REPRESENTACIÓN SOCIAL Y CREENCIAS EN LA INTERACCIÓN POBLACIÓN DEMANDANTE/PROFESIONALES DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD BUCAL DE ROSARIO: APORTES PARA UN DIAGNÓSTICO SOCIO-ODONTOLÓGICO

HECTOR VÁZQUEZ*
MARÍA SUSANA AZCONA**

Dentro del contexto de la Antropología Urbana, la temática de la **salud pública,** del análisis de las condiciones de vida de los segmentos sociales en situación de pobreza, de la aplicación de programas de acción sociocultural destinado a la implementación de soluciones sanitarias, de sus limitaciones, de la detección de desigualdades sociales en las prestaciones de salud, de las características «culturales» de las instituciones que brindan estos servicios, se han ubicado en el centro del foco de interés de la disciplina.

En este artículo tratamos una constelación de temas que, centrados en las interacciones sociales y simbólicas entre población demandante en salud bucal/ profesionales de los servicios odontológicos del Sector Norte de la Municipalidad de Rosario, de la Facultad de Odontología UNR (consultorio de la guardia y Hospital Escuela) y del Centro Odontológico Municipal, localizado en la zona céntrica, se entroncan directamente en su campo de estudio.

Damos, entonces, a conocer nueva información dentro de un dominio de la salud pública en el que hay carencia de investigación sistemática; el estudio realizado abarca el período que va de setiembre de 1992 a diciembre de 1994. Estas indagaciones son parte de los resultados obtenidos en el área de Antropología y Salud de un PID CONICET dirigido por el Dr. Héctor Vázquez y titulado: «Diseño de un programa de acción sociocultural para los asentamientos tobas de la ciudad de Resistencia (Chaco)

* Investigador CIUNR-CONICET.
** Investigadora CIUNR.

y de Rosario (Santa Fe) en función de un diagnóstico socio-cultural que enfatice: el estado sanitario y habitacional, la Educación Bilingüe e Intercultural (lengua y procesos identitarios regionales). Propuestas para una Ley provincial del aborigen con base en la moderna teoría de los derechos humanos».

Este proyecto fue desarrollado por un equipo interdisciplinar que, a partir de un marco teórico común, procuró una estrategia de investigación multidimensional articulada de la siguiente manera: Un área de antropología socio-cultural que,además de un abordaje histórico-sociocultural, incluye un subárea de antropología y salud y un subárea de antropología y derecho. Y un área de etnolingüística[1].

La investigaciones del subárea de antropología y salud convergen, parcialmente, con las desarrolladas por María Susana Azcona como investigadora del CIUNR sobre los servicios odontológicos del Sector Norte de la Municipalidad de Rosario. La observación directa y las entrevistas en los servicios odontológicos estuvieron a su cargo.

El conocimiento de representaciones y creencias y la índole de las relaciones entre la población asistida y los miembros de los servicios odontológicos, mediados por el tipo de oferta y las expectativas de la demanda, son de central importancia para la proyección y puesta en marcha de cualquier tarea de educación y prevención y, más ambiciosamente, para la elaboración y ejecución de todo proyecto de Atención Primaria. También lo es la puesta en evidencia de la interpretación que los profesionales odontólogos hacen de la naturaleza de su práctica en zonas de emergencia odontológica. Esto adquiere especial relevancia en relación a la población aborigen.

En el contexto de la línea de investigación desarrollada esta población constituye el centro de nuestro interés.

Al referirse al estudio de los procesos de urbanización, modernización e industrialización, Castellanos (1984) destaca que en el campo de la salud se ha producido una revitalización de las discusiones sobre las relaciones salud/enfermedad y proceso de trabajo. Y, más recientemente, sobre los complejos procesos de reproducción social de los individuos, grupos, clases y formaciones económico-sociales. Indica, además, que estos planteos han tenido limitaciones que se intentan superar.

Dando nuevo impulso a estas discusiones Silva Paim (1995) señala, citando a varios autores, que al utilizarse el concepto de clase social en estudios epidemiológicos se ha tendido a la yuxtaposición de marcos teóricos marxistas con métodos y técnicas comprometidos con la epidemiología clásica. Esto produce obvias limitaciones. Por un lado, debido a los problemas teóricos conceptuales no solucionados que han dificultado la aplicación del modelo teórico a situaciones concretas. Por otro lado, con motivo de los cambios que se han producido en las políticas de América Latina. En este sentido, analiza las tentativas de operacionalización de la categoría clase social a través de la cons-trucción de un modelo de jerarquización de las determinaciones del perfil epidemiológico de la población que consideraría, por un lado, la estructura de

producción y, por otro, la estructura de consumo/modo de vida que, junto al salario, conforman condiciones o estilos de vida.

Silva Paim retoma el planteo de Castellanos según el cual cada individuo, familia, comunidad y grupo poblacional tienen necesidades y riesgos en salud vinculados a diferentes variables, entre ellas,la localización geográfica y ecológica; afirmando también que el perfil de condiciones de vida expresa cuatro dimensiones de la reproducción social: biológicas-ecológicas, económicas, de conciencia y comportamientos. Cada grupo de población tiene un perfil de necesidades y riesgos vinculado a cada una de tales dimensiones reproductivas[2]. Desde estas bases el autor amplía este planteo al precisar la categoría de espacio, entendiéndola como una aproximación a las condiciones de vida y en cuanto categoría mediadora entre los determinantes estructurales y la situación de salud. Desde su concepción, dicha categoría se presenta como una opción potencial para entender los procesos relativos a la reproducción social. Precisa que el concepto de territorio o espacio debe trascender su condición física y natural para asumir un carácter histórico social. Posibilitando, de esta manera, el estudio de condiciones de vida según la respectiva inserción espacial.

Por nuestra parte pensamos que, al delimitar el mundo social en tanto espacio multidimensional, determinado por las posiciones que ocupan los agentes o grupos de agentes a través de diferentes tipos de poder o de capital; el autor abre posibilidades más abarcativas y menos mecanicistas en el análisis de los procesos de reproducción social. En este sentido es central el concepto de **espacio social** -que también utilizaremos nosotros- que toma de Bourdieu. Hemos revisado el texto de Bourdieu *Cosas Dichas* (1993) con el propósito de aclarar esta influencia. «Se puede comparar el espacio social con un espacio geográfico en el interior del cual se recortan las regiones» -escribe-. Pero este espacio está construído de tal manera que los agentes, los grupos o las instituciones que en él se encuentran colocados tienen tantas más propiedades en común cuanto más próximos estén en este espacio; tanto menos cuanto más alejados. Las distancias espaciales sobre el papel coinciden con las distancias sociales: No sucede lo mismo con el espacio real». En este sentido, el concepto de **espacio social** de Bourdieu muestra la posibilidad de romper la oposición artificial que se establece entre las estructuras sociales y las representaciones de las mismas.

Además del concepto de **espacio social,** también los conceptos de capital cultural,social y simbólico de Bourdieu son aplicados al campo de la salud por Silva Paim. En efecto, sitúa en el **espacio social** del proceso salud/enfermedad al conjunto de actores que en él se intervinculan. El saber y conocimiento acerca de los riesgos y la prevención los coloca en el dominio del capital cultural; las condiciones de vida que permiten mejorar las condiciones de enfrentamiento de las enfermedades conforman el capital económico. Mientras que los aspectos subjetivos referidos a los grados de bienestar y armonía con la vida los relaciona con el capital simbólico.

Al tratar la distribución de las poblaciones en los espacios urbanos el autor sostiene la importancia del estudio de la formación de la ciudad. Se debe recuperar la

historicidad de sus diferentes espacios,especialmente los referidos a las formas socialmente definidas de su ocupación sea por el capital o por los diferentes segmentos sociales. Infiere que la población se apropia del espacio de tal modo que tiende a conformar conglomerados relativamente homogéneos desde el punto de vista de sus condiciones de vida que se corresponde con una unidad territorial.

