

# Accesibilidad a la salud bucal infantil: resultados de un proyecto de investigación situado en un hospital especializado de La Plata, provincia de Buenos Aires

## Access to oral health care for children: results of a research project in a specialized hospital in La Plata, province of Buenos Aires

**Au**

Agustín Cleve **1, 2**

Rocío Florencia González **2**

Lucía Belén Martínez **2**

María Candela Mezzano **2**

Romina Karina Recalde **2**

Licenciado en Trabajo Social, Magíster en Ciencias Sociales, docente-investigador

Licenciada en Trabajo Social

Licenciada en Trabajo Social

Licenciada en Psicología

Licenciada en Psicología

**1** Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Argentina

**2** Hospital Zonal Especializado de Odontología Infantil "Dr. Adolfo Bollini", Argentina

agustincleve@gmail.com

**Rs**

### RESUMEN

Este artículo presenta un análisis sobre procesos de accesibilidad a la atención de la salud bucal de niños, niñas y adolescentes a partir de una investigación realizada en el Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil "Dr. Adolfo Bollini" en el marco de la convocatoria 2023 de becas de investigación "Julieta Lanteri", del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. El estudio analiza la relación entre la organización de los cuidados infantiles con el acceso a la salud bucal y, para ello, utiliza una estrategia metodológica cualitativa en donde se llevaron adelante entrevistas con referentes de cuidados de niños, niñas y adolescentes y trabajadores del hospital. Los resultados que se presentan se organizan en dos ejes temáticos. Por un lado, se analiza la relación entre la organización de los cuidados y la accesibilidad y, por otro lado, se muestran las tensiones en torno a las temporalidades en los procesos de atención de la salud bucal infantil. En ambos ejes, se puntualiza sobre la configuración de barreras económicas, geográficas y culturales-simbólicas de la accesibilidad. Se concluye sobre la importancia de realizar este tipo de estudios anclados a las instituciones sanitarias públicas porque la producción de conocimiento permite mejorar las estrategias de acción en las mismas.

#### Palabras clave:

Accesibilidad a los servicios de salud; Salud bucal; Salud infantil

**Ab**

### ABSTRACT

This article analyses the processes of access to oral healthcare for children and adolescents based on a research conducted at the Z.E.O.I Dr. Adolfo Bollini Hospital within the framework of the Public Health "Julieta Lanteri" research scholarships of the Ministry of Health of the Buenos Aires province. The study analysed the relationship between the organization of childcare and access to oral healthcare, using a qualitative methodology with interviews conducted with child and adolescent care referents and hospital workers. The results are organized in two thematic areas. On the one hand, the relationship between the organization of care and access is analysed and, on the other, the tensions around temporalities in the processes of child oral health care are presented. In both axes, the configuration of economic, geographic and cultural-symbolic barriers to accessibility is described. It is concluded that conducting this type of study within public health institutions is important since the production of knowledge contributes to improving their action strategies.

#### Keywords:

Health Services Accessibility; Oral Health; Child Health

# In

## INTRODUCCIÓN

Este artículo reflexiona sobre los procesos de accesibilidad en la atención de la salud bucal de niños, niñas y adolescentes que concurren al Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil “Dr. Adolfo Bollini” de la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, durante el período julio 2023-julio 2024. Este establecimiento público de segundo nivel de atención de la salud, constituye un centro de referencia en materia de salud bucal infantil a nivel regional y provincial.

El proyecto de investigación se realizó en el marco de la convocatoria a becas Julieta Lanteri del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y fue llevado adelante por tres trabajadores sociales y dos psicólogas pertenecientes a la Sala de Trabajo Social del hospital, con el objetivo de analizar la relación entre la organización del cuidado de las infancias con el acceso a la atención de la salud bucal.

Se parte desde la perspectiva de la Salud Colectiva que, como plantean Breilh (1) y Granda (2), permite problematizar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados, comprendiendo su determinación social y el modo en que las desigualdades sociales producen desiguales modos de enfermar, vivir y morir en los diferentes grupos sociales. De esta manera, la salud y la enfermedad no se reducen a su dimensión biológica sino que se enmarcan en procesos histórico-sociales más amplios.

En el marco de la corriente de la Salud Colectiva, se puede ubicar a la Salud Bucal Colectiva (SBC) como un campo específico que amplía y redefine a la odontología tradicional. De esta manera, este enfoque propone superar las lógicas biologicistas e individualistas que han predominado en la odontología para comprender a la salud bucal de un modo más integral. Sobre esto, Capel Narvai y Frazao (3) sostienen que la salud bucal corresponde a un conjunto de condiciones objetivas (biológicas) y subjetivas (psicológicas) que posibilitan una multiplicidad de funciones como la masticación, deglución, fonación e interacción humana. Estos autores señalan que los niveles de enfermedad posibles no deberían obtener estas condiciones para que las funciones de la boca puedan ser desarrolladas de manera adecuada. De este modo, las personas podrán sentirse bien, contribuyendo a su salud general.

