

# Recorridos de atención en salud bucal en el subsector público: perspectivas de cuidadoras y cuidadores de niñas y niños de 5 a 13 años<sup>1</sup>

## Oral health care pathways in the public subsector: perspectives of caregivers of children aged 5 to 13

**Au**

Mabel Andrea Obregón **1**

Ayelen Butler **2**

Dina Brangeri **3**

Verónica Garate **4**

María Belén Garuti **5**

Odontóloga

Odontóloga

Odontóloga

Odontóloga

Odontóloga

**1** Hospital Escuela "Eva Perón" de Santa Fe, Argentina

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

**3** Secretaría de Salud de 9 de Julio, Argentina

**4** Dirección de Políticas de Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

**5** Secretaría de Salud de La Plata, Argentina

obregonandrea@hotmail.com

**Rs**

### RESUMEN

La segmentación y fragmentación del sistema de salud se profundizan al abordar los problemas bucales y su resolución. Las patologías bucodentales son el hallazgo más frecuente en niñas, niños y adolescentes de 5 a 13 años (1), situación agravada por la debilidad de la red pública de atención y las fuertes desigualdades de cobertura y recursos entre subsectores. Las investigaciones en salud bucal suelen centrarse en indicadores biologicistas que no permiten comprender los procesos sociohistóricos involucrados ni generar insumos para un análisis integrado del sistema.

En este escenario, la población despliega estrategias de búsqueda de soluciones que dependen más de sus recursos económicos, informativos y simbólicos que de necesidades percibidas, influidas por condiciones y estilos de vida, por la organización social del cuidado y por el funcionamiento de los servicios de salud.

El estudio busca describir y analizar las estrategias de cuidadoras y cuidadores de niñas y niños de 5 a 13 años para acceder a la atención en salud bucal en el subsector público de La Plata, 9 de Julio y Florencio Varela en el periodo comprendido entre noviembre del año 2022 y noviembre del año 2023. Su metodología es predominantemente cualitativa e integra componentes exploratorios, descriptivos y analíticos. Los recorridos muestran la complejidad del acceso y la resolución de problemas bucales, donde se superponen condiciones de vida, características de los servicios, fragmentación del sistema, escaso trabajo en red y desigualdades de género, factores que reproducen inequidades.

La Organización Social del Cuidado se distribuye principalmente entre el Estado y las familias, especialmente las mujeres. Aunque el subsector público carece de un modelo de gestión y atención que contemple plenamente las limitaciones de la población, sigue siendo el espacio más accesible y disponible para alojar las necesidades de salud bucal.

**Palabras clave:** Sistemas de Salud; Salud Bucal; Determinación Social de la Salud; Perspectiva de Género; Equidad en Salud; Salud Pública

**Ab**

### ABSTRACT

The segmentation and fragmentation of the health system are deepened when addressing oral health problems and their resolution. Oral and dental pathologies represent the most frequent findings among children and adolescents aged 5 to 13 (1), a situation exacerbated by the weakness of the public oral health care network and by marked inequalities in coverage and resources across health subsectors. Research in oral health has largely focused on biomedical indicators, which fail to capture the sociohistorical processes underlying oral health problems and do not provide sufficient input for an integrated analysis of the health system.

In this scenario, the population deploys strategies for finding solutions that depend more on their economic, informational, and symbolic resources than on perceived needs, which are influenced by living conditions and lifestyles, the social organization of care, and the functioning of health services.

This study aims to describe and analyze the strategies adopted by caregivers of children aged 5 to 13 to access oral health care within the public subsector in La Plata, 9 de Julio, and Florencio Varela between November 2022 and November 2023. The methodological approach is predominantly qualitative and integrates exploratory, descriptive, and analytical components.

The care pathways reveal the complexity of accessing and resolving oral health problems, where living conditions, service characteristics, system fragmentation, limited inter-service coordination, and gender inequalities overlap, contributing to the reproduction of inequities.

