



ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN COMUNIDADES TOBAS DE ARGENTINA CONSTRUYENDO SALUD

Baglini Cristian J, Magister en drogodependencia, Profesor Asistente Cátedra de Odontología Legal, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Lorenzo Jorge, Odontólogo, Secretario de Asuntos Estudiantiles, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Od. Lorenzo Mariano, Odontóloga, Cátedra Introducción a la Odontología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Od. Navarro Mauricio S., Odontólogo, Cátedra B de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Od. Osilio Miguel E. Odontólogo, Cátedra Introducción a la Odontología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Correspondencia

Od. Navarro Mauricio S.

mauriciosnavarro@gmail.com

Resumen

La experiencia que aquí presentamos se ha desarrollado en Colonia Aborigen, Provincia del Chaco, República Argentina. Se trata de un trabajo con un perfil netamente educativo, preventivo y comunitario. Desde un enfoque que jerarquiza los tres niveles de la prevención tiene como propósito llegar anticipadamente antes que la situación no deseada se instale. De allí, la importancia de incorporar una mentalidad preventiva en los profesionales, estudiantes de odontología y en toda la población.

La salud y la prevención de enfermedades no dependen exclusivamente de los gobiernos y sus programas sanitarios, sino también del compromiso de toda la comunidad y especialmente de sus referentes, que de un modo activo interpretan que son parte fundamental del bienestar y la primera barrera de defensa a instalar en una comunidad, pueblo o barrio.

La salud de los pueblos es calidad de vida, que obligatoriamente necesitan de las políticas de estado para remover las causas económicas, sociales y culturales que la condicionan.

Intentar resolver los conflictos de los niños, jóvenes, hombres y mujeres de Colonia Aborigen fue nuestro desafío, ayudar a mejorar su vida diaria y contribuir en la construcción de su felicidad.

Para lograr nuestro objetivo siempre tuvimos presente los elementos que garantizan el derecho a la salud de los pueblo: Disponibilidad, Accesibilidad, Calidad, Aceptabilidad y Equidad, obligándonos a respetarlos, protegerlos y cumpliendo con nuestro deber de odontólogos y docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba desarrollando acciones tendientes a restaurar el derecho perdido.

"...No son las causas individuales las que condicionan la salud, sino que hay determinantes sociales que provocan el estado de salud, determinación social que solo puede ser transformada si interviene la sociedad, si participa el pueblo.

La salud es un producto social, y como tal, no la transforman los técnicos, no la transforman los médicos, no la transforman los psicólogos, ni los agentes sanitarios, la transforma el pueblo.....”
Floreale Ferrara (1924-2010) Médico Sanitarista.

ANTECEDENTES

La República Argentina, con sus 3.757.407 km² de superficie, está ubicada en el hemisferio sur con respecto al ecuador, al occidente del meridiano de Greenwich.

Su mayor extensión en sentido norte sur es de 3.694 km. Como consecuencia de ello es la gran variedad de climas que el país ofrece, desde el cálido tropical y subtropical en el norte, hasta el frío polar en la Antártida.

En el sentido este y oeste, la mayor extensión se encuentra a los 27° S con 1.423 km.

Además de la porción americana y la porción antártica, la República Argentina tiene también una porción oceánica, formada por algunas islas, fondos marinos y masas oceánicas. Dada su enorme extensión, Argentina presenta gran amplitud sí latitudinal y altitudinal, lo que a su vez da lugar una enorme variedad de relieves geográficos; como características generales se destacan cordones montañosos en el oeste y de llanos en el este, configurando una planimetría que disminuye en altitud de oeste a este.