A su vez, Capel Narvai (4) señala que la SBC propone una praxis orientada a romper dialécticamente con la práctica odontológica hegemónica y que dicha ruptura exige que la odontología se desarrolle con base a las necesidades de las personas oponiéndose a la lógica mercantilista. De esta manera, la SBC incorpora una mirada interdisciplinaria e intersectorial que abarca a las necesidades de las poblaciones y también a la organización de los sistemas y servicios de salud.

Sobre este campo de conocimiento, es interesante recuperar también las contribuciones de Carlos Botazzo (5), quien discute el concepto de SBC y propone la noción de “bucalidad” entendida como una expresión de los trabajos sociales que la boca humana realiza en el marco de la reproducción social de la vida. De esta manera, se comprende a la boca humana como un espacio simbólico, cultural y político, que trasciende lo puramente anatómico o funcional. La boca humana, como parte del cuerpo humano, permite la producción y reproducción del lenguaje, la sociabilidad, el deseo y la identidad.

En el marco del proyecto de investigación, las categorías de “organización del cuidado” y “accesibilidad” constituyeron las herramientas teóricas de partida. Con respecto a la primera, coincidimos con Esquivel et al (6) y Batthyány (7) en que los cuidados implican una dimensión central de la vida humana y que no debe reducirse sólo al ámbito de lo familiar. En este sentido, el proyecto retoma la noción de “organización social y política del cuidado” (8, p.26) para dar cuenta de “la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros acceden (o no) a ellos” (8, p.26). Veremos en este artículo que la organización de los cuidados constituye un elemento central para los procesos de accesibilidad a la atención.

Considerar a los cuidados en el ámbito de la salud nos lleva a recuperar los aportes de Emerson Merhy (9), destacado referente de la salud colectiva, quien establece que la integralidad de la práctica que produce el cuidado se vincula con el reconocimiento de la diversidad y la singularidad del otro. En este sentido, el autor propone pensar a los encuentros entre los equipos de salud y la población usuaria como espacios de intercambio, escucha y diálogo y no de prescripciones normativas como establece la lógica biomédica. Este enfoque resulta clave para pensar los procesos de atención como espacios relacionales atravesados por dimensiones éticas, políticas y subjetivas. Merhy sostiene que lo que verdaderamente transforma el trabajo en salud es el modo en que se configura el encuentro entre trabajadores y usuarios, las decisiones que se habilitan, los saberes que circulan y los vínculos que allí se construyen.

Desde esta perspectiva, Merhy propone una forma de clasificar las tecnologías que se utilizan en salud. En primer lugar, las tecnologías duras, que incluyen los equipamientos, insumos, protocolos y normativas. En segundo lugar, las tecnologías blandas-duras, como los saberes clínicos organizados y, finalmente, las llamadas tecnologías blandas, que se vinculan con la escucha, el afecto, el recibimiento, y con cómo se gestiona el cuidado de manera situada, es decir, atendiendo a cada contexto. Estas

últimas son especialmente importantes cuando se trata de la atención odontológica infantil. Como se verá en este artículo, acompañar los procesos de motivación, respetar los tiempos singulares de cada niño o niña y correrse de lógicas adultocéntricas o estandarizadas, requiere justamente de estas herramientas sensibles y relacionales.

La otra categoría central del proyecto de investigación es la de “accesibilidad”. Esta es entendida por Stolkiner (10) como un proceso que tiene una instancia de comienzo (accesibilidad inicial) pero que supondrá sucesivos encuentros entre la población usuaria y el sistema de salud (accesibilidad ampliada). De allí que el concepto de “accesibilidad”, tal como lo señalan Comes et al (11), es profundamente relacional y da cuenta de la interacción entre la población y los equipos de salud. Este proceso se encuentra atravesado por una serie de dimensiones que pueden constituir barreras para el pleno acceso. Según Landini et al (12), existen diferentes dimensiones de la accesibilidad que pueden representar obstáculos concretos en el acceso a los servicios de salud. En primer lugar, las barreras geográficas, que hacen referencia a las distancias territoriales entre los efectores de salud y las personas usuarias de los servicios. En segundo lugar, las barreras financieras, que implican la capacidad (o la falta de ella) para afrontar los costos asociados a la atención, como consultas, medicamentos, traslados o estudios complementarios. También se identifican las barreras administrativas, relacionadas con los requisitos burocráticos que muchas veces dificultan o demoran el acceso, como la necesidad de turnos, derivaciones o autorizaciones previas. A su vez, se

encuentran las barreras vinculadas a la calidad de la atención, como la falta de personal idóneo, los largos tiempos de espera y las prácticas que no son acordes o son insuficientes para satisfacer las necesidades de la población. Por último, las barreras culturales, que surgen de los desencuentros entre los marcos de sentido, creencias y prácticas de la población usuaria y los saberes hegemónicos del equipo de salud, lo cual puede generar incompreensión, desconfianza o rechazo.

