Grupo de Trabajo de Odontología Crítica famg.

- -Od. Muriel Perez .Trabajadora de salud bucal. Odontóloga en 1er nivel de atención. Rosario - Santa Fe.
- Odontóloga generalista y de familia . Concurrencia Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe .Integrante del Colectivo de Trabajadorxs de Salud Bucal. Miembro de la Asociación de Medicina General de Santa Fe / Federación Argentina de Medicina General (FAMG). Educadora popular. Pañuelos en rebeldía - Escuela de los pueblos del Abya Yala.
- -Od. Sharon Schmidt. Facultad de Odontología (UNR). Odontóloga Generalista y de Familia (Cohorte 2014-2017). Trabajadora en Hospital Protomédico Manuel Rodriguez. Recreo, Santa Fe. Miembro de la Asociación Santafesina de Medicina General (ASMGy F). Miembro del Grupo de trabajo de Salud Bucal y Odontología Crítica. FAMG.

Bibliografía

1. Silveira MF; Santos IS; Barros AJD; Matijasevich A; Barros FC; Victora CG. (2008) Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública.*; 42(5):957-64.
2. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, Mckay R, Beck J. (1996) Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol.*; 67:1103-1113.
3. Polyzos NP; Polyzos IP; Mauri D; Spyridon T; Tsappi M; Cortinovis I; Casazza G. (2009) Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.*; 225-232.
4. Dasanayake AP, Boyd D, Madianos PN, Offenbacher S, Hills E. (2001) The association between *Porphyromonas gingivalis*-specific maternal serum IgG and low birth weight. *J Periodontol.* ; 72(11): 1491-1497.
5. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenberg RL, Hauth JC. (2001) Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *J Am Dent Assoc.* ;132:875-880.
6. Jeffcoat M, Hauth JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Hodgkins PM, Goldenberg RL. (2003) Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol.* ;74:1214-1218.
7. Boggess KA, Moss K, Madianos P, Murtha AP, Beck J, Offenbacher S. (2005) Fetal immune response to oral pathogens and risk of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* ; 193,1121-6.
8. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho IS, Vianna MI, Santosa CT. (2005) Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Rev. Saúde Pública.* ;39(5): 782-7.
9. Gazolla CM, Ribeiro A, Moysés MR, Oliveira IAM, Pereira IJ, Sallum AW. (2007) Evaluation of the incidence of preterm low birth weight in patients undergoing periodontal therapy. *J Periodontol.*;78:842-848.
10. Lin D, Moss K, Beck JD, Hefti A, Offenbacher S. (2007) Persistently high levels of periodontal pathogens associated with preterm pregnancy outcome. *J. Periodontol.* ;78 (5): 833-841.
11. Khader Y, Al-shishani L, Obeidat B, Khassawneh M, Burgan S, Amarin ZO, Alomari M, Alkafajei A. (2009) Maternal periodontal status and preterm low birth weight delivery: a case-control study. *Arch Gynecol Obstet.* ; 279:165-169.
12. Lohsoonthorn V, Kungsadalpipo K, Chanchareonsook P, Limpongsanurak S, Vanichjakvong O, Sutdhibhisal S, Wongkittikrain N, Sookprom C, Kamolpornwijit W, Jantarasangaram S, Manotaya S, Siwawej V, Barlow WE, Fitzpatrick AL, Williams MA. (2009) Is maternal periodontal disease a risk factor for preterm delivery? *Am J Epidemiol.* ;169(6):731-9.
13. Srinivas K; Sammel MD; Stamilio DM; Clothier B; Jeffcoat MK; Parry S; Macones GA; Elovitz MA; Metlay J. (2009) Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: is there an association? *Am J Obstet Gynecol.* ;200:497.e1-497.e8.
14. García SA, De la Teja AE. (2008) Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. *Acta Pediatrica. México*; 29(2):69-72.
15. Solar, Bruno S; Fedelli, Laura; Siancha Iantorno, Adriana (agosto2019)*Rev. Círc. Argent. Odontol* ; 78(228): 5-8, . tab, graf. Artigo em Espanhol | LILACS | ID: biblio-1122917
16. ECHEVERRIA-LOPEZ, Sonia et al. (2020) Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social. *Int. j interdiscip. dent.* [online]. , vol.13, n. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000100026&lng=es&nrm=i so>. ISSN 2452-5596. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000100026>.

>> El lugar de enunciación como un ejercicio epistemológico necesario para la investigación en Salud Colectiva y en la contribución del pensamiento crítico en salud bucal

Por N. Odeth Santos Madrigal

Cirujana dentista (UNAM) con Magister en Medicina Social y Doctorada PhD en Ciencias en Salud Colectiva (Universidad UAM-Xochimilco). Investigadora de proyectos PAPIIME y PAPIIT de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Docente Investigadora de asignaturas de salud pública y epidemiología en la Universidad Autónoma Ciudad de México (UACM) y en Posgrados en FES Zaragoza-UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). Investigadora asociada y co-coordinadora Eje “Feminismos Decoloniales, racismo y Salud” del Grupo de trabajo “Salud Internacional y Soberanía Sanitaria” de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Fundadora y miembro de la Colectiva Assatas. Investigadora asociada proyectos de investigación de Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (México) CONACYT. Sus líneas de trabajo son salud, políticas públicas en Salud, feminismos, salud pública, interseccionalidad y determinación de la salud colectiva.

Resumen

El lugar de enunciación es un lugar de reivindicación política desde donde se viven las opresiones en la vida cotidiana en este caso se enuncia cómo dentro de la formación odontológica, se tienen estas experiencias de opresión, es también una reflexión necesaria para comprender distintos criterios para hacer investigación en el campo de la salud, en el entendido de que las escuelas de formación odontológica están enteramente constituidas por el paradigma científico moderno, la biomedicina ligada al Complejo odontológico industrial y a la salud pública funcional, que fueron estructurando las políticas públicas, los programas de formación, la investigación, la práctica odontológica y los diagnósticos replicando así la colonialidad del poder, pero también invisibilizando las opresiones por clase social, sexualidad y racialización que atraviesan nuestros modos de vida y a los procesos de salud.

Los motivos para la presentación de esta contribución son a través de la experiencia vivida, aplicando una epistemología feminista crítica en donde el conocimiento siempre es situado,

y por eso la experiencia es punto de partida para entender un problema de la realidad tan relevante como lo es la salud bucal. Es desde la experiencia dentro del campo odontológico, que puedo mostrar una realidad de la salud bucal atravesada por relaciones jerárquicas y de poder entre las personas y los capitales e instituciones estatales y mundiales. Al desplegar algo de mi trayectoria en este campo se hace más concreto mi posicionamiento ético y político: la invitación es posicionarnos dentro del pensamiento crítico en salud y frente a los enfoques y discursos que abstraen, cosifican, mercantilizan y reproducen la racialización y las opresiones por clase y género y sexualidad y que impactan en la salud de nuestros pueblos.

Lugar de partida

Nuestras corporalidades expresan no sólo las estructuras biológicas que la conforman, sino también las marcas de la sociedad y el tiempo en el que nos vivimos. Esta cultura de los cuerpos y no son aspectos colaterales para su conocimiento médico y su cuidado personal y social, al contrario, todos los padecimientos bucales son el producto también de transformaciones de los sujetos en sus culturas, y sus maneras de atenderlos también llevan los sesgos de sus mundos materiales y simbólicos.

La propuesta es también pensar como se ha transitado la investigación y la construcción del problema en salud bucal en experiencias concretas en la práctica odontológica. Estas se vuelven el contenido del problema de conocimiento. Aquí se aplica el supuesto de una epistemología feminista crítica esto es, que el conocimiento es siempre situado: emerge desde un cuerpo de partida, desde un barrio de partida, desde una subjetividad encarnada y situada geopolíticamente. Es por esto por lo que en este capítulo se despliega esta experiencia en el campo odontológico, tanto para mostrar los motivos que impulsaron mis tesis, como para

explicitar mi posicionamiento ético y político frente a enfoques que abstraen y cosifican estas experiencias.