En la antigüedad se conformaron tres regiones muy marcadas: en el cuadrante del noroeste andino se establecieron culturas agroalfareras emparentadas con la civilización andina, una parte de ellas llegó a integrar el Imperio Inca; en el cuadrante nordeste se establecieron culturas agroalfareras emparentadas con la familia Guaraní; en el cono sur de la región pampeana y la Patagonia se establecieron culturas nómades. (1) Argentina es un país que ha tenido una gran inmigración, la colonización hispánica entre los siglos XVI y XVIII, después de la Primera Guerra Mundial existió inmigración de los países europeos occidental y central, en la actualidad existe una importante colonia de inmigrantes de países vecinos como Bolivia, Perú, Paraguay y Chile.

Esto hace que el origen de políticas sanitarias globales de salud bucal contemplen diferentes indicadores de salud para cada región en particular.

La provincia de Córdoba, ubicada en el centro del país, es un referente industrial y educativo de la Argentina; encontrándose la segunda mayor Universidad Pública del país (2)

La Universidad Nacional de Córdoba es la más antigua del país y la cuarta fundada en América. Su enseñanza es libre, gratuita y laica. Ha sido durante todo el siglo XX, y es en la actualidad, después de Universidad de Buenos Aires, la segunda en cantidad de docentes y estudiantes de todo el país. Su origen se remonta a 1610 cuando la Compañía de Jesús creó el Collegium Maximum (Colegio Máximo), que sirvió de base para que en 1613 se iniciaran los estudios superiores. Cumplir 400 años desde su fundación, nos compromete a conocer, recordar y recuperar nuestro pasado desde los desafíos del presente y planificar diferentes acciones con un compromiso académico, intelectual y social. (3)

La Escuela de Odontología dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas es creada en el año 1916 y transformada en Facultad por el Honorable Consejo Superior de la Universidad Nacional de Córdoba, en el año 1956. Desde su transformación se basó en tres pilares fundamentales que son la docencia, investigación y extensión. A través de sus actividades extensionistas, desde el año 1998 hasta la actualidad, un grupo de docentes y alumnos realizan intervenciones comunitarias, como repuesta a las demandas de salud que surgieron de los líderes locales de diferentes poblaciones de la República Argentina, en vista de la situación de inequidad sentida por sus pobladores.

La intervención en Colonia Aborigin, provincia del Chaco, comenzó en el año 2009 y finalizó en el año 2011, cumplimentándose con una campaña por año. Esta intervención surge como continuación de lo realizado en diferentes poblaciones de la República Argentina, tales como: San Marcos Sierra y Santa Rosa de Calamuchita en la provincia de Córdoba; Sumampa en la provincia de Santiago del Estero, en las que se aplicó el protocolo

de Atención Rural Odontológica de la Facultad de Odontología.
(ver Anexo)

Contexto de la salud bucal en Colonia Aborígen

Machagai es una localidad situada en la provincia del Chaco. Es la cabecera del departamento Veinticinco de Mayo. Fue colonizada por yugoslavos y españoles sobre lo que era una antigua reducción toba. Machagai en la lengua de los tobas quiere decir "Tierra Baja", lo que hace referencia a la depresión en donde se encuentra ubicada el pueblo. Su producción es agrícola, ganadera y maderera. Una gran cantidad de aserraderos y carpinterías artesanales de algarrobo y quebracho están radicadas en los alrededores de la ciudad. Dentro de la jurisdicción del municipio se halla parte de la Colonia Aborígen Chaco, y la totalidad del núcleo urbano de esta. Colonia Aborígen posee alrededor de 3000 habitantes, 1045 habitan en la misma; el resto habita en los alrededores. (4)

El diagnóstico de situación se realizó por medio de entrevistas a diferentes miembros de la comunidad, jefes de estado, agentes de salud y responsables de las comunas. Al arribar al lugar se observaron las características demográficas y el entorno ambiental, lo que permitió recoger información sobre las condiciones y estilos de vida de las comunidades. Posteriormente a través de entrevistas se obtiene información pertinente a las necesidades de los habitantes, permitiendo de esta manera y junto con todos los participantes, elaborar un diagnóstico socio-epidemiológico. Además se realizaron registros odontológicos que constatan la prevalencia de las problemáticas bucales.