Como señalamos, el objetivo del proyecto de investigación analiza la relación entre la organización de los cuidados de niños, niñas y adolescentes con el acceso a la atención de la salud bucal. Partiendo de que la accesibilidad es un concepto relacional se definieron dos unidades de análisis: profesionales del establecimiento y referentes de cuidados de niños, niñas y adolescentes. De esta manera, se llevó adelante una estrategia metodológica cualitativa con entrevistas semiestructuradas y se analizaron los datos con el Software Atlas-ti.

En este artículo utilizamos la información recolectada para analizar las barreras que se configuran en los procesos de atención de la salud bucal en niños, niñas y adolescentes. Para ello, se presentan los resultados organizados en dos ejes temáticos. En el primero, se analizan los modos de organización de las actividades de cuidados y de la esfera laboral de referentes para sostener los procesos de accesibilidad. El segundo, analiza las tensiones que se producen en relación con la temporalidad de los procesos de atención y las barreras que allí se presentan.

# Mt y Md

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se llevó adelante con una metodología cualitativa que, según Irene Vasilachis de Gialdino (13), busca comprender en profundidad los marcos de sentidos y prácticas cotidianas de las y los sujetos. La principal técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada que, según Kvale (14, p. 37), da cuenta de “una interacción profesional que va más allá del intercambio espontáneo de ideas como en la conversación cotidiana y se convierte en un acercamiento basado en el interrogatorio cuidadoso y la escucha con el propósito de obtener conocimiento meticulosamente comprobado”.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Como se señaló en la introducción, el proyecto se llevó a cabo entre julio de 2023 y julio de 2024 en el Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil “Dr. Adolfo Bollini”. Este es un establecimiento público del segundo nivel de atención a la salud que constituye un centro de referencia en materia de salud bucal infantil a nivel

regional y provincial. Cuenta con tres servicios generales: Odontopediatría, Ortodoncia y el Servicio de Área Programática y Redes en Salud. Además, la institución cuenta con una Sala de Guardia Odontológica que funciona las 24 horas para población infantil y otra nocturna para personas mayores de 18 años. A su vez, existen otras unidades conformadas por diferentes profesiones como la Sala de Trabajo Social, el Área de Psicología, el Área de Fonoaudiología y el Área de Musicoterapia, que trabajan interdisciplinariamente para los abordajes de la salud bucal infantil.

En cuanto a los criterios de selección de la muestra, se debe señalar que la investigación contó con dos unidades de análisis. i) referentes de cuidados (madres, padres, otros familiares y/o responsables legales) que estuvieran a cargo de niños, niñas y adolescentes que asistieran a la institución, y ii) trabajadores y trabajadoras del establecimiento. En ambos casos se utilizó un muestreo no probabilístico por cuotas como se explica a continuación.

Para referentes de cuidados, se utilizaron como criterios las dos variables que son medidas por el establecimiento hospitalario: lugar de residencia y cobertura social. Tomando como base las estadísticas del hospital para el año 2023, cuando inició el proyecto, el establecimiento atendió un total de 84.775 pacientes. En términos de localidad de residencia, 69.921 (83%) eran residentes de La Plata y 14.854 (17%) eran residentes de otros partidos. Con respecto a la cobertura social, 22.815 (27%) niños,

niñas y adolescentes contaban con obra social, mientras que 61.960 (73%) no disponían de la misma. Estas dos variables son las únicas que registra la institución para caracterizar a la población y, por ello, fueron utilizadas como criterio muestral. En cuanto a la localidad de origen, se seleccionaron personas de La Plata, Gran Buenos Aires y localidades del interior de la provincia de Buenos Aires que no pertenecen al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA; ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Localidad de residencia de referentes de cuidados entrevistados

Localidad de residencia	La Plata y Gran La Plata 1	Gran Buenos Aires 2	Otras localidades provincia 3	Total
Cantidad	10	2	3	15

**Fuente:** Elaboración propia en base a los datos de las entrevistas.

Con respecto a la cobertura social, se seleccionaron referentes de niños, niñas y adolescentes con y sin obra social que presentaran heterogeneidad en condiciones de

trabajo. Es decir, algunos con empleo formal y otros en el sector informal (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Cobertura social de niños, niñas y adolescentes a cargo de referentes de cuidados