Soy mujer, madre, me identifico como afromexicana, indio-mexicana, trabajadora de la salud en el campo clínico y docente. Cada una de estas palabras me significa, y en ello se mezclan también las experiencias que contrastan los discursos abstractos de la odontología. Tanto la formación como la práctica odontológica se realiza desde estas marcas de género, clase, raza, y desde sus raíces y resistencias también, en mi caso se traduce en una experiencia profesional.

Opresión de clase

Hace más de veinte años inicié la formación como profesional de la salud, con muchas dificultades para acceder a la Universidad debido a la falta de recursos económicos, comencé a estudiar odontología con amplias expectativas e inquietudes políticas; sin embargo, me enfrenté a una disciplina que no cobijaba mi modo de vida, debido que existían necesidades de comprensión no cubiertas y las exigencias de la formación técnica odontológica eran incontables. Debía contar con un excedente monetario para encajar en una disciplina que pretendía formar odontólogos para responder a las necesidades de atención de la población mexicana. Mientras estudiaba, trabajaba como asistente dental en consultorios privados, ubicados en zonas donde la población era de ingresos medios a altos. Es ahí donde observé una parte de la realidad de la atención dental, las relaciones asimétricas entre los odontólogos y las odontólogas, entre odontólogos y pacientes, entre odontólogos y asistentes, entre el odontólogo y los técnicos; la figura de esos odontólogos adquiría una dimensión incuestionable.

En estos consultorios y clínicas no ocurría un proceso de negociación en cuanto a la capacidad

de pago pues era evidente que las personas que asistían podían hacerlo. Esa realidad y experiencia de vida me condujeron a preguntarme ¿qué ocurre con las personas que no pueden pagar?, ¿cómo lo resuelven?, ¿qué haría si tuviera esa necesidad de atenderse en un lugar así?, ¿qué ocurre en los servicios públicos de salud?

Para el imaginario de los odontólogos con quienes hacía práctica privada, el sistema público no era una opción laboral; el sistema privado era el único camino para ejercer la odontología, y ejercerla en un lugar de altos ingresos significaba el éxito profesional. Fue con mi formación crítica no formal, que pude hacer una mirada empírica donde se observan las formas complejas de reproducción de desigualdades, ejercicios de poder e injusticias sanitarias, experiencias que sólo adquirirían un sentido al situarlos en el modo de producción capitalista y su cultura mercantilista. El malestar con esta experiencia privatizada de la salud bucal fue la que me llevó a buscar caminos que me permitieran entenderla y en una esperanza poder cambiarla.

Empecé un camino en contracorriente en el que aprendía, de manera profesional y efectiva, las técnicas y procedimientos de la odontología restauradora de calidad. Sin embargo, dicha formación no respondía a la pregunta de ¿por qué las personas buscaban atención odontológica con la boca destruida? En la práctica, no era posible buscar la respuesta, ya que la dinámica de la formación académica me obligaba a preocuparme por utilizar las bocas de las personas como medios para acreditar las clínicas con buenas calificaciones; la exigencia era proyectar mecánicamente los conocimientos de la anatomía humana a personas que se movían, pensaban y sentían, con diferentes edades, mujeres, hombres, niños, adolescentes, intervenir sus bocas era el objetivo, con el propósito de regresarles según la práctica odontológica, la función y en algunas ocasiones la estética. En este trayecto me enseñaron a regañarles y a culparles

por su salud bucal, por sus enfermedades, por las intervenciones que estudiantes y profesores hacían en su boca, utilizando frases como “ya ve, por no venir”, “le advertí que se cuidara”, “eso pasa por no cepillarse”, “pero siempre vienen hasta que les duele”, “pero esto es culpa de la mamá por no cuidar bien a sus hijos”; después del regaño seguía la promesa, “pero a ver, abra la boca, vamos a ver qué podemos er”. El poder del orden odontológico era incuestionable.

Opresión de raza y género.

A pesar de mi desacuerdo con los esquemas de trato a las personas, mi posición era marginal, y no había espacios donde mis críticas pudieran canalizarse, pues en ese momento no podía identificar como los profesores y profesoras y mis propios compañeros me racializaban, el tono mi piel no gustaba y subestimaban el lugar donde vivía, (la periferia de la ciudad) eso entrecruzado con ser mujer, en una suerte del deber ser, y ni mucho menos formas para traducir mi indignación por lo inhumano de la práctica, por el trato desigual a los pacientes y el de los profesores de la Facultad hacia alumnas y alumnos.

“Empecé un camino en contracorriente en el que aprendía, de manera profesional y efectiva, las técnicas y procedimientos de la odontología restauradora de calidad.”

Al mismo tiempo que asistía a clases participé en espacios de formación crítica donde reflexionaba acerca de lo poco que los dentistas sabían de política, de lo que pasaba en la Universidad, del Estado y sus gobiernos, en general de lo que ocurría en el país. De manera autónoma y con otros compañeras y compañeros con pensamientos afines, asumí la tarea de participar en brigadas multidisciplinarias en la sierra Norte de Hidalgo, durante el movimiento estudiantil de la UNAM (1999) y hasta el 2004, donde era evidente el abandono gubernamental, pues en estos territorios existían personas con sueños y vidas. Participando con otros alumnos y pasantes de medicina, odontología y veterinaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, buscamos llevar atención a las comunidades en donde no existían servicios de salud. La realidad desbordó las buenas intenciones, enfrentamos diagnósticos de innumerables casos con pocos pronósticos positivos, a pesar de ello, logramos adaptar el trabajo a algunas necesidades de las comunidades realizando comités de salud que coordinaban mujeres; ahí mis inquietudes se convirtieron en una constante búsqueda de respuestas desde modelos y prácticas, y no sólo desde la subalternidad académica.

¿Cómo entender que todo lo aprendido en la carrera de odontología se volvía inoperante en esos lugares?, lo que para la práctica odontológica significaba éxito tecnológico para hacer más y mejores tratamientos en esas comunidades era imposible. La brigada logró hacer algo así como una odontología comunitaria que nunca me enseñaron a generar, que ni siquiera era contemplada en la estructura curricular de la carrera, ni en las prácticas profesionales que se ponían como requisito para obtener el título.

Las necesidades en salud bucal eran inmensas y no eran una prioridad, ahí había la necesidad de otras cosas desde una práctica crítica, demandaban explicaciones desde otros marcos teóricos, ya que la disciplina odontológica se

sostenía por una preeminencia del conocimiento biomédico y de la técnica privada, sin cuestionarlos, sin desafiar sus mandatos disciplinares, pero sobre todo, sin atender de fondo los problemas fundamentales de la salud y del proceso salud enfermedad bucal en países como México.

En las etapas finales de mi licenciatura, me decanté por el estudio de la educación para la salud, pensaba que ahí encontraría respuestas a todas mis dudas y críticas a la formación académica odontológica, al abandono estatal de poblaciones empobrecidas y epidemias bucales sin resolver. Encontré algunas respuestas, sin embargo, la mirada de la disciplina odontológica, con el poder y hegemonía que esto significaba seguía sin poder ser criticada de fondo. Fueron los estudios culturales la vía para comenzar a dar una explicación teórica a mis inquietudes, especialmente las que tenían que ver con el lenguaje y la comunicación. Suponía que las personas que eran atendidas no eran escuchadas respecto a lo que sentían y pensaban y por ello, no eran consideradas por los profesionales de la atención odontológica, no eran personas sujetas de derecho porque no sabían que lo eran y porque los profesionales no las trataban así; no existían códigos compartidos, porque los significados de la atención del cuerpo y de la boca eran muy distintos para quienes atendían y para quienes eran atendidos.

“¿Cómo entender que todo lo aprendido en la carrera de odontología se volvía inoperante en esos lugares?”