Las realidades de Colonia Aborígen y sus alrededores poseen características geográficas y sociales diferentes entre sí; Colonia Aborígen tiene acceso a luz, agua potable, caminos en mejores condiciones, escuela e infraestructura en buenas condiciones; en contra parte el parador 153 presenta un acceso muy restringido de agua, no hay luz, un puesto sanitario con un enfermero y la población esta muy dispersa entre sí, teniendo acceso por caminos intransitables cuando llueve.

En cuanto a la inserción institucional en las escuelas, los niños de Colonia Aborígen poseen una alta concurrencia, en el parador 153 la concurrencia está limitada por factores climáticos; siendo la principal motivación para la concurrencia la copa de leche y el almuerzo. El enfermero del puesto 153 nos informa que la enfermedad de Chagas y en los últimos años el Dengue, constituyen las infecciones vigentes por vectores, debido a que las condiciones de salubridad e higiene no son las mejores, y para pobladores que residen en viviendas de techos de paja y adobe sumado a la cuestión de no contar con agua potable, éstas patologías se transforman en endémicas. (5)

La comunidad de Colonia Aborígen posee mejor acceso a la salud a través del dispensario, el que cuenta con un médico estable, y brinda asistencia en forma permanente.

Determinantes de la salud bucal

Geográficos, Económicos y sociales

- Sin duda la problemática de las comunidades son complejas, por lo cultural, religioso, económico y por su distribución geográfica que ha aislado a ambas de los procesos de inclusión social; y como consecuencia, un sin número de derechos a la salud quedando cercenados por la falta de accesibilidad territorial y cultural. La accesibilidad a los centros asistenciales de mayor complejidad se dificulta por la falta de caminos y medios de transporte aptos para tal fin.
- Concentración de profesionales de la Salud en las zonas urbanas y la ausencia de los mismos en zonas rurales o alejadas.
- La atención que se les brinda es por medio de agentes sanitarios; un médico, un enfermero y excepcionalmente un odontólogo, que desarrollan su labor a través diferentes puestos sanitarios donde la infraestructura es deficiente, parte de éstos no cuentan con luz eléctrica, ni con salas de internación con las que antes se contaban, siendo la escasez de recursos obstáculo para la atención oportuna y eficaz.

Biológicos, psicológicos y culturales

- La enfermedad de Chagas y en los últimos años el Dengue, constituyen las infecciones vigentes por vectores, debido a que las condiciones de salubridad e higiene no están presentes. Para pobladores que residen en viviendas de techos de paja y adobe sumado a que no disponen de agua potable, éstas patologías se transforman en endémicas. (5)
- Pérdida prematura de las piezas dentarias por gingivitis y periodontitis.
- Falta de agua.
- Nutrición deficiente.
- Elevado nivel de analfabetismo en adultos.
- Escasa educación para la salud.
- Comunicación, el 80% de los pobladores, no hablan el idioma castellano, por lo cual el proceso de comunicación con extraños es muy dificultoso, generándose situaciones de ansiedad, tanto para los pobladores como para los extraños.
-

CARACTERÍSTICAS DE LA EXPERIENCIA

Nuestra experiencia surge de la necesidad de aportar soluciones a los problemas de salud bucal de niños de 3 a 13 años de la Colonia, en función de lo cual la experiencia se desarrolla centrada alrededor de dos dimensiones: educación para la salud y aplicación de la técnica restaurativa atraumática (TRA).

En ese sentido se realizaron actividades que nos permitieron:

- caracterizar la influencia del contexto social de las comunidades aborígenes en la que viven, respecto al modo en que estos construyen y sostienen un discurso sobre la salud bucal
- identificar las orientaciones educativas preventivas de las escuelas zonales a las que pertenecen, respecto al modo

en que estos construyen y sostienen un discurso sobre su salud bucal.