Cobertura social	Sí	No	Total
Cantidad	6	9	15

**Fuente:** Elaboración propia en base a los datos de las entrevistas

Para la selección de trabajadores y trabajadoras se utilizó como criterio la representación de los distintos servicios y áreas del hospital tomando tanto al personal comprendido en la Ley 10.471 de carrera profesional hospitalaria como también al de la ley 10.430 de personal

administrativo. Para ello, la muestra estuvo compuesta por odontólogos, una musicoterapeuta, una fonoaudióloga, jefes de servicios y/o salas y trabajadores administrativos y de mantenimiento (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Caracterización de trabajadores del hospital entrevistados

Tipo de trabajador/a	Odontólogo/a	Otras profesiones	Jefes de unidades, salas y servicios	Administrativos y de mantenimiento	Total
Cantidad	4	2	3	5	14

**Fuente:** Elaboración propia en base a los datos de las entrevistas

- 1 Comprende los partidos de La Plata, Berisso y Ensenada.
- 2 Comprende los partidos del AMBA, exceptuando La Plata, Berisso y Ensenada.
- 3 Localidades de la provincia de Buenos Aires no incluidas en el AMBA.

Para la recolección de información se utilizaron dos guías de entrevistas semiestructuradas (una para cada unidad de análisis). A continuación, se presentan los ejes relevados en cada una.

Sobre la unidad de análisis referentes de cuidados los ejes de la entrevista buscaron relevar:

- Datos sociodemográficos vinculados a la condición laboral y nivel educativo.
- Prácticas y dinámicas cotidianas de organización del cuidado.
- Organización de la vida para el acceso y continuidad a los servicios del hospital.
- Principales obstáculos identificados para el acceso y permanencia en la atención.
- Concepciones/representaciones de los sujetos sobre la salud en base a experiencias subjetivas previas en dicho ámbito.

Con respecto a las y los trabajadores, el guion de entrevista relevó:

- Sentidos en torno a las infancias, la salud, los cuidados y roles de géneros asociados sobre las familias de los pacientes.
- Principales obstáculos identificados para el acceso y permanencia en los tratamientos.
- Prácticas llevadas adelante para el abordaje de la salud bucal de los niños y niñas.

Se realizaron un total de 29 entrevistas (15 a referentes de cuidados y 14 a trabajadores de la institución). En cuanto a la distribución por género de referentes, se entrevistaron 14 mujeres (13 madres y 1 abuela de pacientes) y 1 varón (padre de pacientes). En todos los casos, antes de comenzar la entrevista se leyó el consentimiento informado y se firmaron dos copias (una para la persona entrevistada y otra para el equipo de investigación).

Las entrevistas fueron transcritas y colocadas en el software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti. Para ello, se generó una unidad hermenéutica en donde fueron depositados todos los documentos con las transcripciones y se establecieron códigos para el procesamiento de la información. Estos códigos se encontraban vinculados con los objetivos del proyecto. Luego de la codificación de las 29 entrevistas, se generó un output con el listado de códigos y las citas correspondientes y se procedió a interpretar los datos utilizando categorías teóricas e hipótesis de trabajo para la escritura de los resultados.

Es preciso señalar que los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados para garantizar el anonimato y el resguardo de la identidad de las y los participantes de la investigación.

## Rs

### RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados, a partir del análisis de los datos obtenidos, organizados en dos ejes temáticos. El primero se refiere a los modos en que las y los referentes de niños, niñas y adolescentes organizan la vida laboral y de cuidados para sortear las barreras económicas y geográficas de la accesibilidad. El segundo alude a las problemáticas vinculadas con la temporalidad del proceso de atención en donde se tensionan diferentes lógicas y marcos de sentido entre profesionales, referentes de cuidados y niños, niñas y adolescentes.

#### 1. Organización de cuidados y accesibilidad

Como señalamos, el primer eje se vincula a la organización de las y los referentes de cuidados para sortear las barreras económicas y geográficas de la accesibilidad. Sobre la barrera económica, Landini et al (12) refieren al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la

atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos o realización de estudios requeridos. En este sentido, a partir de la información relevada se pudo notar que, para muchas familias, la dimensión económica constituía una fuerte barrera para el acceso. Por ejemplo, una gran cantidad de mujeres entrevistadas se desempeñaban como empleadas domésticas en el sector informal y, en algunos casos, eran sostén económico principal de sus hogares. Tal es el caso de Norma que acompañaba regularmente a sus dos hijos a la atención. Al ser entrevistada, Norma tenía 39 años y trabajaba como empleada doméstica en el sector informal. Su salario y la percepción de la Asignación Universal por Hijo (AUH) constituían los principales ingresos de su hogar. A uno de sus hijos se le realizó una endodoncia <sup>4</sup> en una pieza dental y eso supuso que Norma lo acompañara en varias ocasiones, puesto que el niño presentaba temor a recibir anestesia y tuvo que ser motivado durante varios encuentros por una odontóloga y una musicoterapeuta. En

<sup>4</sup> La endodoncia, popularmente denominada “tratamiento de conducto”, consiste en un procedimiento para eliminar la pulpa infectada con el fin de salvar la pieza dentaria.

todas las ocasiones, Norma reorganizó su trabajo y, algunas veces, perdió la paga por no poder asistir al mismo. La entrevistada manifestó que fue difícil sostener el tratamiento de su hijo y que no hubiera podido hacerlo si no fuese por el carácter público y gratuito del establecimiento.