Durante la elaboración de la tesis de licenciatura pude dilucidar algunas dudas bajo otras perspectivas, con ayuda de profesoras que tenían un pensamiento crítico en la Facultad y fuera de ella y con la ayuda de los talleres autogestivos de marxismo, ciencias sociales, ética, estética, semiótica y el trabajo en la Asociación de Cineclubes Universitarios. Me titulé con la tesis llamada “La cultura como propuesta metodológica en Educación para la Salud: su aplicación en el documental didáctico”. Su propósito era introducir el pensamiento crítico a través del concepto de cultura para reconocer el carácter social de la educación para la salud, de la profesión, pero también para acercar la práctica odontológica a la realidad social de las personas que padecen enfermedades bucales. En la realización del documental producto de la tesis, se evidenció la distancia y el alejamiento entre el discurso odontológico y lo que las personas en condiciones de vida precaria pensaban acerca de sus padecimientos bucales. El camino de la investigación me llevaría a encontrar respuestas a una serie de vacíos que existían entre el conocimiento popular y el pensamiento de los profesionales y sus relaciones con el Estado y sus gobiernos.

En 2004 inicié mi trabajo de Servicio Social en una escuela primaria ubicada en una colonia

popular al sur de la Ciudad de México y empecé a familiarizarme con la población y sus necesidades de atención odontológica, conocía el territorio pues ahí había vivido mi infancia. Las necesidades en salud bucal eran importantes, atendía a 20 pacientes pediátricos por día, de entre 3 y 12 años, todos con problemas de gingivitis y caries avanzadas. Restaurar era lo único que parecía poder hacerse. Sin embargo, se implementó un programa de salud educativo, aunque nunca se supo el verdadero impacto que este tuvo, durante el año de servicio no hubo intervención de ningún tipo por parte del Estado, el programa de acción específico no tuvo ninguna acción concreta en beneficio de esa población. No obstante, el carácter público y de asistencia que caracterizaba al Servicio Social, reproducimos las mismas prácticas que en las clínicas de atención privada. Asimetrías y desigualdades eran explícitas en la práctica, las diferencias entre ser odontólogo hombre y odontóloga mujer, la discriminación por la condición de clase que se les hacía a los niños por parte de los pasantes, si olían bien o no, si eran agradables físicamente para ellos o no, el regaño a las madres antes de cualquier orientación, frases como “cochinas miren como traen a los niños”; “pero señora, ¿que no sabe que la caries es una infección que ocurre por no lavarse los dientes?” y al comentar con otros pasantes, ese poder los identificaba como

odontólogos: “pero qué asco, ¿viste la boca de la niña? pobre... ¿Qué esperabas? La mamá no tiene dientes y huele horrible”. No les interesaba saber porque el juicio y la individualización de responsabilidades eran lo normal y lo habitual. La vida cotidiana, el acceso a los servicios, las diferencias culturales y en general el marco de la determinación social de la salud no figuran en las prácticas de los profesionales.

Las dudas en cuanto al quehacer del Estado para mejorar las condiciones de salud bucal de la población mexicana comenzaron a formar parte de una larga lista de preguntas. Comencé a realizar práctica privada con todas las contradicciones que conocía, lo hice en el mismo territorio donde concluí el Servicio Social, conocía las necesidades en salud bucal, sabía que en ese lugar la negociación por la capacidad de pago sería cotidiana. La dignidad humana, la ética y la responsabilidad me llevaron a un ejercicio profesional desde otra perspectiva, por encima de las presiones del mercado de materiales y el complejo médico odontológico.

En 2011 me involucré en un proyecto de educación para la salud en un jardín de niños, investigando las condiciones de salud bucal de los preescolares, y lo que se pensaba de ello. Niños de 3 años presentaban las enfermedades bucales más recurrentes, habían pasado por episodios de dolor en la boca periódicamente sin posibilidad de ser atendidos, por la falta de recursos económicos —la realidad de los niños y sus familias es otro de los motivos para la actual investigación—, ahí se construyó un programa de salud bucal para madres y cuidadores de los preescolares, manuales de cuidado en salud bucal, en nutrición, talleres de percepción en salud y enfermedades de la boca. El proyecto concluyó con una tesis de maestría en Medicina Social titulada “Respuestas culturales en salud bucal de madres de preescolares”, con esta aprendí a

mirar y a escuchar con calma a otras y otros y a entender que había un mundo por explorar y cambiar desde mi ser como trabajadora de la salud.

Un mundo de micro-resistencias y micro-libertades en la disciplina odontológica han impulsado este trabajo de tesis doctoral, de alguna manera el objeto de estudio ha sido la salud bucal, entendido en un marco complejo y multidimensional, en contacto con una realidad enorme de explorar. Actualmente me propongo estudiar a la boca a través del cuerpo y de esa manera descubrir la salud, como una invitación a hacer transdisciplina y a transformar la episteme de las y los colegas, a colocarse fuera y dentro de la disciplina como seres sociales y a proponer desde la salud colectiva alternativas y miradas nuevas para resolver problemas que son eminentemente sociales.

“La dignidad humana, la ética y la responsabilidad me llevaron a un ejercicio profesional desde otra perspectiva, por encima de las presiones del mercado de materiales y el complejo médico odontológico.”

Parece claro que está dentro de la cotidianidad de la disciplina odontológica, de las injusticias, y desigualdades que ahí se reproducen y que no son otra cosa que el reflejo de las desigualdades

y opresiones de género y muestras de clasismo y racismo que existen en México. Posiciono mi actuar ético político en la defensa de los derechos y por el restablecimiento de la dignidad humana dentro y fuera del orden odontológico, motivando a la resignificación de nuestro cuerpo y de nuestra boca y a la apropiación de nuestros procesos de salud y enfermedad.

Bibliografía

1. Abadía Barrero, c. e. (2006). *Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral*. *Acta bioethica*, 12(1), 9–22. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100002>
2. Acosta, E. M. O., Vargas, O. R., Puerta, B. S. R., y Cortés, Á. M. F. (2011). *Significados del autocuidado bucal para los escolares de instituciones educativas oficiales de Medellín*. *Revista Nacional de Odontología*, 7(13), 40–48.
3. Bambirra, V. (1976). *El capitalismo dependiente latinoamericano* (3a ed.). Siglo XXI.
4. Baudrillard, J. (1979). *De la séduction*, París, Galilée.
5. Baudrillard, J. (1982). *Crítica de la economía política del signo*. Siglo XXI Editores, México.
6. Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid, Akal.
7. Breilh, Jaime. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)* *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl. 1), 13-27. Retrieved June 29, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&lng=en
8. Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
9. Canseco Prado, G., y Jarillo Soto, E. C. (2018). *Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal*. *Revista odontológica mexicana*, 22(3), 128–136.
10. Clavreul, J. (1978). *El orden médico*. Argot, Compañía del Libro.
11. Eco, Umberto. (2000). *Tratado de semiótica general*. Barcelona, Lumen.
12. Esposito, R. (2005). *Immunitas: Protección y negación de la vida*. Amorrortu Editores. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=316373>
13. Forero Peña M.A. (2016) *Complejo Médico Industrial en Odontología: Un caso de estudio sobre implantología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, desde la Salud Colectiva*. Tesis presentada el 2016 en la Universidad Nacional de Colombia. 83.
14. Foucault, M. (2002). *Defender la sociedad*. México, D. F: Fondo de Cultura Económica
15. Foucault, M. (2013). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.
16. Foucault M. (1999) *Arqueología del saber*. México: Siglo XX.
17. Foucault, M (2016). *El orden del discurso* (Centro de Investigaciones y Estudios de Género P 302 F67; 1a edición). Tusquets Editores.
18. González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., y Nigenda, G. (2012). *Dentist education and labour market in Mexico: Elements for policy definition*. *Human resources for health*, 10, 31. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-31>
19. González-Domínguez, C., y Martell-Gámez, L. (2013). *El análisis del discurso desde la perspectiva foucauldiana: Método y generación del conocimiento*. *Ra Ximhai*, 9, 153-17
20. Hadjinicolaou, N. (2005). *Historia del arte y lucha de clases*. Siglo XXI, España ISBN 84-323-0201-5

“Posiciono mi actuar ético político en la defensa de los derechos y por el restablecimiento de la dignidad humana dentro y fuera del orden odontológico, motivando a la resignificación de nuestro cuerpo y de nuestra boca y a la apropiación de nuestros procesos de salud y enfermedad.”