Desde tal perspectiva indica que al analizar la situación de salud de la población del municipio del Salvador, Estado de Bahía, Brasil, en 1995, fueron desarrolladas tres alternativas metodológicas de estratificación según las condiciones de vida

a) Estratificación por desagregación progresiva de variables definidas a partir del marco teórico capital cultural y capital económico.
b) Estratificación por el índice de las condiciones de sobrevivencia adaptado (ICSA)
c) Estratificación por indicadores de variables «proxy» de condiciones de vida: Indice de condiciones de vida (ICV)

Al analizar los problemas de salud en áreas marginales de Venezuela, Castellanos (1984) ya configura, aunque sin precisar, la categoría **espacio.** Relaciona el fenómeno de la marginalidad con el proceso de industrialización y modernización de los países de la región (América Latina), vinculando esta relación a la posición que ocupa Venezuela en el sistema mundial y a las características sociales concretas de las sociedades latinoamericanas.

Refiriéndose a una dimensión particular del análisis escribe Castellanos (1984): «No puede asumirse que la población marginada constituya una clase social, numerosos estudios han demostrado la heterogénea composición social de los pobladores de áreas marginales y las múltiples contradicciones sociales que cobran vida en su seno. Sin embargo comparten una serie de características biológicas, culturales, psicológicas, económicas y legales que determinan un perfil social común, una comunidad de procesos que reproducen permanentemente su condición al marginarlos».

En este sentido,el barrio pobre urbano constituye algo más que una mera delimitación espacial. Se convierte en un ámbito de una determinada dinámica social. En efecto, según este autor: «El barrio marginal constituye un área ecológica y socialmente deteriorada, donde se agrupan la mayoría de los grupos familiares cuyo ingreso es inferior a la canasta de consumo normativo,que se reproducen como una fuerza de trabajo marginalizada, de ocupación inestable y mal remunerada;y que reproduce, en conflicto con la cultura dominante, formas de conciencia y de conducta peculiares. Obviamente a estos grupos de población ha de corresponderles un perfil de salud/enfermedad particular».

Las políticas y planes de salud referidas hacia estos barrios marginados que habitan grupos sociales **excluidos** deben formar parte del esfuerzo global de transformación de sus condiciones de vida mediante una estrategia nacional de desarrollo y reformulación del sistema sanitario.

Pretendemos contribuir con estos estudios, en la medida de nuestras posibilidades, mediante el análisis de las representaciones sociales y de las creencias en la relación poblaciór demandante/miembros de los servicios odontológicos mencionados más arriba. Lo haremos desde una perspectiva Histórico-Critica de la antropología sociocultural (Vázquez 1986 y 1994), que intervinculamos con una concepción interdisciplinar de la investigación odontológica (expuesta en María Susana Azcona 1993).

Nos referimos, también, a los grados de aceptación y rechazo -por parte de la población demandante- de los servicios ofertados. A la proyección y alcance de sus propuestas sanitarias en la población circundante asentada en una zona de extrema pobréza urbana (villeros y aborígenes tobas. Hay algunas familias mocovíes). Dentro de los sectores villeros más carenciados los aborígenes son los de mayor vulnerabilidad social y los únicos que parecen tener un extremo desinterés acerca de la salud bucal. ¿Hasta que punto esto es así? ¿Hasta dónde llega tal despreocupación? ¿Es ella únicamente atribuible a la condición de extrema pobreza? ¿En qué se fundamenta esta actitud? ¿Cuáles son los aspectos comunes y cuáles los diferentes que pueden existir entre las actitudes de los villeros criollos y los aborígenes tobas-qom- sobre la salud bucal? ¿Qué actitudes adoptan los odontólogos ante hábitos y conductas que perciben, generalmente, como extrañas?

Muy probablemente, la actitud de los aborígenes ante la salud bucal sea la misma en relación a otros aspectos del proceso salud/enfermedad/atención.. Pero no conviene generalizar.

Obviamente, nuestro interés de conocimiento sobre los efectores odontológicos confiere a dicho proceso un sesgo específico.

Conviene explicitar, muy brevemente, algunas cuestiones metodológicas de base:

Hemos elaborado una guía de campo que nos orientó en nuestras observaciones y entrevistas, y que se ajustó según las necesidades del proceso de investigación. Realizamos:

A) Observación directa en los efectores de salud bucal.
B) Observación directa en los asentamientos irregulares
C) Entrevistas semiestructuradas y en profundidad con informantes calificados (tales como profesionales odontólogos, agentes sanitarios, distintos miembros de la institución en la que se realiza la práctica odontológica, miembros de los distintos segmentos sociales y culturales (aborígenes tobas) que conforman la población demandante. Se tuvo también en cuenta,otros actores involucrados en la problemática de salud: miembros de organizaciones intermedias como vecinales, comedores asistenciales, escuelas, centros religiosos, etc.)

Las entrevistas a los miembros de la población demandante se desarrollaron:

1) en los efectores de salud. (20 entrevistas por efector).
2) en 6 viviendas, tomadas al azar, de entre la población efectivamente asistida en cada efector (mayores de 18 años ambos sexos)
3) en asentamientos irregulares a 60 grupos domésticos tomados al azar.

A.-30 entrevistas a familias villeras criollas distribuidas así: 15 en Barrio Arroyito: El Pozo; 5 en Empalme Graneros, y 10 en Los Pumitas. El 68% de los miembros de los grupos domésticos de la población villera criolla entrevistada concurrió, alguna vez, al ciclo primario.

B.-30 entrevistas a familias tobas distribuidas así: 15 en Empalme Graneros y 15 en Los Pumitas. El 19% de los miembros del grupo doméstico de la población toba entrevistada concurrió, alguna vez, al ciclo primario.

La población villera criolla entrevistada tiene por ocupación el cuentapropismo (albañiles no calificados, pintores, y vendedores ambulantes, etc.) y el servicio doméstico: todos se ubican en la economía informal. El 79% es migrante.Todas son familias nucleares. El promedio es de 4 hijos.

1° en las entrevistas con los profesionales odontólogos de cada efector se privilegió la búsqueda de información sobre los niveles y grados de:

-comprensión del concepto de atención primaria.
-capacitación para adecuar la práctica profesional a los requerimientos propios de los distintos niveles de atención.
-participación activa y creativa en la optimización de la red de servicios odontológicos.
-conocimiento de las expectativas y actitudes de la población asistida sobre la clase y calidad de los servicios afectados.
- creencias sobre los valores y actitudes de los grupos domésticos criollos y tobas.

2° Las entrevistas con los miembros de los distintos segmentos sociales de la población demandante consideraron:

-sexo.
-edad.
-composición familiar.
-nivel de educación.
-tiempo de permanencia en el barrio o asentamiento.

-prácticas de autocuidado.
-valoración de la relación con el odontólogo.
-modalidades de uso del servicio.

Para la población de origen toba se tuvo en cuenta, además:

-lugar de procedencia.
-grados de competencia del entrevistado en la lengua castellana.

C.- Se analizó material impreso consistente en: partes diarios, historias clínicas, reglamentos, disposiciones y ordenanzas, etc. Otras publicaciones y estadísticas referidas a la salud bucal en el municipio de Rosario.

La «red» odontológica del sector norte se constituye, según lo plantea la Dirección de Odontología Hospitalaria de la Municipalidad de Rosario, a partir de los siguientes servicios:

-Dispensario Casiano Casas (Avda. Casiano Casas 970).
-Dispensario 1° de Mayo. (Mena 2.200).
-Escuela Luisa de Olguín (Escuela privada incorporada a la Provincia que cuenta con un Centro Odontológico Municipal).
-Dispensario Cáritas Guadalupe (French 2.500). Formalmente depende de la repartición provincial, pero la Dirección de Odontología Hospitalaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad lo integra a la «red» del servicio odontológico municipal del Sector Norte puesto que ella paga los costos de recursos humanos e insumos.
-Centro Odontológico del Hospital Alberdi (de mediana complejidad).

El Centro Odontológico Municipal debiera articularse en red con los efectores odontológicos del Sector Norte, pero el circuito de derivación no se ha organizado.

Espontáneamente villeros criollos y tobas concurren a este servicio. También lo hacen, y más frecuentemente, al consultorio de la guardia de la Facultad de Odontología de la UNR.

Mencionaremos, ahora, algunas de las categorías claves que operacionalizamos durante el proceso de investigación.