Otra barrera central en la accesibilidad es la geográfica que, como señalan Landini et al (12), se relaciona con las distancias entre los beneficiarios y los servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles. Esta dimensión es central para los procesos de accesibilidad y lleva a que las personas deban realizar una multiplicidad de prácticas para sortearlas. Tal es el caso de Marcela, de 55 años, que acompañaba a su nieta una vez por mes desde una localidad del interior de la provincia que se encuentra a más de 400 km de La Plata. Esto se debía a que la nieta se encontraba realizando un tratamiento de ortodoncia por una fisura alvéolo-palatina **5**. Para ello, Marcela y la nieta debían acudir al transporte municipal de su localidad, aunque esto no estuvo exento de problemas. En este sentido, la entrevistada relató que en una ocasión no quisieron otorgarle un lugar en el transporte por considerar que los tratamientos odontológicos no eran prioritarios. Para ello, fue necesaria una gestión desde el Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil “Dr. A. Bollini” para obtener la plaza y garantizar la continuidad en el tratamiento. Además, el viaje mensual a La Plata implicó la reorganización de su trabajo y el cuidado de su otra nieta mientras ella no estuviera.

Estas dos barreras permiten analizar el modo en que las referentes buscan articular la dimensión laboral con la organización de los cuidados para sostener los procesos de accesibilidad. Tal es el caso de Fabiana, de 42 años y oriunda de una localidad del Conurbano Bonaerense. Tiene 4 hijos y los dos menores concurren actualmente al Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil “Dr. A. Bollini”. Para lograr viajar a La Plata, Fabiana organiza para que otra familiar se quede al cuidado de los otros hijos puesto que su esposo trabajaba fuera de su hogar casi todo el día.

Estas historias permiten analizar el conjunto de prácticas y organizaciones que llevan adelante las personas para sostener la accesibilidad ampliada a los tratamientos de salud bucal. Además, se puede notar la visible feminización de los cuidados infantiles. Sobre esto, Longo et al (15, p.153) basándose en Guimarães et al sostienen que: “El cuidado es un trabajo feminizado, aspecto central para entender las desigualdades de género y el restringido goce de los derechos ciudadanos por parte de las mujeres. Esta feminización del cuidado tiene un basamento en la naturalización del mismo como una tarea exclusivamente femenina”. A lo largo de la investigación, se pudo notar que la feminización de los cuidados aparece de distintas formas. La primera de ellas es por la preeminencia de la

figura de la madre como la principal proveedora de cuidados. En muchas de las entrevistas con referentes de familias nucleares (compuestas por padre y madre en el mismo hogar), cuando se preguntaba acerca de cómo era distribuida la tarea de cuidados en la familia, las mujeres señalaban que era equitativa. No obstante, al indagar en el relato de un día cotidiano, las narrativas mostraban que eran ellas quienes se ocupaban el mayor tiempo de los cuidados de sus hijos. En algunos casos, con la colaboración de otros familiares y referentes afectivos que en su mayoría también eran mujeres.

En familias donde la madre no constituía el principal referente de cuidados (por ejemplo, cuando el niño o niña se encontraba bajo una medida de abrigo a cargo del padre), otras mujeres (como abuela paterna o tías paternas) se encargaban principalmente de proveer cuidados para ellos. Y en familias en las cuales los niños, niñas y adolescentes pasan mucho tiempo al cuidado de los padres varones, hay ciertas prácticas (como el acompañamiento a la atención sanitaria) que se encuentran fuertemente feminizadas. Tal es el caso de una familia cuyo principal ingreso era la producción hortícola, en donde la madre señalaba que los niños se quedaban la mayor parte del tiempo a cuidado del padre. Esto se debía a que ella trabajaba fuera del hogar y su esposo lo hacía (cosechando) dentro del mismo. Sin embargo, en lo que respecta al acompañamiento en la atención médica y odontológica, era ella quien se encargaba de hacerlo. Esto radica en que conocía aspectos vinculados a la salud de sus hijos que su esposo desconocía y que, muchas veces, eran requeridos por los establecimientos de salud. En este sentido, podemos ver que en lo que respecta a los procesos de atención hay un saber que sigue siendo atribuido a las mujeres en estas dinámicas de organización familiar.