The Social Organization of Care (Organización Social del Cuidado) is primarily distributed between the State and families, particularly women. Although the public health subsector lacks a management and care model capable of fully addressing the population's constraints, it remains the most accessible and available space for meeting oral health needs.

**Keywords:** Health Systems; Oral Health; Social Determination of Health; Gender Perspective; Health Equity; Public Health

<sup>1</sup> Investigación realizada en el marco de las Becas "Julieta Lanteri" 2022-2023 de la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica de la Escuela de Gobierno en Salud "Florencia Ferrera", Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

# In

## INTRODUCCIÓN

### Definición del problema

El sistema de salud de la provincia de Buenos Aires posee marcadas características de fragmentación y segmentación, por lo que las/os ciudadanas/os implementan diversas acciones y recorridos para satisfacer sus necesidades en salud. Poniendo el foco en los problemas bucales y su resolución, esa fragmentación se ve profundizada por varios elementos: patologías bucodentales<sup>2</sup> que constituyen el primer lugar de los hallazgos detectados en niñas/os y adolescentes entre 5 y 13 años (1), la debilidad de la red de atención en salud bucal del subsector público y las profundas diferencias en cuanto a cobertura y recursos en los otros subsectores. Ante este escenario, la población define diversas estrategias en busca de soluciones que dependen más de sus recursos económicos, de información y simbólicos, que, de las verdaderas necesidades percibidas, atravesadas por las condiciones y estilos de vida, la organización y estructura de los servicios de salud y la Organización Social del Cuidado (OSC).

En este sentido, es necesario incorporar la perspectiva de género en el debate del campo de la salud bucal y desde allí la categoría OSC, entendiendo que el trabajo de cuidado y especialmente del cuidado de la salud en las/os niñas/os es realizado en su mayor parte por mujeres e identidades feminizadas.

Para construir respuestas a los problemas de salud bucal desde un modelo de atención basado en la integralidad, este trabajo propone identificar las trayectorias de las/os y cuidadoras/es y las dificultades para el acceso que definen dichas estrategias, considerando su implicancia en las políticas públicas en salud bucal.

Por lo expuesto, es importante considerar cuáles son las estrategias y recorridos que realizan las/os cuidadoras y cuidadores para resolver los problemas de salud bucal de las/os niñas y niños. Es imprescindible identificar y analizar las dimensiones que definen a dichas estrategias, para pensar desde el derecho a la salud en un sistema que garantice la accesibilidad para una atención integral, oportuna y longitudinal.

### Marco teórico

El sistema de salud argentino está dividido en 3 subsectores: público/estatal, seguridad social y privado.

Mientras que el subsector público y el de la seguridad social se rigen por la solidaridad para garantizar el ejercicio del derecho a la salud, el privado se basa en el lucro por parte de las empresas y la búsqueda de un mejor servicio por parte de las/os usuarios. Los sistemas de salud son las respuestas que construye una sociedad para satisfacer las necesidades de su población, determinados por los intereses y concepciones que predominan en ella (2).

Es así que la propuesta del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNISA)<sup>3</sup> parte de la necesidad de reducir la desigualdad en salud y plantea que quienes ya gocen de pleno acceso a la salud, no pierdan derechos y se beneficien de su mejor funcionamiento (3). Se entiende que la integración del Sistema Nacional de Salud debe incorporar el paradigma de la salud colectiva<sup>4</sup> con enfoque de derechos, para ser el camino que mejore el acceso a la salud de la población.

Se destaca el antecedente de Brasil con el Sistema Único de Salud, que retoma el concepto de integralidad visibilizando las disputas sobre sus significados e implementación.