>>Arriba los derechos. Arriba las Whipalás. Abajo la reforma: Crónica y reflexión sobre los hechos del Jujeñazo. Junio 2023.

Por Od. María José Álvarez Carreras

Odontóloga trabajadora de la salud pública. Docente. Especialidad en Salud Social y Comunitaria (UNT). Diplomado en Ciencias Sociales con Especialización en Género y Políticas Públicas (FLACSO-PRIGEPP)

La presente es apenas una breve crónica sobre la histórica lucha del pueblo jujeño, y los graves hechos represivos ocurridos en la provincia de Jujuy en contexto de reclamos salariales y el rechazo a la reforma parcial de la Constitución provincial propiciada por el actual gobierno de Gerardo Morales. También es una modesta reflexión en clave de derechos, y desde la perspectiva de la salud colectiva sobre la situación.

Iniciado con el reclamo de lxs docentes y trabajadores estatales por salarios dignos, este conflicto, fue creciendo desde el pie. Arriba los derechos. ¡Abajo la Reforma! es la consigna que une a lxs trabajadores y pueblos originarios. El conflicto escala a partir de la aprobación de la nueva constitución. Las comunidades inician cortes de ruta en localidades como Purmamarca, Abra Pampa y La Quiaca. El sábado 17 de junio comienza la represión en Purmamarca, luego se extendería al martes 20 de junio a San Salvador

de Jujuy. La represión y persecución a opositores continúa al momento de escribir este artículo. El conflicto sigue en desarrollo. Jujuy resiste.

¿QUE PASA EN JUJUY?

“En Jujuy, tenemos un señor dictador/ Morales, se llama y no tiene corazón” (Huayno:La Vicuña)

Es importante contextualizar históricamente esta gestión de gobierno. Gerardo Morales, accede a la gobernación provincial en el año 2015 con la Alianza Cambia Jujuy. Una vez en funciones, promueve una reforma del poder judicial, que amplía la cantidad de miembros del superior tribunal de justicia de cuatro a nueve integrando a la misma a ex diputadxs de su partido. Asimismo, se crea el Ministerio Público de la Acusación. Instrumento de la persecución política que caracterizará la gestión. Con el discurso del orden y la paz social, a través de lo que hoy conocemos como lawfare, persiguió a Milagro Sala, dirigente social y legisladora electa del Parlasur (2015), quien fue encarcelada y juzgada, junto a otrxs miembros de la organización Tupac Amaru instaurando nuevamente la figura de presxs políticos. Los procesos judiciales que la condenaron están cuestionados por irregularidades, y obstaculización del derecho a la defensa. Actualmente cumple prisión domiciliaria por pedido de la Comisión Interamericana de

Derechos Humanos (CIDH), ante el peligro para su salud y su vida que representa la cárcel común. Sin embargo, sigue siendo víctima de la crueldad del aparato judicial con múltiples acciones revictimizantes como los allanamientos constantes a su domicilio, o la obstaculización de su derecho a la atención médica adecuada, entre otros.

El Jujeñazo. Breve crónica de la lucha, la reforma y la represión.

“De arriba vengo soy un docente, vengo a la lucha por dignidad. En mi mochila traigo esperanza, sueños y metas de progresar...” (Carnavalito “Soy de la Puna)



Crédito fotografía: Carolina Herrier

A días de iniciada la Asamblea Constitucional, el 5 de junio, con una nueva conducción en el Centro de Educadores de Enseñanza Media y Superior (CEDEMS) comienza un plan de lucha docente junto al gremio de educadores de nivel primario, Asociación de Docentes de Educación Primaria (ADEP), luego de años de ausencia de los docentes en la calle. El paro por 48 hs luego

torna en paro por tiempo indeterminado ante el magro ofrecimiento del gobierno en paritarias.

Lxs docentes (los peores pagos del país), encabezaron una lucha histórica por reapertura de paritarias para la negociación de salarios dignos, mejores condiciones laborales y otras reivindicaciones del sector. A esta lucha se sumaron los educadores privados (SADOP) más precarizados y con mayores dificultades para sostener medidas de fuerza. De la mano de docentes, salieron otros sectores estatales, entre ellos, el de salud, junto a los diferentes sindicatos que lxs agrupan. Unidos en la lucha por un salario digno, las calles se poblaron de docentes y trabajadores del estado reclamando en unidad. De estos sectores, también surgen los reclamos por la ausencia de debate en la asamblea constituyente ante el peligro de la restricción de derechos que representaba la reforma impulsada por Morales. ¡Arriba los salarios, arriba los derechos, ¡abajo la Reforma!, fue el slogan más escuchado en las manifestaciones y las marchas de antorchas a las que se sumó la comunidad en las tardes-noches de las calles de San Salvador y otras ciudades como Libertador, Tilcara, La Quiaca, Perico, San Pedro. Restricciones al derecho a la protesta con expresas prohibiciones a la realización de cortes de calles y rutas, ocupación de espacios y edificios públicos, el rango constitucional de la justicia contravencional, todo en nombre del “derecho a la paz social y la convivencia democrática”, alertaron ya no sólo a los sectores de trabajadores, sino también a movimientos sociales, organizaciones de mujeres, feministas, de la diversidad. Sectores que ganaron sus derechos en las calles, se sumaron a la lucha. Asimismo, la reforma incluía modificaciones al uso del agua en la provincia, al uso de tierras fiscales y a los derechos de pueblos originarios pasando por alto el derecho a la consulta previa, libre e informada de los mismos. Todas modificaciones que facilitan las políticas extractivistas en territorios ancestrales de pueblos originarios.

En un ambiente en creciente tensión, para echar más leña al fuego, lxs constituyentes que presidían las comisiones (entre ellos uno de los hijos del gobernador) dieron por finalizadas las instancias de debate donde participaban sociedad civil, expertxs y académicxs aportando sus miradas y opiniones al texto de la reforma.

Ante este estado de cosas se conformó el 3° Malón de la Paz, (en homenaje al 1° Malón que marchó en 1946 hasta Buenos Aires para reclamar al gobierno de Perón por sus tierras ancestrales), que partió desde la Puna a San Salvador para pedir se frene la reforma y se cumpla con el mandato constitucional de la consulta previa, libre e informada. Sin embargo, el texto de la Reforma se aprobó a espaldas del pueblo que marchaba en la calle y en las rutas en la fría noche del 14 de junio.