Estos resultados dan cuenta del papel central de las mujeres en los procesos de autoatención del grupo doméstico. Sobre esto, el antropólogo Eduardo Menéndez (16) conceptualiza a la autoatención como un conjunto de decisiones y acciones que las personas realizan para mantener o recuperar la salud articulando saberes biomédicos, populares y vivenciales. En este sentido, el autor distingue dos niveles: el primero vinculado al bienestar cotidiano (alimentación, descanso, higiene), y otro relacionado con los procesos frente al padecimiento, como el reconocimiento de síntomas, la elaboración de diagnósticos y la elección de tratamientos. Estas prácticas se articulan con otros sistemas de atención y forman parte constitutiva de la experiencia sanitaria.

Como se ha visto en los datos relevados, suele ser la mujer quien asume principalmente las responsabilidades de autoatención del grupo doméstico tanto en el bienestar cotidiano como en los procesos frente al padecimiento, decidiendo cuándo, dónde y cómo consultar de acuerdo con los recursos económicos, culturales y de infraestructura disponibles en sus territorios. Comprender

**5** La fisura alvéolo-palatina o fisura labio-alvéolo-palatina es una malformación congénita que se produce cuando no hay fusión completa de las estructuras faciales durante el desarrollo embrionario, resultando en una abertura del labio superior, la encía y el paladar.



estas dinámicas permite pensar al cuidado como una práctica fundamental en los procesos de salud-enfermedad-atención que suele ser invisibilizada por las instituciones sanitarias.

## 2. Tensiones en la temporalidad de los procesos de atención de salud bucal

Los procesos de atención llevados adelante en el Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil “Dr. A. Bollini” buscan que niños, niñas y adolescentes resuelvan problemáticas que afectan a su salud bucal. Sin embargo, los tratamientos odontológicos son diversos y conllevan distintas temporalidades. Es así que prácticas como endodoncias o exodoncias <sup>6</sup> muchas veces requieren de un sucesivo número de encuentros entre el profesional con el paciente para llevar adelante lo que en odontopediatría se conoce como “motivación” <sup>7</sup>. En estos procesos no solo intervienen odontólogos, sino también otras profesiones/disciplinas, como la musicoterapia y la psicología.

Uno de los hallazgos de la investigación consistió en identificar y analizar la existencia de tensiones entre las lógicas de diferentes actores en torno a la temporalidad de los procesos de atención. En este sentido, se pueden analizar las tensiones entre los tiempos esperados por profesionales, referentes de cuidados y niños, niñas y adolescentes. De esta manera, los tiempos adultos, de profesionales y referentes, en ocasiones se tensionan con los tiempos requeridos por las infancias. Es así que muchos padres y madres manifiestan el deseo de que las prácticas se concreten en el menor número de turnos posible porque, como hemos señalado, concurrir al hospital implica organizaciones a nivel laboral y doméstico. No obstante, los niños, niñas y adolescentes no siempre tienen los mismos tiempos para estos abordajes y allí aparece una tensión que se resuelve singularmente en cada situación. Sobre este aspecto, es fundamental el posicionamiento y la concepción de infancia de las y los profesionales que intervienen en las situaciones. Es por ello que se identificó que una de las dimensiones que actúa como barrera de accesibilidad es la cultural-simbólica y que Landini et al (12) la entienden como una interfaz en donde se articulan (no sin tensiones) los marcos de sentido entre profesionales de la salud y la población destinataria. En esta línea, las prácticas variarán en función de si el o la profesional entiende al sujeto niño, niña o adolescente como un ser pasivo o como un agente activo en su proceso de atención.

Sobre este punto, en el estudio se indaga sobre las concepciones de la infancia de trabajadores y se halló la

existencia de una amplia heterogeneidad. Para ello, en las entrevistas se preguntó cómo sería un “paciente ideal” desde sus perspectivas y ello arrojó diversos resultados. Algunos consideran al sujeto niño como un agente pasivo y otros pusieron el énfasis en su capacidad activa y protagónica en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados. Por un lado, muchos aludieron a un punto de vista cronológico, entendiendo a la infancia como un momento inicial de crecimiento y formación del ser humano. Desde esta perspectiva se pudo observar que se ubica al niño en un lugar de pasividad, en donde los adultos deben proporcionarle la información necesaria que el niño solamente se limitará a aprender. Esta perspectiva puede vincularse a los postulados del Modelo Médico Hegemónico propuesto por Eduardo Menéndez (17) para referir a una forma de practicar la medicina caracterizada por un enfoque biologicista, individualista y con fuertes asimetrías entre el profesional y el paciente.

Este punto de vista suele entrar en tensión con otros enfoques que apuntan a considerar la autonomía plena del niño como un sujeto activo dentro del proceso de atención y cuya voz debe ser siempre tenida en cuenta. En este sentido, se puede analizar que estos profesionales reconocen la necesidad de incorporar las “tecnologías blandas” señaladas por Merhy (9) en los tratamientos. El autor destaca que el trabajo en salud está sostenido por tecnologías leves y blandas, como la escucha, el vínculo y el afecto, que son tan fundamentales como las intervenciones clínicas. En este sentido, Merhy (9, p.36) afirma que “el trabajo vivo en acto... [está] dominado por las tecnologías blandas: operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados”. Esta mirada permite comprender que el cuidado no solo implica procedimientos, sino también la construcción de un encuentro entre profesionales, niños y referentes familiares.