- Formar en la comunidad a agentes promotores de salud, en aras de garantizar la continuidad de las acciones de Promoción y Prevención en salud iniciadas.

Por otra parte esta experiencia posibilita que los estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba se formen en la aplicación de técnicas de restauración atraumática en lugares no convencionales, a través de ateneos y talleres formativos y produzcan conocimientos científicos y técnicos; en el contexto socio-cultural y la realidad sanitaria de estas comunidades a partir del intercambio de saberes, dentro del marco de principios éticos que rigen para la profesión.

Modelo de atención en salud bucal de la facultad de odontología, Universidad Nacional de Córdoba

El modelo de atención propuesto, es integral, centrado en la educación para la promoción y prevención de la salud bucal, dirigido a los miembros vulnerables de una familia y a la comunidad a la cual pertenece. Se trata de equilibrar los componentes respecto a la nutrición, vivienda y educación para la salud en general. (6,7)

La propuesta de trabajo, de carácter flexible, se adecua a las necesidades específicas detectadas en los pobladores y exigió revisiones de los métodos de educación y atención bucal, específicamente en las estrategias de prevención, tratamiento y control de patologías.

En la planificación de las campañas de intervención realizadas, se considera la información obtenida en las siguientes etapas:

- 1-Reconocimiento del nivel de salud
- 2- Descripción de la situación
- 3- Análisis de la situación en el marco de la salud bucal en Argentina
- 4-Propuesta de intervención (programas, proyectos, campañas etc.)
- 5-Ejecución
- 6-Evaluación

Resultados esperados

1. Desarrollar con los actores locales talleres de Educación para la Salud abordando interdisciplinariamente las temáticas de: saneamiento ambiental, Salud materno infantil, cuidados en salud buco-dental del niño, adolescente, adulto, y adulto mayor respetando los saberes propios de las comunidades.
2. Desarrollar espacios y mecanismos participativos que posibiliten la interacción de las comunidades y escuelas, con la finalidad de que se puedan expresar las necesidades y prioridades de salud.
3. Resolver el 80% de las patologías dentales mediante la aplicación de técnicas restaurativas atraumáticas (TRA).
4. Realizar talleres de capacitación destinados a la formación de Promotores de Salud; abordando interdisciplinariamente las temáticas que conforman los programas de Promoción y Prevención en Salud para cada grupo étnico.
5. Lograr que la escuela continúe con las acciones de Promoción y Prevención de Salud desarrolladas.

Destinatarios directos

Los destinatarios fueron los pobladores de Colonia aborígen y sus alrededores. Los docentes y personal de cocina las comunidades educativas.

Actividades

Las actividades que se plantearon básicamente las podemos dividir en acciones específicas para promoción salud a través de prácticas de salud bucal y aplicación del protocolo de "Atención Odontológica en zonas rurales". (8)

El mencionado Protocolo de atención odontológica en zonas rurales Protocolo J-3100), describe las diferentes técnicas que se aplicaron.

Actividad I

1. Se estudió el proceso de salud-enfermedad en las comunidades visitadas.
2. Se realizaron talleres para la formación de agentes en la comunidad que puedan seguir con la promoción de la salud.
3. Realización de jornadas de trabajo para informar y/o reforzar, con los estudiantes de la Facultad de Odontología, los contenidos técnicos relacionados con la técnica restaurativa atraumática (TRA).

Actividad II

1. Se enseñaron técnicas de higiene, y hábitos alimenticios saludables.
2. Se tomaron medidas directas para bloquear, limitar o impedir el progreso de la caries en cualquier momento de su curso o etapa de su historia natural; la efectividad será mejor cuanto más temprano se pueda frenar su curso o impedir que se desarrolle en los niños. Sin embargo, es necesario relacionar, tanto la historia natural como la historia social de los pobladores, para transformar sus condiciones de vida.