Lo que vino después fue represión, terror y dolor. Desoídos en el debate de la reforma, los pueblos originarios iniciaron cortes y permanencias en rutas nacionales como la 9 y 52 en Purmamarca, La Quiaca y otras localidades. El gobierno provincial respondió con represión, racismo, y estigmatización el sábado 17 de junio. A 40 años del retorno a la democracia volvimos a vivir la brutalidad policial, que disparaba a la cabeza de lxs manifestantes. En Purmamarca detuvieron, en 3 olas represivas, indiscriminadamente a manifestantes, turistas, periodistas, una diputada electa. (veinte en total). La represión se repitió el día 20 de junio frente a la legislatura con todos los sectores reclamando ante la jura de la reforma ilegítima. Esta vez el gobierno fue por más, con gases lacrimógenos, con caballos, y tirando a la cara, incluso desde el techo de la legislatura. Hubo entre 60 y 70 detenidxs, un herido grave y múltiples heridxs con balas de goma en la cara y la zona ocular. Aquel día detuvieron a referentes de derechos humanos, manifestantes, trabajadores de salud, docentes, y gente al boleo que la policía salió a cazar durante todo

el día, en inmediaciones del casco céntrico y barrios aledaños, en camionetas sin patentes, sin identificación individual, entrando a las casas sin órdenes judiciales para detener personas que ni siquiera estuvieron en la manifestación. Recordando el terror de la dictadura, se vieron familias pidiendo información sobre lxs detenidxs, alojadxs en el penal de Alto Comedero, solicitud de habeas corpus colectivos, reclamos por la libertad de lxs detenidxs, gestiones por su seguridad ante organismos de derechos humanos del estado nacional. Al momento de escribir estas líneas, la represión, las detenciones, las contravenciones, las causas penales contra manifestantes y la persecución continúan. Una docente y trabajadora de la cultura fue amedrentada y abusada por un grupo de tareas en su domicilio. Cuatro personas perdieron un ojo, entre ellos un adolescente de 17 años. Morales, precandidato a vicepresidente, hace campaña por el país.

LA INCONSTITUCIONALIDAD DE LA REFORMA. JUJUY RESISTE.

¿Cuánto cuesta cuánto vale, nuestra lucha? Con carteles y con bombos, unidxs lo vamos a lograr. (Ritmo: Morenada)

No es tarea de este escrito analizar desde la disciplina del derecho esta reforma, más bien una reflexión desde la mirada de una trabajadora de la salud y la docencia. La constitución, hoy en vigencia en la provincia de Jujuy, a la luz de los acontecimientos relatados resulta por lo menos ilegítima. Una serie de irregularidades han acompañado el debate y la aprobación de la misma, que la tornan según algunos análisis inconstitucional. Desde algunos sectores también se habla de nulidad.

Segato (2018) habla de “un mundo de dueños” y de “Estados criollos, republicanos concebidos por las elites criollas más continuistas que rupturistas para recibir la herencia colonial para su apropiabilidad”, considera los estados nación

como frágiles y vulnerables frente a la apropiación por parte de las elites. Desde Jujuy se ensaya una nueva fase de estos estados que entregan sus recursos naturales codiciados por el mundo desarrollado en un momento de “transición energética global”, y ante los desafíos del cambio climático y sus consecuencias. Fase que pone en serio riesgo las formas de vida comunitaria en estas latitudes. Los estados de Latinoamérica, como territorio en disputa, siguen padeciendo el asedio y expoliación de las grandes potencias que buscan sostener el sistema capitalista cambiando matriz energética pero no el nivel de consumo, comercio y acumulación. Plantea Segato que nuestros estados son “cortoplacistas, entregando el territorio a los extractivismos haciendo una apuesta al mercado global con las mercancías del suelo”. La reforma constitucional jujeña busca allanar ese camino para obtención de divisas que el país y la provincia, endeudados, necesitan. Con esta reforma y este modelo, el “cambio de la matriz productiva” como lo llama Morales, se arriesga la vida en las comunidades, alterando aún más el arraigo comunitario, la soberanía alimentaria, la salud, y la disponibilidad del agua para la vida. Las comunidades en lucha denuncian un nuevo genocidio silencioso con el modelo de la explotación del Litio y minerales raros en nuestras Puna y Quebrada.



Crédito fotografía: Carolina Herrier

La principal razón del rechazo a la reforma por parte de pueblos originarios es el incumplimiento del Convenio 169 de la OIT, que dice que “...los Estados no solo consulten, sino que obtengan consentimiento de los pueblos originarios cuando

se trate de cualquier proyecto que afecte su hábitat”. En este sentido el proyecto de reforma constitucional hoy aprobada y vigente afecta su hábitat donde además se asienta el litio. También el artic. 75 inciso 17 de la Constitución Nacional: “reconoce la preexistencia étnica y cultural, garantiza el respeto a su identidad, educación bilingüe e intercultural, personería jurídica de sus comunidades, posesión y propiedad de las tierras que tradicionalmente ocupan”. Las comunidades no fueron consultadas cuando se elaboró el proyecto de reforma. Aquí, radica uno de los fundamentos de la nulidad. En el apartado de Tierras fiscales (Artic 94) de la nueva constitución, se establece, “1. la tierra como bien de trabajo y producción. 2. La ley regulará la administración, disposición y destino de las tierras fiscales susceptibles de aprovechamiento productivo”. Las comunidades advierten aquí, una violación a sus derechos como pueblos preexistentes, ya que la mayor parte de las tierras comunitarias corresponden a tierras fiscales, muchas de ellas aún sin título de propiedad comunal. La nueva constitución habilita al gobierno de turno, a través de las leyes dictadas a tal fin, a decidir el destino de las tierras fiscales productivas desconociendo los derechos adquiridos de las comunidades originarias. Reclaman el ejercicio al derecho de consulta previa, libre e informada. En relación a esto y luego de la represión, se han expresado organismos internacionales como la CIDH exigiendo:

“...respetar el derecho a la libertad de expresión, los estándares interamericanos del uso de la fuerza, y a llevar a cabo un proceso de diálogo efectivo, inclusivo e intercultural, en que se respeten los derechos sindicales y de los pueblos originarios”. También expresa que “en cuanto a los cortes de ruta, se recuerda al Estado que estas son modalidades legítimas y protegidas por el derecho a la protesta. Es necesario que se tolere que las manifestaciones puedan generar cierto nivel de perturbación de la vida cotidiana, por ejemplo, con relación al tráfico



Crédito fotografía: Carolina Herrier

y las actividades comerciales, a fin de no privar de su esencia al derecho de reunión pacífica” Asimismo, Naciones Unidas exhortó al Estado Nacional a “investigar con premura todo indicio de violaciones de derechos en el contexto de las manifestaciones contra la reforma constitucional en Jujuy. Pero también deben redoblar sus esfuerzos para promover el diálogo y reducir las tensiones, abordando las causas profundas de las protestas y evitando cualquier retroceso en términos de derechos humanos”.

Las comunidades advierten el efecto de la reforma sobre la habilitación de nuevos proyectos mineros bajo la nueva carta magna y la potencial afectación de sus modos de vida, de la alteración del suelo, el agua, el paisaje, la muy posible desertificación por el uso indiscriminado del agua, ya escasa, en las zonas del litio. Este estado de cosas pone en riesgo la soberanía alimentaria de los pueblos de la Puna. En términos de la Declaración de Nyeleni (2007):

“...es el derecho de los pueblos a alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, accesibles, producidos de forma sostenible y ecológica, y su derecho a decidir su propio sistema alimentario y productivo. ...” “ ... La soberanía alimentaria da prioridad a las economías locales y a los mercados locales y nacionales, y otorga el poder

a campesinos, campesinas y agricultura familiar, la pesca artesanal y el pastoreo tradicional, y coloca la producción alimentaria, la distribución y el consumo sobre la base de la sostenibilidad medioambiental, social y económica. La soberanía alimentaria promueve el comercio transparente, que garantiza ingresos dignos para todos los pueblos, y los derechos de los consumidores para controlar su propia alimentación y nutrición. Garantiza que los derechos de acceso y a la gestión de nuestra tierra, de nuestros territorios, nuestras aguas, nuestras semillas, nuestro ganado y la biodiversidad, estén en manos de aquellos que producimos los alimentos. La soberanía alimentaria supone nuevas relaciones sociales libres de opresión y desigualdades entre los hombres y mujeres, pueblos, grupos raciales, clases sociales y generaciones.”,

En este contexto de violencia estatal y política contra el pueblo, se han desplegado redes de solidaridad, de participación, de construcción de modos de comunicar lo que sucede, que elude a los cercos mediáticos reticentes a mostrar la realidad del conflicto; se van construyendo formas alternativas de pensar-nos en la crisis y el conflicto. Las “tecnologías de sociabilidad” (Segato. 2018) se manifiestan diversas: el apoyo de la comunidad al reclamo docente, como las familias que no envían a sus hijxs a las escuelas



Crédito fotografía: Carolina Heririer

para que lxs docentes de colegios privados (más precarizadxs) participen segurxs de las marchas, o la organización de logística para promover y acercar las donaciones que ayudan a sostener la permanencia en los cortes de Purmamarca y otras localidades en las que intervienen los sindicatos y organizaciones sociales. Otras como donaciones de productores de la finca El Pongo (también en conflicto con el gobierno) o de los puesteros del mercado de abasto de San Salvador organizando el abastecimiento; las familias de Tilcara cocinando para las personas que están en el corte, o artistas de toda la provincia y de otras organizando recitales virtuales y presenciales para apoyar y difundir la lucha. Estas “tecnologías que pueden ser coyunturales “no son funcionales al proyecto histórico del capital” son colectivas, priorizan los lazos y los vínculos de afectividad y fortalecen y retroalimentan redes de comunidad. A pesar del enorme desgaste, la angustia y la represión que acecha, emergen la solidaridad, las convicciones y la creciente conciencia de lo que significa la lucha por los derechos de todxs.