1. **Atención primaria:** Entendemos por Atención Primaria las estrategias o políticas integrales de salud que comprenden a toda la población y al sistema de salud en todos sus niveles e implica el enfrentamiento de los problemas sanitarios mediante formas concretas y apropiadas, de reajuste, recombinación y reorientación de los recursos de

toda la sociedad para satisfacer las necesidades y las aspiraciones en el área de salud (1987 Primeras Jornadas Nacionales de Atención Primaria Córdoba, Argentina).

No podemos desarrollar aquí, en profundidad, las diferentes dimensiones de este concepto. Ni mucho menos las estrategias de su implementación (casi siempre parcial) en el desarrollo de nuestra realidad político-institucional. Solamente indicamos que, en el momento actual, los diferentes actores interesados en efectivizarla se ven obligados a negociar sus condiciones de articulación al interior de un marco que enfrenta, por un lado las realidades sanitarias de la población y, por otro lado, a una concepción neoliberal donde el Estado se desliga de la salud o procura paliar situaciones de extrema pobreza en las que la seguridad social tiende a pasar al ámbito de lo privado. Desde esta perspectiva se entiende a la salud como un valor más de mercado, determinándose las prioridades en la salud de acuerdo a esta concepción.

2. **Iatrogenia:** referida al campo odontológico, la iatrogenia se manifiesta en el campo clínico como un tipo de prácticas que impulsan prestaciones, de uno u otro modo, mutilantes.

3. **Red**: utilizaremos este concepto en dos dimensiones diferentes:

A.- como estrategia de trabajo que pretende optimizar las funciones sociales de los sistemas de salud. Nos referimos a las interconexiones entre los distintos servicios odontológicos de la Dirección de Odontología Hospitalaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, de los dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe y los dependientes de la Universidad Nacional de Rosario en función de diferentes capacidades resolutivas.

B.- a las relaciones de solidaridad e intercambio establecidas por cada grupo doméstico del conjunto de familias criollas y de familias tobas residentes en cada asentamiento villero.

4. **Representación social:** a) en un sentido amplio: nos referimos «a las imágenes del mundo (lo exterior al sujeto cognoscente) y de la vida (normas de conductas, sistemas simbólicos, creencias valores y actitudes concebidos dinámicamente). Es decir, construidos, deconstruidos y reconstruidos, según situación de momento y lugar, por los grupos sociales que comparten un acervo cultural común en constante devenir» (Azcona: 1993:30). b) en un sentido más restringido se trata de estructuras sociocognitivas (categorías de pensamiento) emergentes de concepciones compartidas de la realidad por los distintos segmentos sociales de la población demandante de la oferta de salud, referidas al proceso de salud /enfermedad. Dichas concepciones condicionan las valoraciones y actitudes hacia los servicios de atención y asistencia odontológica.

5. **Creencia:** «Admisión de la validez o verdad intrínseca de cualquier juicio o proposición sin fundamento o prueba alguna» (Vázquez, H. 1995)

6. **Prejuicio**: «creencia con núcleo duro. Esto es, la aceptación acrítica de un juicio o proposición falso que se toma por verdadero, adherido a fuertes simpatías que refuerzan, psicológicamente, el incorrecto sentido de «verdad» que dicha afirmación encierra. Su aspecto extremo se constituye como estigma». (Vázquez, H.1995).

7. **Sistema de actitudes y valores**: «De un modo operativo lo caracterizamos como el conjunto de pautas socioculturales elaboradas y reelaboradas por los miembros del grupo local».

-para los villeros criollos y para los tobas agregamos:- «como resultado de las relaciones de interacción socioétnica que, a partir de los grupos de edad, sexo y tiempo de permanencia en el asentamiento, regulan las conductas de los integrantes del asentamiento» (Rodríguez,G.1988).

8. **Asentamientos irregulares**: población asentada en terrenos de los que no poseen derecho de propiedad constituido.

Menéndez, E. (1992) insiste en la necesidad de descentrar el sujeto tradicional del proceso salud, enfermedad, atención (s./e./a.), reemplazando al actor social individual por la relación familia-grupo doméstico (F/G.D). Entonces: «La F/G.D. constituye la micro estructura que más peso tendría en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso s./e./a.» Por lo tanto: «desde esta perspectiva metodológica la F/G.D. emergerá como unidad de descripción y análisis de mayor significación que otras instituciones, grupos o unidades y sobre todo de mayor significación que el propio sujeto» (Menéndez, E.1992, 5). Si, en principio, seguimos tales lineamientos, nuestro foco de interés está puesto en el análisis de las interacciones entre odontólogos/pacientes.

El ámbito de la Salud Pública en el municipio de la ciudad de Rosario se coconstituye mediante la convergencia de la jurisdicción nacional (limitada a la Universidad Nacional de Rosario), la provincial, y los servicios que brinda la municipalidad e instituciones intermedias. En constante reformulación este sistema de salud pública se encuentra, hoy, insuficientemente articulado.

Con respecto al servicio público de salud bucal los efectores se localizan así: bajo la jurisdicción provincial 4 centros de mediana complejidad, instalados en hospitales, fundamentalmente, en distintas escuelas (120), atendidas por unos 30 profesionales. La Dirección de Odontología Hospitalaria de la Municipalidad de Rosario articula una «red» de servicios que incluye 3 centros odontológicos de alta complejidad, 4 centros de mediana complejidad y 21 centros odontológicos periféricos ubicados en algunas escuelas provinciales, vecinales y unidades móviles y la nación lo hace a través de La U.N.R. que cuenta con la guardia de la Facultad de Odontología, su Hospital Escuela y varios servicios docentes asistenciales.

Si como lo afirman Golbert y Tenti Fanfani (1994; 95): «el mismo concepto de «pobreza» no está bien definido y de hecho resulta ser una noción de «geometría variable»; adquiere diferente extensión de acuerdo a las necesidades de quien lo usa», los habitantes de las villas miserias de la ciudad de Rosario carecen de viviendas habitables y no acceden a servicios básicos fundamentales tales como salud, educación, agua potable y energía eléctrica. Su pobreza resulta, pues estructural. En los últimos años se han ido agregando a estos sectores sociales un creciente número de familias cuyos miembros han perdido sus fuentes de trabajo y caído en una situación de acelerada pauperización.

El perfil del proceso de desocupación indica que de la población económicamente activa (449.204 personas en 1994) el 20,9 %: 89.841 se encuentran desocupados y 26.952 subocupados. Los desocupados, antes ocupados, sobrepasan el 70%, mientras que, entre los nuevos trabajadores, la desocupación es del 28%. Resulta interesante destacar que el 28% de los desocupados tienen una edad inferior a los 40 años. (1995 Instituto Provincial de Santa Fe de Estadísticas y Censos).

De 875.707 habitantes de la ciudad de Rosario (Anuario Estadístico de la Municipalidad de Rosario 1994) unas 250.000 personas, según dirigentes villeros, habitan en villas miserias.

Esta población carenciada es la que al sufrir la retracción producida en la oferta de salud en el subsector público, se encuentra en una situación de desatención progresiva. Situación que se agrava por la incorporación de población que proviene de sectores medios que han perdido sus obras sociales.

Dado que, como lo menciona Brión (1993), los beneficiarios de las obras sociales no obtienen respuestas satisfactorias a sus demandas sobre la salud bucal, ni tampoco pueden tratarse aceptando la oferta que emana del sector privado (en razón de los altos costos de sus servicios basados en la alta complejidad y la especialización), se produce un trasvasamiento de la demanda insatisfecha hacia el subsector público a la que el mismo no se encuentra en condiciones de responder. Esta sobredemanda afecta a todos los servicios de atención bucal, especialmente a los de mediana y alta complejidad, del área de salud pública de la ciudad de Rosario. Por lo tanto es imperiosa la necesidad de realizar una rederivación zonal que permita la descompresión de estos servicios.

Los servicios odontológicos del Sector Norte se distribuyen al interior de un amplísimo arco de población (seccionales policiales N° 10, 12 y Sub Comisaría 1ª integrado por unas 330.000 personas en el que conviven algunos segmentos sociales de altos ingresos (en la seccional 10 la zona residencial de Alberdi), muchos de ingresos medios, y vastísimos de ingresos bajos. Además 31.000, aproximadamente, se encuentran en situación de extrema pobreza conviviendo en asentamientos irregulares.