Actividad III

1. Presentación de datos, evaluación e informe final.
2. En esta última etapa se realizó la evaluación del proyecto la que estuvo a cargo del representante de la Organización Panamericana de Salud, Odontólogo Gabriel Antonioli, representante de la Red TRA en Argentina Od. Norma Picasso y representantes de la Facultad de Odontología (Universidad Nacional de Córdoba) Magíster Cristian Baglini, .Od Mauricio Navarro y Od. Mariano Lorenzo.

Logística de trabajo

La experiencia se inicia el 1 de junio del año 2009 con la partida desde la ciudad de Córdoba de un contingente de 43 personas, integrado por 28 alumnos, 10 odontólogos voluntarios y 5 docentes coordinadores, hacia la ciudad de Machagai, provincia del Chaco. Se arriba el día viernes, luego de 13 horas de viaje. Una vez organizado el alojamiento, y realizado el primer almuerzo, se pusieron en marcha ateneos orientadores para la atención odontológica que se efectuaría, además se orientó e inició la comunicación con los agentes de la comunidad.

Al segundo día, se realizó el traslado en colectivo a la localidad Colonia Aborígen. Se organizaron tres grupos de trabajo, los cuales se dirigieron: uno a la escuela primaria de Colonia Aborígen; otro al dispensario central de la misma y un tercer grupo fue trasladado en ambulancia unos 30 km al puesto 153.

La atención se realizó con modalidad no convencional (Fig. 1) y se extendió aproximadamente a las 18.30 hs., quedando hasta las 20 hs el grupo que se había dirigido al puesto 153, debido a que ese día las lluvias imposibilitaron que la ambulancia fuera a buscarlos. Durante la cena y se comparten las experiencias vividas, se define la atención para el próximo día.

En el tercer día de la experiencia el equipo de intervención se dirigió a la escuela N° 258 donde se asistieron unas 130 personas entre niños y adultos. En dicha escuela se capacitó a 5 docentes y 3 cocineros sobre la promoción de la salud bucal.

Finalmente se emprende el regreso a la ciudad de Machagai y luego a La ciudad de Córdoba.

En las campañas subsiguientes se siguió la misma dinámica.



Figura 1: Atención odontológica no convencional

ANÁLISIS DEL PROCESO REALIZADO

Se realizaron entrevistas a los líderes comunitarios, agentes de Salud y responsables de las comunas, quienes facilitaron el conocimiento del terreno y ayudaron a solidificar la comunicación con los integrantes de la comunidad aborigen, aspecto fundamental en el desarrollo del trabajo. Los responsables de los puestos sanitarios facilitaron conocer el historial de Salud de las comunidades posibilitando el acceso a las historias clínicas.

Se recibió aporte económico de Universidad Nacional de Córdoba para Inmunización y traslado de los profesionales y alumnos voluntarios y para la compra de instrumental, insumos de esterilización y material descartable.

Las principales dificultades que se presentaron durante el desarrollo de la experiencia estuvieron relacionadas con el acceso a las comunidades en cuanto a la distancia que los separa de la

ciudad de Córdoba que genera alto costo para el traslado del equipo intervencionista. Las condiciones climáticas, la comunicación también fueron desafíos a superar. Estas mismas dificultades, contribuyeron a dimensionar el contexto de situaciones de salud-enfermedad.

La calibración de las técnicas de atención en los profesionales de salud y odontólogos que participaron constituyó inicialmente un obstáculo que se logró superar luego de la calibración profesional.