En términos de afectaciones a la salud la explotación del litio plantea que, en referencia al agua, ocurre una aceleración del flujo de agua subterránea, el riesgo de salinización de las capas de agua dulce en zonas desérticas. “por cada tonelada de litio extraída (de los salares jujeños) se evaporan aproximadamente dos millones de litros de agua” (Dias.2012). Esto significa que el

agua dulce está amenazada por estas prácticas y pone en riesgo la salubridad del medio ambiente y la supervivencia de las comunidades cercanas a estas explotaciones mineras.

Respecto de la salud humana, Enríquez (2019), refiere que se ha informado que, cuando el polvo de litio combinada con la humedad puede causar en la piel quemaduras semejantes a la de la soda cáustica, y su aspiración provoca no solo irritación en el sistema respiratorio sino, también, la exudación en el interior de los bronquios y edema pulmonar. En este punto nos preguntamos si el estado provincial con esta constitución tendrá en cuenta y asignará presupuestos para la mitigación y atención de las de nuevos perfiles epidemiológicos que se generen como consecuencia de la actividad económica extractivista.

Las comunidades que hoy resisten en el corte lo hacen con una sabiduría que viene de siglos de resistencia al avance de la colonia primero y ahora del estado criollo racista, que intenta, en el mejor de los casos, asimilar o “integrar” desde los intereses del “desarrollo nacional” y no desde los intereses de los pueblos originarios. Hoy los pueblos ejercen sus derechos y los reclaman. Se sienten parte de la Pachamama, y en su relación y posesión colectiva de la tierra se cimenta el fundamento del rechazo a la reforma que habilita la explotación del litio y “afecta seriamente y pone

en peligro la vida de la comunidad” (Tapia 2009). Hoy, aprendemos de sus luchas ancestrales entrelazadas con luchas ancestrales en toda Abya Yala.

Hay en Jujuy un globo de ensayo de la derecha para ser implementado en todo el país, dicen algunxs analistas, pero ya no es un globo de ensayo. Jujuy es Argentina. El plan está en marcha hace 8 años en esta parte del país. También hay en Jujuy un ejemplo en construcción, para la resistencia y la lucha por los derechos y la democracia.

El paradigma de la salud colectiva y la lucha por el derecho a la salud abrazando el diálogo intercultural, contribuyen a la lucha de los pueblos por la supervivencia de sus territorios, y sus recursos para la vida contra el extractivismo. La defensa de condiciones laborales y salarios dignos, ambientes laborales libres de violencia; defender el derecho a la educación y la salud de calidad centrada en las personas; también el derecho a la protesta, principal impulsor del avance en términos de derechos humanos en estos 40 años de democracia como los avances en materia de género y diversidades, derechos indígenas e interculturalidad, no son más que aspectos que hacen a la determinación social de la salud. Desde una perspectiva de derechos, el desafío como trabajadorxs de la salud es desarrollar un pensamiento-acción que propenda a la salud integral de las personas y los pueblos, entramada con la autonomía, la autodeterminación, la libertad, la defensa de los derechos al agua, y al territorio, contra el extractivismo colonial y el neofascismo creciente en la región que amenazan los avances conseguidos y los pendientes. Todas estas luchas que se hermanan y se enredan en defensa de la vida y los derechos nos interpelan. Será menester entonces, poner activismo, cuerpo e intelecto al servicio de estas luchas por el buen vivir (Sumak Kawsay) que en definitiva es la lucha por la salud colectiva.

Jujuy, es Argentina, y parece un caso testigo para todo el territorio nacional. El pueblo jujeño, hoy, como hace 200 años en las luchas por la independencia, defiende una democracia de 40 años que está en peligro.

Jallalla, pueblo de Jujuy.



Crédito fotografía: Carolina Herrier

Bibliografía:

Aranda, D (2010). *Argentina Originaria. Genocidios, saqueos y resistencias*. La Vaca Editora.

Aranda, D (29 de octubre 2020). *Un Gobierno abrazado al extractivismo*. Tierra Viva. Agencia de noticias. <https://agenciaterraviva.com.ar/un-gobierno-abrazado-al-extractivismo/>

Argento, Melisa, & Zicari, Julián. (2018). *Políticas públicas y conflictos territoriales en torno a la explotación del litio en Salta: el caso de Salinas Grandes*. *Andes*, 29(1), 00. Recuperado en 26 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-80902018000100010&lng=es&tIng=es.

Arteaga, E; Cruz1, Mukhopadhyay, B; Shannon, S Nidhi, A; Jailer, T. (2020). *Conectando el derecho a la salud y el antiextractivismo a nivel mundial*. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 44, N. ESPECIAL 1, P. 100-108 <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe1/100-108/es>

Boletín Oficial de la Provincia de Jujuy. Boletín Oficial N° 68 (21 de junio de 2023). Constitución de la Provincia. Sancionada por la convención constituyente <http://boletinoficial.jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/2016/Boletines/2023/68-2023.pdf>

Enríquez, A (2019). *Acciones y consecuencias de la explotación del litio en Jujuy. Un estudio desde la ecofilosofía*. *Tecnología & Sociedad.*, vol 8, 59-76. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2765-10064-1-PB.pdf>

Lag, N. (4 de julio 2023). *El gobierno de Jujuy traba los modelos de desarrollo elegidos por las comunidades indígenas*. Tierra Viva. Agencia de noticias. <https://agenciaterraviva.com.ar/el-gobierno-de-jujuy-traba-los-modelos-de-desarrollo-elegidos-por-las-comunidades-indigenas/>

Naciones Unidas. *Noticias ONU (21 de junio 2023). Argentina: ONU-Derechos Humanos urge al diálogo en Jujuy* <https://news.un.org/es/story/2023/06/1522117>

Organización de los Estados Americanos. *Comunicado de Prensa (20 de junio 2023). CIDH: Argentina debe respetar estándares de uso de la fuerza provincial durante las protestas en Jujuy* <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2023/127.asp>.

Rossi, L. (7 noviembre 2019). *La soberanía alimentaria frente a la mega-minería de litio*. Biodiversidad La, <https://www.biodiversidadla.org/Documentos/La-soberania-alimentaria-frente-a-la-mega-mineria-de-litio>

Segato, R. (2018). *Contra-Pedagogías de la crueldad*. Prometeo libros.

Svampa, M. (2016). *Debates Latinoamericanos. Indianismo, desarrollo, dependencia y populismo*. Edhasa.

>> Desafíos para los procesos de atención en salud bucal. Pensar el género.

Por Mg. Andrea Obregón

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 Titular. 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. Vicepresidenta de la Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud.

El trabajo en salud concebido desde el enfoque de los Derechos Humanos, la garantía de los mismos y centrado en las desigualdades en salud, requiere incorporar la perspectiva de género como un elemento definitorio de la determinación social del proceso salud enfermedad cuidado, al momento de analizar los problemas del Campo.