Los grupos sociales que se atienden en estos centros odontológicos corresponden a:

1- Una capa social de sectores medios bajos que no cuenta con obra social o que la obra social no cubre los servicios odontológicos.
2- Una capa social que vende su fuerza de trabajo y presta servicios no calificados y que, tiende, rápidamente hacia la exclusión.
3- Residentes en asentamientos irregulares en condiciones de extrema pobreza. Villeros criollos y tobas.

Esta «**red**» de servicios odontológicos se constituye así:

1er Nivel de complejidad:

1.- Casiano Casas (Avda. Casiano Casas 970), Sec. Policial N° 10:
Tiene otras especialidades: pediatría, ginecología, clínica, obstetricia y odontología. Trabajan 2 profesionales odontólogos, uno en calidad de contraprestatario (atiende 18 horas semanales) y otro en calidad de contratado sin carga horaria.

2.- Escuela Luisa de Olguín,H.; Primo y C.Aldao. Sec. Policial N°12:
Se trata de una escuela privada (de la iglesia) e incorporada a la Provincia que cuenta con un Centro Odontológico Municipal en el que atiende 1 odontólogo.

3.- Dispensario 1° de Mayo. (Mena 2.200). Sub-Comisaría 1ª
Tiene otras especialidades médicas: clínica, pediatría, psicología y odontología. Cuenta con 1 profesional odontólogo que cubre 24 horas semanales.
Atiende un área de varios edificios construidos por el FONAVI.

4.- Dispensario Cáritas Guadalupe (French 2.500). Sec. Policial N° 12:
Tiene otras especialidades médicas: clínica, pediatría y obstetricia (Pertenece a la Provincia de Santa Fe -Centro Comunitario de Salud N°17). Cuenta con un odontólogo permanente, pagado por la municipalidad (que cubre 18 horas de atención semanal). Cuentan también con un odontólogo privado que cobra salario muy bajo.

2do Nivel de complejidad:

5.- Centro Odontológico del Hospital Alberdi; Sec. Policial N° 10:
Este Hospital que opera como núcleo del circuito de derivaciones recibe población de la zona noroeste de la ciudad, habitan en su área de influecia 250.000 personas, de las cuales aproximádamente 90.000 son carenciadas. Se atiende a enfermos crónicos y agudos. Tiene una guardia permanente. El sector de consultorios externos cubre, entre otras especialidades, clínica y pediatría.
Se dispone de 4 odontólogos. Un personal contratado no permanente, dos profesionales contratados transitorios sin carga horaria y un profesional concurrente. Cuenta con dos sillones, aparato de rayos y de esterilización pero no con personal de apoyo.

Resulta importante aquí distinguir entre niveles de complejidad:

1er. Nivel:

Se tratan las urgencias, arreglos simples y extracciones simples. No todas las prestaciones se refieren a las patologías se hacen también sellantes cariostáticos y topicación con flúor. También se enseñan técnicas de cepillados.

2do. Nivel (mediana complejidad):

Se tratan endondoncias simples (endodoncias de un sólo conducto), exodoncias, se hacen cirugías más complejas que las emergencias, radiografías y educación para la salud bucal que supone, también, prevención.

La guardia de la Facultad de Odontología UNR. atiende urgencias y ofrece prestaciones del 1er. Nivel de complejidad, su Hospital Escuela (oferta prestaciones del 1er., 2do. y 3er. Nivel de complejidad. El Centro Odontológico Municipal de la calle Rioja 2050 (Sec.Policial N°2), instalado en la zona céntrica, es de alta complejidad. Sin embargo, al igual que el servicio odontológico del Hospital Alberdi que opera en un nivel de mediana complejidad, también ofrecece prestaciones que corresponden al primer nivel de complejidad. Estos servicos se encuentran sobredemandados y tienen grandes dificultades para producir las prestaciones que corresponden al nivel de complejidad para los que fueron diseñados.

3er. Nivel (alta complejidad)[3]:

Endodoncias multiradiculares, y exodoncias complejas y prótesis. Están fuera del Sector Norte y son:

-Centro Odontológico Municipal calle Rioja 2050.

Es un centro ambulatorio para adultos. Posee 2 salas de operatoria con 2 sillones en cada salón. Se trata de 2 salas de cirugía (exodoncia) con 1 sillón en cada sala: Hay tres turnos uno a la mañana, un turno medio y otro a la tarde. La prestación en cirugía es especializada y ambulatoria.

Los pacientes llegan a este servicio por derivación verbal o demanda espontánea. Tiene 8 profesionales odontólogos.

Las formas de contratación de trabajo de los recursos humanos son los siguientes: planta permanente, becarios, contratados transitorios con horas fijas y horas trabajadas y reemplazantes. Los Becarios deben presentar un proyecto que se constituye en el Plan de trabajo llevado a cabo en las unidades móviles transportables. (Azcona 1996a).

La jurisdicción a la que corresponde el servicio Odontológico de la Facultad de Odontología UNR (Sec.Policial N°7) es la nacional. En principio los pacientes acceden a una **sala de diagnóstico**. De ella se los deriva:

1.- Al Hospital Escuela en el que trabajan los alumnos de las distintas cátedras (extracciones simples, operaciones dentales, periodoncia, endodoncia, protesis: fijas, removibles y completas, ortodoncia,etc.). También hay un Programa de Control de Infección (eliminación de cocos, terapia preventiva y Educación Para La Salud). Rehabilitación, etc. Existen, además consultorios externos en los que se forman especialistas. En ellos laboran residentes y alumnos con prácticas adquiridas.

2.- Al consultorio de la sala de guardia que atiende urgencias y prestaciones simples.

Sin embargo, cuando este sistema se encuentra saturado (lo que casi siempre sucede) se accede directamente a la guardia. Por otro lado, la guardia atiende demanda espontánea que llega directamente a ella sin pasar por **sala de diagnóstico**.

Los miembros de los sectores sociales de los grupos 1 y 2, son asistidos en el Hospital Escuela. Excepcionalmente lo son los pertenecientes al grupo

3.- Mientras que los integrantes del grupo 3 son atendidos en el consultorio de la sala de guardia.

Fundamentalmente, esto se atribuye a que los miembros del grupo 3 concurren espontáneamente a dicho consultorio y exigen atención más o menos inmediata.

El consultorio de la sala de guardia tiene 2 sillones con su equipo respectivo y dos grupos de profesionales por cada sillón. Son 6, a veces, 8 los profesionales contratados.

Las dificultades en la obtención de datos que permitan la formulación de un diagnóstico plausible de los serivicios odontológicos se liga directamente, a la deficiencia de los registros existentes. Suele suceder que:

1.- hay carencias de historias clínicas.
2.- las historias clínicas poseen información insuficiente.[4]
3.- No existe continuidad en su confección.

Si bien son profesionales odontólogos quienes recaban estos datos (lo que garantiza la idoneidad técnica de los mismos), se da cuenta del tipo de prestaciones y de la cantidad de las consultas pero no se consignan ni las segundas consultas ni el alta de los pacientes, ni los circuitos de derivación, ni la posible pertenencia de los pacientes a obras sociales, ni los períodos en los que han sido tomados, ni la identificación de las características socioculturales de los pacientes. De este modo, la confiabilidad y la validez de la información se encuentra cuestionada. Son estas condiciones, precisa-

mente, las que hacen que el abordaje por medio de la observación directa (observación descriptiva) y la entrevista constituya un modo de acceso privilegiado. (Azcona: 1996:b).

Debe quedar claro que en el sistema de la salud pública odontológica municipal, provincial y nacional de la ciudad de Rosario la estructura en **RED** es, aún, una meta a alcanzar. Comienza el proceso de su constitución.

No existen los tratamientos según grupos de población, tampoco hay una estrategia de derivación articulada entre los efectores de primer, segundo y tercer nivel de atención. Las derivaciones de los pacientes son esporádicas y aisladas. Los intentos de desarrollar una Estrategia de Atención Primaria se limitan, hasta el momento, y sólo en algunos casos, a la enseñanza de técnicas de cepillados. Ocasionalmente se han realizado talleres de Educación para la Salud Bucal en las escuelas aledañas a estos servicios.