Comprender estos marcos de sentido es de vital importancia porque ellos configuran diversas prácticas de atención. En este sentido, se puede analizar que algunos agentes tienen una perspectiva adultocéntrica para estructurar sus procesos de atención. El adultocentrismo, según Magistris y Morales (18), establece una naturalización de la hegemonía de los adultos por sobre otros grupos etarios. Esto puede constituir una fuerte barrera de accesibilidad puesto que llevaría a que niños, niñas y adolescentes refuerzan su temor o rechazo a la atención. No obstante, también hay profesionales que cuestionan esta lógica y buscan dar una mayor preeminencia a la participación de niños, niñas y adolescentes.

6 Extracción de la pieza dentaria por su deterioro o mal estado.

7 Este término da cuenta de la preparación del niño o niña en el tiempo para acceder al procedimiento.

# Ds

## DISCUSIÓN

En esta investigación, en sintonía con lo que autores como Stolkiner (10), Comes et al (11) y Landini et al (12) argumentan, se analizó que los procesos de accesibilidad se encuentran atravesados por barreras económicas, geográficas y culturales-simbólicas. No obstante, se encontró que en algunos tratamientos de salud bucal existe una tensión en torno a la temporalidad del proceso de atención en donde contrastan los tiempos marcados por personas adultas con la de niños, niñas y adolescentes. Esto supone que prácticas como las endodoncias o exodoncias, que podrían llevarse a cabo en un único momento, impliquen tiempos más prolongados en donde se desarrollan prácticas de motivación. En este sentido, es necesario problematizar las lógicas adultocéntricas vinculadas al proceso salud-enfermedad-atención-cuidados en población infantil.

Sobre esto, resulta interesante recuperar los aportes de Martha Lourdes Basso (19) sobre las técnicas de atención en odontopediatría en contextos de rechazo o temor al tratamiento. En este marco, la autora señala que existen discusiones acerca de las ventajas o desventajas de la presencia de los padres durante el proceso de atención. Sobre esto es importante señalar que quienes muestran más reticencias a la presencia de los adultos suelen ser los odontólogos, mientras que niños, niñas y sus padres suelen valorar positivamente esta participación. Más allá de las discusiones, la autora señala que incorporar a los referentes adultos en el proceso de atención y cuidado de la salud bucal es de gran importancia porque permite que los niños y niñas se sientan más acompañados, contribuyendo a su salud general. De esta manera, se considera vital que los referentes afectivos puedan ser parte del proceso de atención acompañando los tiempos de cada niño y niña y garantizando su participación activa en el mismo.

# Cn

## CONCLUSIONES

En primer lugar, resulta fundamental recuperar la noción relacional de la categoría de accesibilidad incorporando las perspectivas de trabajadores de la institución y de la población destinataria. De esta manera, se pudieron identificar puntos críticos reconociendo la pluralidad de agentes que habitan las instituciones. Para futuras indagaciones, será necesario recuperar la perspectiva de niños, niñas y adolescentes que en este proyecto no fueron tomados como unidad de análisis.

En segundo lugar, es fundamental explorar la dimensión de los cuidados del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados.

Comprender las singularidades de cada sujeto nos lleva a retomar los aportes de Carballada (20), cuando señala que el sujeto esperado por las instituciones se amolda al “deber ser” institucional pero no siempre se condice con los sujetos reales que llegan a ellas. Los niños, niñas y adolescentes muestran variabilidades en torno a sus procesos de atención, lo cual no siempre se condice con el comportamiento pasivo de “abrir la boca” y dejar a los profesionales hacer su trabajo. En este sentido, coincidimos con Botazzo (5) cuando señala que la noción de “bucalidad” implica no reducir la boca humana a un objeto clínico-biológico, sino entender que la misma constituye un territorio cargado de sentidos culturales, afectivos, lingüísticos y sociales. Esto permite ampliar el campo de la salud bucal, reconociendo que los sentidos atribuidos a la boca, al dolor, a la higiene o a la estética bucal están profundamente marcados por dimensiones sociales, culturales y emocionales. Se considera fundamental integrar esta mirada a las prácticas de atención para favorecer vínculos más sensibles con las infancias, reconociendo que lo que ocurre en la boca (y en torno a ella) tiene una carga subjetiva que incide en el proceso de atención.