En este sentido, se torna imprescindible, hacer una reflexión de cómo fueron construidas nuestras subjetividades como trabajadorxs de la salud que constituyen el sustento ideológico y epistémico de nuestras prácticas cotidianas. Por lo tanto, la propuesta es repasar algunas de las dimensiones de nuestro trabajo bajo las lentes del enfoque de género.

Se abordarán a modo de ejemplo, ciertas dimensiones más estructurales del sistema de salud como la formación universitaria y la conformación de las corporaciones disciplinares y algunas relacionadas al modelo de atención.

ESPACIOS DE CIRCULACIÓN DE SABERES FUNDANTES DE UNA CULTURA DISCIPLINAR

Dentro de la estructura del sistema de salud resulta relevante el lugar de la formación universitaria por el peso que la misma tiene al momento de concebir nuestro objeto de estudio y de intervención y por ser un elemento estructurante en los modos de pensar los procesos de atención en todas sus dimensiones.

La formación en odontología, se caracteriza por ser profundamente bióloga y preventivista. La misma está atravesada por los mitos fundacionales de la ciencia moderna: el mito del cuerpo natural (en odontología la base teórica y por lo tanto ideológica, es la de la Historia Natural de la Enfermedad) que produce una simplificación extrema en relación a los problemas de salud bucal ya que los entiende como generados por un desequilibrio entre el agente (bacteria que produce la caries), el huésped (el diente) y el ambiente (la cavidad bucal). Esta postura, provoca un reduccionismo de los sujetos a solamente dientes o en el mejor de los casos boca organismo, como si esto estuviese escindido del cuerpo y la subjetividad de las personas. Al mismo tiempo, la odontología halla en sus condiciones de desarrollo técnico y tecnológicos el reconocimiento de su identidad profesional. Dicha conformación de esta identidad la posiciona en un lugar de objetividad limitando la posibilidad de reconocer los aspectos sociales en la construcción de su conocimiento, y si los reconoce, lo realiza como un factor más, sin incluir en los mismos la categoría de género.

“La formación en odontología, se caracteriza por ser profundamente bióloga y preventivista. Atravesada por los mitos fundacionales de la ciencia moderna: el mito del cuerpo natural que produce una simplificación extrema en relación a los problemas de salud bucal.”

Este posicionamiento constituye una seria limitación para pensar las dimensiones de los modos de vida en donde, tanto las condiciones de vida como los estilos de vida (marcadores sociales del proceso salud enfermedad cuidado) constituyen construcciones atravesadas por miradas y culturas heteropatriarcales que conforma una matriz que determina el lugar y rol de las mujeres y diversidades en el mundo de la producción y la reproducción.

Además de las características propias de la formación universitaria, existen otras vinculadas a las diferentes organizaciones corporativas (organizaciones donde también circulan el saber y el poder) que reflejan la desigualdad de género y la mirada heteronormativa haciendo visible el sesgo androcéntrico en estas áreas. Áreas en las cuales los lugares de toma de decisiones o en relación a ciertas especialidades, como las quirúrgicas, son ocupadas mayoritariamente por hombres, y aquellos espacios de gestión de las prácticas “preventivas” más “livianas, menos complejas, más delicadas” las realizan las mujeres. Como si solo la condición de género garantizaría cierta capacidad.

En contraposición a lo expresado, en odontología, al igual que en otras disciplinas de la salud, se produce un aumento en la conformación mayoritaria de mujeres del sector, el 73% de las ciencias de la salud está constituido por mujeres¹, sin embargo, esto no se manifiesta en los lugares jerárquicos que las mismas ocupan².

Es así, que la vida profesional y laboral está fundamentalmente definida por lo que algunos autorxs definen como el sesgo androcéntrico.

El sesgo androcéntrico es un modelo de construcción de conocimiento que equipara la mirada masculina con la idea de universal

¹Sistema Araucano. Ministerio de Desarrollo Productivo

²En la conducción de las Facultades de Odontología aún las mujeres siguen siendo minoría. Las instituciones como la CORA Confederación Odontológica de la República Argentina, está compuesta por un comité ejecutivo de 6 lugares todos ocupados por varones, pero asimismo tiene una “comisión de prevención”, ocupada en su mayoría por mujeres (6/1). Lo mismo, sucede con la Sociedad Argentina de Cirugía Bucomaxilofacial integrada por 10 hombres y solo 4 mujeres.

(cabe señalar en este punto que no se trata de la mirada de cualquier varón, sino de varones adultos, blancos, occidentales, con educación formal, etc.). Al hablar de sesgo androcéntrico en salud, entonces, estamos haciendo referencia a todos aquellos conocimientos y prácticas que se presentan como “neutrales” u “objetivas” cuando, en realidad, están fuertemente atravesadas por una mirada masculina. (Belli 2022)

Esto está en correspondencia directa en la construcción de las trayectorias laborales de las mujeres e identidades feminizadas en odontología, que no es diferente a las otras áreas en salud. Dichas trayectorias están definidas, en parte, por: - postergación de trabajos por ser madres, licencias por maternidad y tareas de cuidado familiares, limitación en la formación de posgrado por maternidad y tareas de cuidado no remuneradas (TCNR); - elección de especialidades más vinculadas a la odontopediatría, la prevención y todas aquellas que no configuran el mundo profesional heteronormativo, las de mayor “prestigio”. Todos estos condicionamientos con impacto en la brecha salarial y en las subjetividades de las trabajadoras.

“La distribución del TCNR es estructuralmente desigual. Las mujeres dedican tres veces más tiempo que los varones. Esto repercute en una menor participación en el mercado laboral, tener trabajos más precarios, sin protección social y mayor incertidumbre en el futuro.”

Es importante dejar en claro que según el INDEC⁴ 2019, las TCNR se distribuyen de la siguiente manera: 17 hs. Semanales realizada por los hombres y 46 hs semanales por las mujeres. Dicha distribución del TCNR es estructuralmente desigual: 9 de cada 10 mujeres realizan estas tareas, que significan en promedio 6,4 horas diarias. Ellas dedican tres veces más tiempo que los varones. Esto repercute en una menor participación en el mercado laboral, tener trabajos más precarios, sin protección social y mayor incertidumbre en el futuro.

EL PROCESO DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

En cuanto a las estrategias de atención, la situación clínica odontológica, frecuentemente es una situación no solo mediada por el dolor, sino por intervenciones invasivas y que implican la práctica en un lugar muy significativo para las personas como la boca cuerpo. En este sentido, al darse frecuentemente esas situaciones donde las pacientes concurren con dolor a la consulta se visualiza el sesgo androcéntrico, en primer lugar, cuestionando o descreyendo de la intensidad del dolor percibido (“esta histérica”) al que se suma a este comentario habitual al sesgo de significados que el sistema heteropatriarcal reconoce como femeninos. Este sesgo de significados vuelve a estar definido por el sesgo androcéntrico que también se da en el momento de las prácticas, y tiene como características: - Invisibiliza a las mujeres bajo la normatividad masculina, ignorando las posibles diferencias existentes en la forma de enfermar (en relación tanto con el sexo como con el género), - concibe la salud de las mujeres en base a los significados que el sistema heteropatriarcal asimila con la femineidad (por ejemplo, se suele identificar la salud de la mujer con la salud sexual y reproductiva), - mantiene el control sobre el cuerpo de las mujeres patologizando procesos de la fisiología femenina como la menstruación, el parto o la menopausia. (Belli 2022)

⁴Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina

Además, en el momento de la atención se produce una mirada hetero cis normativa que desconoce las diferencias de las diversidades sexogenérica, impidiendo que podamos reconocer que, en ciertas situaciones en salud bucal como la pérdida de una pieza dentaria, configura el resultado de otros problemas más complejos, muchas veces mediado por situaciones de violencia que, por ejemplo, las mujeres trans jóvenes atraviesan. Así como las enfermedades de transmisión sexual producto de los trabajos sexuales que muchas veces realizan. El sesgo androcéntrico se corresponde también con una mirada capacitista y hetero-cis-normativa. Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer, no-binarios, están mucho más expuestas a sufrir las consecuencias de este sesgo en la atención clínica. Las minorías sexuales y de identidades disidentes están subrepresentadas en el campo de la salud y experimentan prejuicios, agresiones y microagresiones similares a las que experimentan las minorías raciales y étnicas. El problema es que, a pesar de que la discriminación es cada vez menos aceptada (al menos en comparación con otros momentos del pasado), el sesgo inconsciente aún persiste y es mucho más difícil de enfrentar que la segregación o los prejuicios explícitos. (Belli 2022)

Cuando pensamos estrategias de atención también se atraviesa el sesgo de género en el tiempo transcurrido para la consulta: los hombres tardan en consultar porque “no tienen tiempo” o “aguantan hasta lo último” y las mujeres son “descuidadas” “dejadas”, etc.