En otro orden de ideas, es preciso destacar aquí que la recolección de todo tipo de datos, su procesamiento e interpretación, y la posterior comunicación a los responsables de la toma de decisiones en cada efector de los resultados obtenidos en el análisis (que siempre deben presentarse con delicadeza extrema); permitirán un diagnóstico institucional de base seguramente útil para una posterior planificación sanitaria en función de la efectividad existente (la cobertura alcanzada) y el grado de eficiencia obtenido (optimización de los recursos humanos y económicos para lograr una prestación adecuada a las necesidades de la población demandante).

Conviene indicar que para nosotros la variable étnica no tiene el mismo rango (y por lo tanto no merece el mismo tratamiento), que la de «movimientos sociales» tales como los de género, de jubilados, ecológicos, de defensa de derechos humanos, etc. En efecto, lo cultural , en tanto organización simbólica de las interacciones sociales, tiene una determinada especificidad que no se conforma como sistema cerrado y homogéneo sino que admite contradicciones y rupturas que producen cambios, profundos a veces, en el contenido de sus significados simbólicos. Hay, por lo tanto, una dinámica de lo cultural que instala cambios en los patrones de cognición y de conducta[5]. Cuando el proceso de investigación se hace transcultural, como es el caso de los aborígenes tobas, lo étnico adquiere especial relevancia.

Los desplazamientos migratorios de los tobas desde las zonas del Chaco se acrecientan, rápidamente desde hace unos veinte años. La crisis de la economía chaqueña y las inundaciones han quebrado la articulación de sus modos de reproducción económico social, lo que provoca un movimiento migratorio constante hacia las ciudades que también se muestran incapaces de satisfacer las expectativas de empleo y ocupación provocando, después de una temporada, una nueva migración hacia sus lugares de origen. Nuevamente la imposibilidad de subsistencia impulsa el retorno a las ciudades. Según M. Bigot (1992) los viajes constantes de los ya asentados y la afluencia de nuevos migrantes favorece, en los asentamientos, la reproducción de

pautas lingüísticas-culturales de los lugares de origen. Entonces, si las relaciones socio-étnicas generan cierto grado de bilingüismo la competencia en castellano es muy precaria.

En 1968 llegaron las primeras familias tobas a Villa Banana (localizada en la zona sur-oeste de la ciudad de Rosario). Hace unos 16 años se constituyó el asentamiento de Empalme Graneros de población mayoritariamente toba. En sus cercanías se encuentra el asentamiento de los Pumitas (ambos se ubican en la zona nor-oeste de Rosario). Se supone que los efectores de salud bucal municipal del sector norte deben atender a esta población toba y a los villeros criollos residentes en el área. Al momento de redacción de este texto, el aéra 8 de Salud de la provincia ha levantado sus centros de atención odontológica para su reestructuración.

Dada las características «golondrina» de la migración es dificil precisar el número de residentes tobas en Rosario. El asentamiento de Empalme Graneros se delimita por las calles Paso-Génova-Carrasco, Avenida de Enlace y las vías de los ferrocarriles Mitre y Belgrano. Otro asentamiento importante es el de Cerrito, ubicado casi enfrente al de Villa Banana (unas 7O familias). La constitución de la población toba de los asentamientos de Empalme Graneros y Villa Banana se han modificado, parcialmente, a causa de la relocalización de númerosas familias por el Servicio Público de la Vivienda de la municipalidad. Dichas familias fueron trasladadas a un predio de 22 hectáreas adquiridas por la municipalidad a Ferrocarriles Argentinos (Rouillón y Circunvalación). Si este proceso ha reducido el número de la población toba asentada en Empalme Graneros, nuevas oleadas migratorias lo aumentan nuevamente. En la actualidad unas 250 familias tobas habitan el barrio mientras que unas 98 familias criollas residen en él. A partir de 1990 se producen fuertes oleadas migratorias de familias criollas chaqueñas y de poblaciones aledañas a Rosario. Hacia 1993 se comienza a conformar otro barrio carenciado el de Los Pumitas (Cabal y Avda. Ludueña). Habitan aquí unas 280 familias tobas, pocas familias mocovíes y unas 120 familias criollas.

Las familias aborígenes asentadas en estos barrios tienden a reforzar sus lazos de cooperación y solidaridad. Los vínculos derivados del parentesco, la amistad y el compadrazgo se proponen garantizar la autoreproducción económico social del grupo (Bigot, Rodríguez y Vázquez 1992).

En los asentamientos de Empalme Graneros y en el de Los Pumitas las relaciones con los miembros de los segmentos de la sociedad regional/nacional con los que interactúan son más conflictivas que en los otros asentamientos. (Se ha acusado a los residentes tobas de Empalme Graneros de ser responsables de las inundaciones producidas en el barrio por los desbordes del arroyo Ludueña y de la pobreza de la zona)

Las enfermedades más difundidas son (desnutrición, chagas, tuberculosis, parasitosis). El uso de bebidas alcohólicas (tan difundida entre los villeros) es más frecuente que en otros otros asentamientos tobas. El cirujeo, las ventas de artesanías y

las changas se alternan con las migraciones golondrinas llevadas a cabo con el propósito de trabajar en la recolección de algodón o en tareas de zafra.

Si todavía hay personas asalariadas (como maestros), esta situación es excepcional. La mayoría labora a destajo, hace changas y fabrican y venden artesanías.

En Empalme Graneros la distribución espacial de los tobas se despliega en 3 sectores en los que opera un sistema de solidaridad y ayuda mutua inherente a cada uno de ellos:

1.- Un grupo de familias que ha migrado de distintas ciudades de la provincia del Chaco (sobre todo de la ciudad de Resistencia, Colonia Aborigen, Roque Sáenz Peña y Las Palmas)
2.- Otro grupo de familias que migran de zonas rurales cercanas a Castelli y Miraflores.
3- Un tercer grupo que proviene de distintas zonas urbanas (Bigot, Rodríguez y Vázquez 1992)

A estos grupos debe agregársele, hoy, otro más que se ha ido conformando a partir de las nuevas oleadas migratorias provenientes del Chaco (principalmente de zonas rurales), y en parte de desprendimientos del segundo de los grupos mencionados anteriormente. Se trata de las familias asentadas en Los Pumitas.

> «A pesar de que todos los grupos tobas son miembros de una misma etnia, debido a las modalidades específicas de la situación histórico social y de los procesos migratorios hay profundas diferencias en la reconstrucción del universo simbólico en cada uno de estos sectores» (Bigot, Rodríguez y Vázquez 1992)

En este sentido y en lo referido a las modalidades de adscripción étnica asumidas, las variables de edad, lugar de procedencia, religión, tiempo de permanencia en el asentamiento y nivel de educación,como en muchas ocasiones lo ha señalado nuestro equipo de investigación, tienen relevancia como para determinar distintas modalidades de apropiación de la condición aborigen. Entre los aborígenes, el grupo de adultos jóvenes (más marcadamente en los nacidos en Rosario) hay una tendencia a negar su pertenencia étnica. Este grupo utiliza prácticas extraídas de la «medicina popular» y de la etnomedicina toba y es el que más se interesa en asistir a dispensarios de salud, y en menor medida, a efectores odontológicos ubicados por la población toba en el ámbito del mundo de los «blancos».

A diferencia de la población villera criolla (mayoritariamente católica), en la población toba la interpretación pentecostalista de la Biblia y los rituales que adopta este culto convergen con aspectos básicos de la cosmovisón toba ancestral. Los trances, las curas milagrosas de las enfermedades, la concepción apocalíptica y el acatamiento a la ley. La palabra sagrada y la interpretación salvacionista propia de la Iglesia

Evangélica Unida coinciden con las creencias que se recuestan sobre el shamanismo, la concepción milenarista y los rituales relacionados con el éxtasis, el canto y la danza como medio de obtención del trance místico capaz de poner en contacto a cada individuo con una realidad suprasensible.

A pesar de los esfuerzos pedagógico de los maestros, entre los niños tobas la deserción escolar es muchísimo mas alta que entre los niños villeros. La inmensa mayoría de la población es analfabeta y con mala competencia en castellano. («la castilla»). Hay población toba monolingüe en el asentamiento de los Pumitas.

A tres escuelas asisten aborígenes. Una de ellas es bilingüe: la n° 1344.

En la demanda de educación bilingüe e intercultural por parte de los tobas, insuficientemente insatisfecha, subyace un intento de recreación de la etnicidad.