A su vez, en sintonía con autores como Batthyany (7) y Faur (8), se observó que los procesos de accesibilidad ampliada son sostenidos por una organización doméstica y laboral llevada adelante por referentes de cuidados, lo cual evidencia la centralidad de la dimensión de los cuidados dentro del proceso salud-enfermedad tal como sostienen Esquivel, Faur y Jelin (6) y Batthyany (7). Se considera, entonces, que resulta imposible pensar la accesibilidad sin tener en cuenta la estructura de cuidados que la sostiene.

En este sentido, tal y como señala la literatura citada en la introducción, se logró conocer la multiplicidad de estrategias y arreglos, en diferentes esferas de la vida, que las familias deben realizar para sostener los procesos de accesibilidad a la atención. Sin embargo, la particularidad de este estudio focalizado en la atención de la salud bucal, permitió analizar las tensiones que se generan en torno a la temporalidad de los abordajes odontopediátricos. Allí, muchas veces, entran en conflicto los tiempos de profesionales, referentes de cuidados y niños y niñas en torno a los tratamientos. A su vez, existen dimensiones como las económicas y las geográficas que fortalecen o dificultan la continuidad de los tratamientos.



En tercer lugar, este estudio permitió conocer las estrategias que llevan adelante las personas para acceder a la atención y las dificultades que deben sortear. Sería importante realizar acciones que permitan fortalecer el acceso a la salud bucal en sus distintos niveles de atención. En este sentido, se podrían coordinar tareas entre el primer y segundo nivel para que las personas puedan resolver prácticas sencillas en sus comunidades de origen. A su vez, se considera fundamental diseñar capacitaciones para los equipos sanitarios con el objetivo de reflexionar sobre las representaciones de infancia y de salud que podrían actuar como barreras simbólicas de la accesibilidad.

Por último, resulta fundamental destacar la existencia de políticas de financiamiento como las becas de investigación en salud pública "Julieta Lanteri". Este tipo de políticas permiten producir conocimiento situado en los espacios de atención que busquen identificar problemáticas y pensar estrategias para abordarlas.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la dirección del Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil "Adolfo Bollini" y a la Jefa de Sala de Trabajo Social de dicha institución por autorizar el desarrollo de la investigación. También, agradecemos a las personas que formaron parte de esta investigación a partir de las entrevistas realizadas.

**Autores y autoras  
no manifiestan conflictos de interés.**

# RB

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2013 [citado mar. 2025]; 31(Supl 1): 13-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en).
- Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [citado mar. 2025]; 30(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es)
- Capel Narvai P, Frazao P. Saúde bucal no Brasil. Muito além do céu da boca [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008 [citado jul. 2025]. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/ty266/pdf/narvai-9788575413630.pdf>
- Capel Narvai P. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2006 [citado jul. 2025]; 11(1): 18-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63011103.pdf>
- Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2006 [citado jul. 2025]; 11(1): 7-17. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63011102.pdf>
- Esquivel V, Faur E y Jelin E. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. Buenos Aires: IDES; 2012.
- Batthyany K. Miradas latinoamericanas a los cuidados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI; 2020.
- Faur E. El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2014.
- Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Stolkner A. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En: La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken; 2000. 69-81.
- Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu. Inves. [Internet]. 2007 [citado mar. 2025]; 14: 201-209. Disponible en: [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
- Landini F, González Cowes V, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado mar. 2025]; 30(2): 231-244. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/86099>
- Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa Editorial; 2006.
- Kvale S. Las entrevistas en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2011.
- Longo RG, Tortosa PI, Zaldúa G. Feminización del trabajo de cuidados en contexto de pandemia. En: Actas XIII Congr Int Psicol [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2021 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-012/29>
- Menéndez E. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. Rev. Desacatos [Internet]. 2018 [citado jul. 2025]; (58): 104-113. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&nrm=iso).
- Menéndez, E. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
- Magistris P, Morales S. Niñez en movimiento: del adultocentrismo a la emancipación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Chirimbote; 2019.
- Basso ML. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Rev. Asoc. Odontol. Argent. [Internet]. 2021 [citado jul. 2025]; 109(2): 124-136. Disponible en: [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2683-72262021000200124&lng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2683-72262021000200124&lng=es). Epub 20-Ago-2021. <https://dx.doi.org/10.52979/raoa.1129>
- Carballeda A. La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones. Voces en el Fénix [Internet]. 2017 [citado abr. 2025]; (62): 00. Disponible en: <https://www.economicas.uba.ar/extension/vocesenelfenix/la-irrupcion-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones/>



Esta obra está bajo una licencia Internacional Creative Commons 4.0.

### Cómo citar este artículo:

Cleve A, González R, Martínez L, Mezzano M, Recalde R. Accesibilidad a la salud bucal infantil: resultados de un proyecto de investigación situado en un hospital especializado de La Plata, provincia de Buenos Aires. Salud Publica [Internet]. 2025 Oct [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.



BY