En este punto es importante resaltar, esta visión que se construye respecto de las mujeres e identidades feminizadas ya que habitualmente nos encontramos con mujeres que llegan a la consulta con condiciones de salud bucal con muchas dificultades y lo primero que refieren es: “recién ahora me puedo ocupar un poco de mí”, y

en este relato lo que está presente es las tareas de cuidado remunerado o no, que durante años realizan con una gran invisibilización por parte de la familia y de la sociedad, donde el estado de su salud bucal refleja solo una parte del estado general de su salud física y psíquica relegada por esta tarea. Este relegamiento de su salud está en relación a la concepción de cuidado como obligación, tal como lo plantea Nadya Araujo Guimaraes (2011), al realizar el análisis de los circuitos de cuidado. Aquí, el cuidado no es una profesión, sino una obligación. No es significado como trabajo. El personaje es una ama de casa, la madre, abuela y muchas veces las hermanas



mayores (que son menores). La relación social no es una relación de servicios, sino de obligación fundada en el afecto. Por lo tanto, se dificulta su visibilización y el aporte real que realiza a las relaciones sociales de producción y de reproducción. Esta obligación está fundada en la persistencia de la división sexual del trabajo y el modelo heteropatriarcal de la sociedad.

Estas tareas de cuidado, el incremento del envejecimiento y la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral pone cada vez más en tensión la organización social del cuidado.

Por otro lado, en odontología es muy importante, como ya se mencionó, el modelo preventivista que tiene lxs odontólogxs, modelo que pone en las condiciones y en los estilos de vida “elegidos” la responsabilidad individual en el cuidado de la salud bucal propia y de lxs hijxs. En este punto, es habitual, responsabilizar a las madres por las condiciones bucales de sus niñxs haciendo un juicio de valor de su tarea como madre, “son descuidadas”, “dejadas”, “no les importa”; sin poder tener en cuenta la vida social y el rol asignado.

No queremos dejar de mencionar al definir la caracterización del modelo de atención, como el mismo está atravesado no solo por el sesgo androcéntrico sino también por el sesgo racial. El racismo es una forma de violencia que se expresa en varias formas y en el ámbito de la atención en salud se puede ver con claridad. Su relación con la desigualdad en salud tiene resultados claros y contundentes: a mayor discriminación, menores niveles de salud física y mental.

“No queremos dejar de mencionar al definir la caracterización del modelo de atención, como el mismo está atravesado no solo por el sesgo androcéntrico sino también por el sesgo racial.”

Las desigualdades sociales de la salud se deben leer en clave de género y también de pertenencia a una clase o etnia determinada. A esto se lo conoce como “matriz de la triple inequidad” en la determinación de la salud. Los estudios decoloniales, postcoloniales, de los feminismos latinoamericanos y negros, los activismos

indígenas y otras miradas no hegemónicas, permiten develar los mecanismos de producción de desigualdades en salud mostrando que estas categorías que crean sesgos no se presentan de manera aislada, sino que no es posible entenderlas sin relacionarlas con las otras. (Belli 2022)

En resumen, tanto en las condiciones estructurales del sistema como en las estrategias de atención vigentes los cuidados no remunerados y el impacto e importancia del mismo en el sistema de salud, no son tomadas en cuenta para pensar cuanto es el peso de esa función en las mujeres y como generar sistemas de salud y estrategias singulares que acompañen y no reproduzcan la matriz de triple inequidad que atraviesa la mayoría de las acciones en salud.

Consideramos fundamental convocarnos a pensar el Campo desde la mirada de la Salud Colectiva, transversalizando la perspectiva de género y de derechos. Entendiendo que la transversalización no se trata de “un” tema a desarrollar escindido de todos los temas en salud, sino que constituyen perspectivas políticas y éticas que necesariamente atraviesan todas las dimensiones de la vida productiva y reproductiva.

Esta transversalización tiene muchas resistencias que hay que deconstruir y trabajar. Dichas resistencias están en relación con: - asumir el género como tema emergente, de moda; - la producción y reproducción de los sesgos androcéntricos en las áreas de conocimiento denominadas duras o exactas, que, bajo el supuesto de neutralidad y objetividad reproducen esos sesgos en el conocimiento científico; - un

“Consideramos fundamental convocarnos a pensar el Campo desde la mirada de la Salud Colectiva, transversalizando la perspectiva de género y de derechos...”

“...constituyen perspectivas políticas y éticas que necesariamente atraviesan todas las dimensiones de la vida productiva y reproductiva...”

déficit en la capacidad de transmitir y registrar una profunda revisión y problematización del impacto que las diferencias y desigualdades tienen en la producción de los actos clínicos, las políticas públicas, en las subjetividades de quienes lo producen, en las relaciones de su producción y en los procesos de formación. Estos son obstáculos serios a poder superar y producir transformaciones fundantes de nuevas lógicas y miradas hacia lxs usuarixs en los actos en salud.

Nos encontramos en posición de asumir varios desafíos:

- Identificar y resolver la problemática de salud de las mujeres y las minorías sexo-genéricas no solo atribuibles a su diferencia biológica sino a su lugar social subordinado.
- Comprender las prácticas sociales de discriminación en cada ámbito de responsabilidad individual y colectivo, e incluir la perspectiva de género en nuestros espacios de prácticas, trabajo, investigación y gestión.

Construir una salud bucal digna no va separado

de la construcción de una vida digna y justa.

BIBLIOGRAFIA

1. ARAUJO GUIMARÃES NADYA (2019) *LOS CIRCUITOS DEL CUIDADO. REFLEXIONES A PARTIR DEL CASO BRASILEÑO*. Panel “El trabajo de cuidado: relaciones, significados, derechos. Miradas Latinoamericanas”. Prepared for delivery at the 2019 Congress of the Latin American Studies Association - LASA Boston, USA, May 24 - May 27, 2019
2. BELLI, LAURA, F. (2022). *Perspectiva de género en salud. CURSO INTRODUCCIÓN A LAS PROBLEMÁTICAS DE GÉNERO EN SALUD*.
3. EIGUCHI, KUMICO (2017) *La feminización de la Medicina [editorial]*. *Rev. Argent Salud Pública; Mar;8(30): pp. 6-7.*



XXXVIII

**Congreso de Medicina
General, Equipos de
Salud y Encuentros
con la Comunidad**

**9 AL 12 DE NOVIEMBRE,
NEUQUÉN. 2023.**

Refundar, resistir, reinventar (nos): construyendo nuevos sentidos y perspectivas en el campo de la salud.
Descolonizar el poder, el saber y el hacer.



MINISTERIO
DE SALUD

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS



 [congresos.famg](https://www.instagram.com/congresos.famg)

 [Congresos FAMG](https://www.facebook.com/CongresosFAMG)

 www.famg.org.ar



famg

FEDERACIÓN ARGENTINA
DE MEDICINA GENERAL