Los efectores odontológicos prestan su servicio en un contexto sociocultural en el que, mayoritariamente, los criollos y vecinos blancos actúan prejuiciosamente. Creencias, sin fundamento alguno, que denigran a los aborígenes son dadas por ciertas. La discriminación es clara y hay muchos ejemplos de ello, como la presión sobre directores de escuelas para que no dejen anotar a los niños tobas como alumnos.

La mayor (de grupo a grupo) o menor (cara a cara) intensidad de este sesgo discriminatorio parece obedecer al patrón establecido por Deschamps (1984) «para las interacciones intergrupales.» (Vázquez 1995)

¿Hasta dónde los contenidos de este discurso, hegemónico en la sociedad, penetran durante el proceso de intercambio social cotidiano, en el imaginario colectivo de los integrantes de los efectores de salud y actúa también legitimando una concepción estereotipada entre los miembros de los servicios odontológicos?

Es importante indicar que los villeros criollos vecinos de los tobas, aunque ocupan un espacio cultural diferente, comparten una parecida situación económica. El hecho de autopercibirse en posesión de un capital cultural, y social cualitativamente superior al de los aborígenes los aproxima a interpretaciones estigmatizadoras del otro cultural derivadas de la ideología dominante. Que resulta, además, de diferentes modos reproducida, de un modo no conciente, como toda ideología, por la mayoría de los medios de comunicación. (Consultar al respecto Trinchero, H. y Leguizamón J. M. 1996). Sin embargo, entre los profesionales odontólogos que laboran con una infraestructura obsoleta y en muy malas condiciones de trabajo, hemos encontrado algunas «barreras psicológicas» pero nunca discriminación. En los primeros momentos de la entrevista no distinguen entre quiénes son aborígenes y quiénes no lo son. Llamados a reflexionar sobre ello, muchos lo hacen. Algunos de los profesionales odontólogos sostienen que la interrupción de los tratamientos odontológicos entre los tobas-qom- (rara vez realizan una segunda visita) resulta mucho más generalizada que entre los otros habitantes de las villas. Esto tiende a atribuirse a su naturaleza indolente. Debe quedar muy claro que los profesionales odontólogos dan un trato igualitario a tobas y criollos. No obstante, existen «barreras psicológicas» por parte de unos y otros. Estas

«barreras» son construidas mutuamente a partir de la limitada comunicación derivada de circunstancias lingüísticas y culturales que más adelante mencionaremos. Esto aparece más claro cuando se contrasta esta situación de comunicación con la establecida entre odontólogos y tobas que poseen cierta fluidez en el manejo del español. Aquí la relación tiende a asimilarse a la que se establece entre profesional y villero criollo.

La gran mayoría de los miembros de las familias tobas asentadas en Empalme Graneros y Los Pumitas desconocen la existencia de los centros periféricos de atención odontológica. Algo parecido sucede con la mayoría de los miembros de las familias villeras criollas residentes en la zona (es mayor el conocimiento acerca de las unidades asistenciales médicas, muchas veces se ignora que en ellas funcionan centros de atención bucal).

A indicación de médicos (consultorios ambulantes del área 8 de salud de la Provincia) asistentes sociales, maestros y otras personas que ignoran la existencia de efectores odontológicos que atienden a la población de la zona, criollos y tobas intentan asistirse en la guardia de la Facultad de Odontología y en el Centro Odontológico Municipal.(Sucede lo mismo en relación al resto de los aborigenes que habitan los otros asentamientos que no están ubicados en el Sector Norte de Rosario). Se concurre allí porque simplemente es el centro odontológico que se conoce.

No obstante, hay madres jóvenes, también aborígenes, que buscan certificados bucodentales para sus hijos en el centro odontológico del Hospital Alberdi, Casiano Casas y Cáritas Guadalupe (dada la gran deserción escolar entre los niños tobas, proporcionalmente son muchas más las madres villeras criollas las que procuran este certificado). También demandan extracciones y arreglos simples. Muy excepcionalmente concurren hombres (tobas), siempre menores de 30 años, para extracciones y arreglos simples.

De todas maneras, la demanda de asistencia en los centros periféricos resulta más y más creciente. Quienes se asisten en ellos son pacientes que pertenecen a sectores sociales cuya ocupación no es calificada y sectores medios bajos que han perdido su adscripción a la Obra Social y, en muchas ocasiones, su trabajo. Muchos son desempleados.

Sólo algunas vecinales ofrecen prestaciones odontológicas (del 1er. nivel de complejidad) a sus socios quienes deben pagar cuotas y, en muchos casos, aranceles. Los miembros de los segmentos sociales más carenciados de la población quedan excluidos de estos servicios.

Dentro del horizonte cultural toba el proceso salud/enfermedad se percibe como el logro de un equilibrio entre los hombres, entre los hombres y el mundo de la naturaleza (en el que, por supuesto, se incluye también a los animales) y el universo sobrenatural. (Cordeu 1969, 1970, Miller 1979). Investigadoras de nuestro equipo interdisciplinar hacen notar que resulta fuerte todavía, entre la población toba de Rosario (especialmente la que ha emigrado de zonas rurales) la aceptación del principio

de que hay enfermedades que deben ser atendidas por chamanes otras por curanderos y enfermedades cuya cura es privativa de los «médicos blancos», (Carracedo 1994); «gran parte de las reglas del sistema médico profesional entran en conflicto con las reglas y valores del sistema médico tradicional» (Carracedo y Viglianchino 1996). En todo caso, la firme creencia en la eficaz acción de los brujos para producir «daño» parece todavía muy arraigada entre los miembros de los grupos domésticos tobas, especialmente en las personas de mayor edad.

El dolor de muelas resulta, entre éstos, atribuido a un gusanito (kotchel) que produce las caries. La frotación de las hojas de la planta de urunday (antaik) sobre las piezas dentarias enfermas, es el tratamiento prescripto por la etnomedicina toba.

Algunos tobas asignan el deterioro de las piezas dentales a la acción de «morder» (mascar mucho), a la falta de leche y entre los que tienen alguna escolaridad a la mala alimentación. Mientras que la población criolla villera las atribuye al hambre, al embarazo (entre las mujeres). Las jóvenes tobas que, tienen alguna escolaridad, son las que se muestran más preocupadas por la salud dental. También entre los villeros (analfabetos) las mujeres jóvenes tienden a preocuparse más por la dentadura. En los miembros de los grupos sociales de los sectores medios bajos que se entrevistaron no hay diferencia entre rangos de edad y sexo: la necesidad de atención de la salud bucal es tenida en cuenta por todos. Ni villeros tobas ni criollos son concientes de la necesidad de la prevención en la salud bucal. Tampoco la oferta de los servicios odontológicos la estimula.

El papel social de la mujer dentro del grupo doméstico toba en tanto sujeto de la demanda de atención odontológica resulta fundamental. En este sentido nuestras observaciones confirman, para el caso, la siguiente afirmación de E. Menéndez (1992;7): «El rol esposa/madre expresa al conjunto familiar sea cual sea la organización familiar/parental dominante». Es la mujer quien estimula al grupo doméstico a buscar asistencia odontológica, quien realiza las averiguaciones y gestiones pertinentes y quien conduce a niños y adultos a la consulta odontológica.

Dada la constitución extensa del grupo doméstico toba, distinta a la nuclear del resto de los villeros, la influencia de las mujeres adquiere mayor relieve. Su influencia es amplia. Constituye el núcleo duro de las redes de solidaridad e intercambio del grupo doméstico.

Las diferencias de edad, sexo y tiempo de permanencia en el asentamiento tienen alguna (poca) incidencia en relación a los tobas menores de treinta años y con buena competencia lingüística en español. Sin embargo en raras ocasiones alteran una pauta de conducta generalizada: los aborígenes tobas, ambos sexos, recurren solamente a los centros odontológicos en los casos de afección aguda y dolorosa, y una vez agotadas las prácticas etnomédicas. Se asisten con el propósito de eliminar el dolor (antes que la infección) y exigen prácticas extractivas.

Se reprocha la excesiva demora de los odontólogos en la cura: y se tiende a negar el concepto de eficacia vigente en la práctica médica profesional ya que, entre otros

aspectos, no se comprende la naturaleza de las preguntas que se hacen, ni las recomendaciones, ni lo prolongado del tratamiento. Se parte de un supuesto opuesto: «el que sabe no pregunta, directamente cura.»