La falta de datos que muchas veces existen en las historias clínicas realizadas, ya sea por desconocimiento de los datos por parte de los miembros de las comunidades o por descuido del profesional, hizo que en las intervenciones siguientes se hiciera nuevamente el registro de los datos.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

A lo largo de las 4 campañas realizadas se atendieron las necesidades a nivel del componente bucal de la salud de 757 pobladores (314 niños), según se detalla en la tabla siguiente:

Campaña	Pobladores	Femenino	Masculino	Niños
1	203	118 (58%)	85 (42%)	55 (27,0%)
2	158	88 (55%)	70 (45%)	72 (45,5 %)
3	196	116 (59%)	80 (41%)	88 (44.8%)
4	200	112 (56%)	88 (44%)	99 (49,5%)
Total	757	434 (57 %)	323 (43%)	314 (41,4%)

1. En cada campaña junto a los actores locales se desarrollaron 3 talleres de Educación para la Salud abordando las temáticas de: saneamiento ambiental, Salud

materno infantil, cuidados en salud buco-dental del niño, adolescente, adulto, y adulto mayor de modo interdisciplinario y respetando los saberes propios de las comunidades

2. Se desarrollaron espacios y mecanismos participativos que posibilitaron la interacción de las comunidades y las escuelas.
3. Se resolvió el 40% de las patologías registradas.
4. Se aplicó el Protocolo de atención odontológica en zonas rurales (Protocolo J-3100), de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
5. Se atendieron las patologías Buco-dentales mediante la aplicación de técnicas restaurativas atraumáticas (TRA) (Figs. 2 y 3).
6. Se realizaron talleres de capacitación destinados a la formación de Promotores de Salud; abordando interdisciplinariamente las temáticas que conforman los programas de Promoción y Prevención en Salud para cada grupo etáreo.
7. Se logró que el trabajo sea continuado por una odontóloga, la cual esta en forma permanente en Colonia Aborígen, dando sustentabilidad a nuestro trabajo.

Figura 2: restauración con cemento de ionómero vítreo,





Figura 3: sellador de fosas, puntos y fisuras utilizando técnica atraumática con cemento de ionómero vítreo.

Nuevos desafíos

Nuestra expectativa es ampliar la cobertura de atención a toda la poblacional incluyendo todas las escuelas de la zona, en una primera etapa. Uno de nuestros objetivos específicos es la formación de agentes promotores de salud, en aras de el garantizar la continuidad de las acciones de Promoción y Prevención en salud, así como para la inclusión del resto de los pobladores en condiciones de vulnerabilidad y riesgo. De manera complementaria, se pretende diseñar colectivamente un sistema de vigilancia comunitario del derecho a la salud.

Bibliografía

1. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Indígenas*. (1997) Revisado el 12 de diciembre de 2011, de www.indigenas.oit.or.cr:
www.indigenas.oit.or.cr/proydecl.htm
2. Gobierno de la República Argentina, Jefatura de Gabinete de Ministros.. *Portal Oficial del Gobierno de la República Argentina*. (2011) Revisado el marzo de 2012, de argentina.gob.ar: <http://www.argentina.gob.ar/>

3. Universidad Nacional de Córdoba, Prosecretaría de Comunicación Institucional e Informática. *Universidad Nacional de Córdoba*. (2012). Revisado el 15 de marzo de 2012, de <http://www.unc.edu.ar/>: <http://www.unc.edu.ar/institucional/historia/origenes>
4. Ministerio de la Producción Prov. del Chaco.. *Diagnóstico socioeconómico y cultural de colonia aborigen Chaco*. Resistencia. (2004)
5. Miguel A. Biancardi, M. C. *Seroprevalencia de la enfermedad de chagas en 17 parajes del "monte impenetrable" de la provincia del Chaco*. *www.medicinabuenosaires.com* , (2003). 125-128.
6. Starfield, B.. *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de Salud, servicios y tecnología*. (2004) . (Masson, Ed.) Masson.
7. Finn, S. B. *Odontología Pediátrica*. Buenos Aires, Argentina: Panamerican (1976).
8. Baglini Cristian J., Lorenzo Jorge, Lorenzo Mariano, Navarro Mauricio S., Osilio Miguel E. *Protocolo J-3100 (JMMMC); Protocolos de atención odontológica en zonas rurales* (2011) Aprobado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología – UNC.