Es importante destacar que la medicina científica se basa en la experimentación y el trabajo de laboratorio y sus resultados se construyen desde procedimientos lógicos inductivos-deductivos. Privilegia la relación médico-medicamento-paciente (haciendo resaltar las potencialidades curativas del medicamento). Mientras que la etnomedicina se desarrolla con base en procedimientos rituales cuya finalidad es la de ejercer cierto control sobre las enfermedades y las circunstancias que las rodean. Se utilizan aquí un conjunto de datos empíricos que provienen de la **experiencia** pero no de la **experimentación**; (y si existen conocimientos de toda una herbolaria, raíces, hojas, etc.) que han puesto de manifiesto sus propiedades curativas (relación que en la medicina científica podría denominarse de causa y efecto entre el poder químico de la herbolaria y su capacidad curativa), estos conocimientos son obtenidos a través de una práctica cotidiana que no es la misma que la experimentación del laboratorio. De este modo, antes que el poder químico curativo de la hierba, su eficacia como medicamento reside en las operaciones mágico-rituales. De este modo, el poder químico biológico del «medicamento» recetado, y las operaciones mágico rituales constituyen una unidad indisoluble integrada a un sistema simbólico más amplio que contiene códigos de actitudes y comportamientos. Este contexto es el que fundamenta la cura.

Tanto el médico y el paciente, como el curandero y el cliente y el brujo y el aborigen se relacionan mediante pautas que organizan las expectativas mutuas y orientan el sentido de la cura (Azcona: 1988).

Se utilizan prácticas etnomédicas con herbolaria e infusiones con intención de cura. Estas acciones se inscriben en dicha lógica cultural.

Es importante indicar, dada la relevancia que la situación sociolingüística adquiere en la interferencia de comunicación con los odontólogos y otros integrantes de los efectores de salud bucal, que los miembros de los grupos domésticos qom que provienen de zonas rurales cercanas a Miraflores, Pampa del Indio, Castelli y Roque Saenz Peña tienen una competencia lingüística en castellano, muy disminuida. Especialmente si se la compara con los que han emigrado de las zonas periféricas urbanas, de la ciudad de Resistencia, por ejemplo. De todas maneras, entre la población que habla el español rioplatense se origina una situación de diglosia. Esto es que se utiliza la lengua toba al interior del espacio cultural toba, mientras que para la comunicación interétnica, con los miembros de los segmentos sociales de la sociedad regional/nacional con los que interactúan hablan «la castilla». M. Bigot (1992), quien también integra nuestro equipo de investigación, ha detectado un proceso de refuncionalización y vitalización de la lengua qom (no? ol Ganáq) mediante procedimientos intralingüísticos (innovaciones léxicas y extensión semántica) y procedimientos interlingüísticos (insercción de préstamos en español).

Esta situación sociolingüística aleja aun más las fronteras de contacto entre espacios culturales diferenciados. Resulta importante destacar que las normas sociales de una cultura oral, como la toba, articulan modalidades de comportamientos, actitudes y comunicación que difieren notablemente de las de una sociedad escrituraria. Esto es especialmente notorio cuando se trata de hablantes tobas monolingües.

De esta manera, las interacciones entre paciente toba/odontólogo adquiere matices peculiares que no se dan con el resto de la población villera, aunque ésta sea analfabeta. Los espacios de representación simbólica e interacción intercultural se encuentran estrechamente condicionados por la cuadrúple relación: lengua/sociedad /cultura/percepción. Dado que las estructuras sociocognitivas que organizan las representaciones sociales de los qom conforman una organización del pensamiento altamente contextualizadora y aglutinante, las líneas de desarrollo de los razonamientos derivada de sus formas de pensar discurre por recorridos diferenciados al plasmado por la estructura gramatosemántica de la lengua española, eminentemente descontextualizadora y analítica. (Vázquez, H. Y Bigot, M. 1987). Ambos discursos proponen pretensiones de realidad de naturaleza diferente.

Estas consideraciones resultan importantes para cualquier Proyecto de Educación para la Salud.

Más allá del rechazo casi generalizado de la población villera a la utilización del cepillo dental, el supuesto que subyace, con fuerte vigencia entre los villeros tobas que en alguna ocasión han tenido oportunidad de recibir instrucciones sobre su uso, es el de que «el cepillo dental y las caries no van juntas». Este razonamiento resulta absurdo para cualquier agente sanitario o profesional.

La existencia de estas lógicas diferenciadas deben ser tenidas en consideración en cualquier intervención de agentes sanitarios.

Las creencias que atañen a la «medicina popular» se refieren a la naturaleza de las dolencias y a la de las prácticas curativas derivadas del saber vulgar que son aceptadas como válidas por grupos sociales que,en este caso, no adscriben a la etnomedicina toba. Se apoya en otro tipo de estructuración del pensamiento que permite una mayor descontextualización y una menor integración conceptual. La necesidad de que algunas cosas «no vayan juntas» no presenta la exigencia de una condición siempre necesaria entre la población criolla analfabeta.

En el resto de la población villera la información acerca de los cuidados odontológicos esenciales es más conocida. Siempre es la población más jóven la que concurre a los consultorios y la mujer opera también como motivador fundamental para la asistencia. La relación odontólogo/paciente se desarrolla en un mismo espacio cultural. la comunicación entre ellos resulta mucho más fluida. Para una mejor comparación, retomamos el ejemplo anteriormente expuesto: no será la indolencia natural ya, la causa de la interrupción del tratamiento sino la falta de recursos económicos mínimos para el traslado o para la adquisición de remedios o el tiempo ocupado por exceso de trabajo a destajo.

En términos generales, la demanda de atención odontológica formulada por el conjunto de la población villera (toba y criolla) y también la de los trabajadores precarios y cuentapropistas resulta, básicamente, iatrogénica[6], es decir mutilante: la expectativa de atención no va más allá de la extracción y de la obtención de certificados buco-dentales escolares. Todo lo contrario sucede con la población asistida que proviene de sectores medios bajos que no cuenta con obra social o que la obra social no cubre los servicios odontológicos. Se espera una amplia cobertura de salud bucal, propias de un segundo y tercer nivel de atención, que los servicios (que dan prestaciones del 1er nivel de complejidad) se encuentran imposibilitados de satisfacer. Después de una primera visita a los centros de 1er nivel de atención recurren por su cuenta, sin necesidad de indicación facultativa, al Centro Odontológico Municipal o al Hospital Escuela de la Facultad de Odontología UNR. A estos servicios se le demanda también certificados bucodentales.

Finalmente deseamos señalar que si la «red» de servicio odontológico comparte con la red de servicios de salud problemas comunes, posee también especificidades propias de su campo disciplinar tales como: dificultades para llevar a cabo una real estrategia de Atención Primaria capaz de solucionar los problemas por zonas específicas, resolviendo y coordinando acciones con instituciones de otras juridicciones e instituciones intermedias que permitan descomprimir la sobredemanda existente en los centros de mayor complejidad. Los profesionales odontólogos tienden a confundir las prestaciones odontológicas que exije cada nivel de complejidad.

Estas características complejizan las problemáticas que emergen cuando se intenta una reflexión sobre el mejoramiento de la eficacia de los efectores de salud bucal en función del ordenamiento del área de servicios según capacidad resolutiva.

La toma de conciencia de la necesidad de optimizar la «red» de servicios se da en un contexto que exige la utilización de cambios que provienen del campo tecnológico de la información y la comunicación. Los que permiten el procesamiento de datos con mayor rapidez y exactitud.

La modernización en la planificación administrativa en los sistemas de salud bucal considerando la reformulación de la problemática de salud en función de la construcción de redes plantea como aspectos centrales:

- la dificultad en la comprensión de nuevos paradigmas en salud.
- la dificultad del trabajo multidisciplinario y la necesidad del pasaje a un dominio interdisciplinar.
- las dificultades para incluir la participación de los distintos segmentos sociales en la planificación de la salud pública.

Subsiste, por lo tanto, la necesidad de profundizar el trabajo intrainstitucional para coordinar la atención bucal con las distintas especialidades provenientes del

campo médico. Detectamos un inadecuado conocimiento de las características de la población asistida. En un primer nivel, falta un diagnóstico socio-odontológico de la misma y, en un segundo nivel, los agentes sanitarios y profesionales desconocen los marcos de construcción de las representaciones sociales que permiten la comprensión del proceso salud/enfermedad y que condicionan las actitudes de los miembros de los distintos segmentos sociales hacia los servicios de atención y asistencia odontológica.

NOTAS

[1] El equipo de investigación está compuesto por: Azcona, María Susana (coordinadora del subárea de antropología y salud); Bigot Margot (coordinadora del área de etnolingüística); Rodríguez, Graciela (coordinadora del subárea antropología y derecho); Vázquez, Héctor (director y coordinador del área de antropología sociocultural). Investigadores: Carracedo Elida; Busmail, Lidia; Hachén, Rodolfo; Fernández, María del Rosario; Lianan Nogueira, Julio; Renold, Juan Mauricio y Viglianchino, Matilde.

[2] En odontología existen indicadores clínicos de la salud oral tales como el de las caries, sangrado de encías, número y posición de los dientes, pero debe profundi-zarse el campo de estudios de los indicadores socio-odontológicos que permitan establecer el impacto de las condiciones de vida sobre los perfiles epidemiológicos de salud/enfermedad bucal de la población. Consultar al respecto Sheiham, Audrey (1994).

[3] El Centro Odontológico del Hospital Clemente Alvarez (en el que hay internaciones para adultos y cirugías complejas con anestesia general); y el Centro Odontológico del Hospital de niños Victor J. Vilela son efectores de alta complejidad instalados en el Sector Sur por lo que quedan fuera de nuestro estudio.

[4] Los estudiantes que trabajan en el Hospital Escuela de la Facultad de Odontología elaboran historias clínicas detalladas. Se trata de documentos particulares confeccionados en función de sus exámenes.

[5] Entre los investigadores que así lo aceptan la discusión se plantea acerca de la lógica de esta dinámica.

[6] La iatrogenia aparece cuando se privilegia un accionar puesto sobre los efectos y no sobre las causas de la enfermedad bucal.
Los siguientes datos tomados de los meses de abril y de mayo de 1994 corrobora la tendencia registrada en los datos consignados en agosto, septiembre, octubre de 1993. Así:

Dispensario 1° de Mayo:
Total de prestaciones: **220**
Siendo el tipo mayoritario de prestaciones: exodoncias y certificados.

Dispensario Casiano Casas:
Total de prestaciones: **595**
Siendo el tipo mayoritario de prestaciones: exodoncias, y certificados.

Dispensario Luisa de Olguín: **691**
Siendo el tipo mayoritario de prestaciones: certificados y exodoncias.

Hospital Alberdi: **233**
Siendo el tipo mayoritario de prestaciones: exodoncias y certificados .

El juicio que es posible derivar de estos indicadores tiene un valor indiciaro muy relativo. Entrevistas con profesionales odontólogos del Centro Odontológico Municipal y de la guardia de la Facultad de Odontología (U.N.R) confirman esta tendencia en relación a las exodoncias.

BIBLIOGRAFÍA

AZCONA; M.A: 1993 «La Odontología Social como núcleo de convergencia disciplinaria». En *Papeles de trabajo* n° 3.

----------: 1996a «Los servicios odontológicos municipales del Sector Norte de la ciudad de Rosario». En *Papeles de trabajo* N° 6 U.N.R.

----------: 1996b «Acerca de la elaboración de diagnósticos en los servicios de salud pública odontológica en la ciudad de Rosario desde la perspectiva de la Odontología Social, Preventiva y Sanitaria». Revista a *Alfa* a N° 1. RED RIELESA (PROYECTO ALFA)- En prensa-

BELMARTINO, S. y Luppi Irene: 1995. *Diagnóstico de situación Municipio de Rosario*. Maestría en Salud Pública. Textos para el debate. Serie C: Estudios. Instituto de la Salud Juan Lazarte.

BIGOT, M: 1992 «Resistencia étnica y resistencia Lingüística». Actas de las Primeras Jornadas de Lingüística aborígen. UBA.

BLOCH, C. Belmartino, S. y Carnino; M: 1992. «El sector salud en la ciudad de Rosario». En Katz y colaboradores: *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. F.C.E. Arg.

QUINTEROS, Z. Troncoso: Ma.: 1992. *Evaluación del Programa de atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario.*

BRIÓN, V.: 1993 «Políticas macro económica: su impacto en la práctica odontológica local». Inédito.

BOURDIEU, Pierre: 1993 *Cosas Dichas*. Ed. Gedisa.

CARRACEDO, E.: 1992 «Representaciones y creencias sobre el estado de embarazo y parto de un grupo de mujeres tobas que habitan el barrio de Empalme Graneros» Revista Nº 2 del Depto. de Antropología de la Fac. de Humanidades y Artes. UNR.

CARRACEDO, E. y Viglianchino; M. 1996 «Control Social y representaciones sociales sobre salud y familia en un grupo de migrantes tobas». En *Papeles de trabajo* Nº 5 UNR.

CASTELLANOS, Pedro Luis: 1984 «Principales problemas de salud en las áreas marginales». Ponencia presentada en el Seminario sobre PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN AREAS MARGINALES. Universidad Central de Venezuela. 12 y 13 de Julio.

----------: 1995 «Salud Pública,situación de salud y condiciones de vida: consideraciones conceptuales». Ponencia para el Seminario Latinoamericano sobre condiciones de vida y salud Fac. de Ciencias Médicas. Sao Paulo 10 al 13 de Diciembre.

CORDEU; E.: 1969/70 «Aproximación al horizonte mítico los tobas». En *Runa* Vol: XIII Nº 1 y 2.

DESCHAMPS; J. 1994 «The Sociological psychology of intergroup relations and categorical diferentation». En H. Tajfel, *The Social Dimension.* Cambridge University Press.

DIRECCIÓN DE BIOESTADÍSTICA. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario: 1993. Resumen semestral de actividades e indicadores de rendimiento 1º y 2º semestre.

GOLBERT; L. y Tentei Fanfani; E: 1994: «Nuevas y viejas formas de pobreza en la Argentina». En *Sociedad* Nº 4. Fac. de Ciencias Sociales.

MENÉNDEZ, E. 1984: «Centralización o autonomía. La «nueva» política del Sector salud en México». En *Cuadernos Médicos Sociales* Nº 49 y 50. CESS. Argentina.

---------- 1992: «Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención». En *Cuadernos Médicos Sociales* N°59. CESS. Argentina.

MILLER, E.: 1979 *Los Tobas argentinos - armonía y disonancia en una sociedad* - Ed. Siglo XXI, México.

RODRÍGUEZ, G.: 1988 «Identidad y autoconciencia en una situación de contacto interétnico». En *Cuadernos de Antropología* N° 2 UNLU-EUDEBA

SILVA PAIM, Jairnilson: 1995: «Abordagens teórico-conceituais em estudios de condiçioes de vida e saúde: algunas notas para reflexao e açao». Ponencia en el Seminario Latinoamericano sobre Condiçoes de Vida e Situaçao de Saúde. (Comissao de Epidemilogia da Abrasco) Sao Paulo. 10 al 13 de Dezembro.

SHEIHAM, A.: 1994 «Declaración de Berlín para la Salud y Servicios Odontológicos -Un paso adelante para la cooperación mundial». En RED CEDROS. *Boletín Informativo* N° 5. Año III.

TRINCHERO; H. y Leguizamón 1996 «La estructura del estigma: por qué los indios llegaron a comer pescado crudo». En *Papeles de trabajo* N°5. UNR.

VÁZQUEZ, H. y Bigot, M.: 1987 «Lengua, sociedad, cultura y percepción desde una perspectiva histórico-crítica: el caso toba de Villa Banana» En *Cuadernos de Historia Regional.* UNLU-EUDEBA.

VÁZQUEZ; H.: 1986 *Del incesto en Psicoanálisis y Antropología.* F.C.E., México.

----------: 1994 *La investigación sociocultural - Crítica de la razón teórica y de la razón instrumental* - Ed. BIBLOS. Bs. As.

----------: 1995 «Cognición y reconstrucción de pautas de control social entre las familias tobas asentadas en distintos barrios de la ciudad de Rosario». En *Revista Pinaco* Vol. II -1995- PINACO-CONICET. La Plata.