### La salud bucal en el sistema de salud

Al centrarse en los problemas bucales y su resolución, la fragmentación del sistema se ve profundizada. Al respecto, la OMS informa que el componente bucal de la salud queda relegado en cuanto a las prioridades de las políticas sanitarias, a pesar de que la caries dental es un problema de salud pública por su alta frecuencia, graves consecuencias en la salud general y sus limitaciones en la cotidianeidad de las personas (masticación, fonación, inserción laboral, educativa y vincular). Las enfermedades bucodentales figuran entre las enfermedades no transmisibles (ENT) más frecuentes en todo el mundo. Éstas, además de generar dolor, tienen consecuencias sistémicas graves, como los flemones de piso de boca, que requieren de internación hospitalaria, endocarditis bacterianas, partos prematuros y/o bajo peso al nacer, e incluso en ciertas oportunidades se puede llegar a la desfiguración o la muerte (4).

La atención odontológica no está exenta de muchas de las problemáticas existentes en los efectores públicos como: acceso a turnos y dificultad para realizar determinadas prácticas de diagnóstico (radiografías panorámicas o tomografías) y tratamientos de mayor complejidad (endodoncias, rehabilitación oral, ortodoncia y ortopedia de maxilares).

<sup>2</sup> La OMS informa que entre el 60% y el 90 % de los escolares tienen caries.

<sup>3</sup> Constituye una propuesta programática para reconfigurar el sistema de salud argentino hacia un modelo integrado y equitativo. Es impulsada por sectores académicos, movimientos sanitarios y organizaciones sociales. Promueve la articulación del subsector estatal, la seguridad social y el sector privado bajo criterios de integración, fortalecimiento del principio solidario y planificación estratégica.

<sup>4</sup> La salud colectiva es un campo de conocimiento y prácticas, fundamentalmente latinoamericano, que aborda el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como un fenómeno social, histórico y político.

En cuanto a políticas públicas nacionales que registran las enfermedades bucales, se cuenta actualmente con dos programas: SUMAR+<sup>5</sup> y PROSANE<sup>6</sup>. Un estudio analítico acerca de este último programa encuentra a las patologías bucodentales en el primer lugar de los hallazgos clínicos detectados con mayor frecuencia en niñas/os y adolescentes de 5 y 13 años de nuestro país (1).

En relación con la caracterización de las políticas en salud bucal en general, se desarrollan acciones de muy baja complejidad, precarias y con fuerte énfasis en garantizar las prácticas puramente preventivas o mutilantes. El discurso modernizado de la odontología social y preventiva se afianza en el marco del modelo neoliberal, al cual, desde lo supuestamente técnico disciplinar, le resulta funcional. Se produce una simplificación del proceso salud-enfermedad-cuidado (PSEC), un alejamiento de las teorías de la determinación social y la reproducción de modos de dominación, que impiden generar transformaciones en las políticas en salud bucal y en el rol del estado, donde se pondría en discusión “la salud como derecho” (7).

### Determinación social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado

Para analizar el PSEC es necesario realizar la articulación de los procesos económicos, políticos e ideológicos, no como una yuxtaposición de las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, sino en repensar el conjunto del problema (8).

Las inequidades sanitarias pueden explicarse desde la determinación social de la salud, que pone de manifiesto las diferencias injustas y evitables. La salud colectiva desafía al movimiento hegemónico al plantear la relación salud-enfermedad-sociedad como proceso histórico social particular, determinado dialécticamente por la estructura social, económica y política del territorio donde se produce y se reproduce su conocimiento y su práctica (9).

En línea con el aporte al SNISA, se considera fundamental pensar la integralidad en tanto reconocimiento de diferentes producciones de vida, bajo una perspectiva de cuidado en salud (10), como trazo de buena medicina, como forma de organizar las prácticas y como respuestas gubernamentales a los problemas específicos de salud (11).

Estrategias de las/os cuidadoras/es y las dimensiones que las atraviesan en el campo de la salud bucal.

Las prácticas en salud bucal, en la mayoría de los casos, se encuentran alejadas del abordaje integral en el análisis de los problemas y sus intervenciones. Dicha integralidad está

condicionada por múltiples dimensiones que no solo responden a las condiciones de las prácticas en los servicios de salud, sino también a cómo en esa estructuración son considerados los recursos económicos, de información y simbólicos que definen la percepción de las necesidades por parte de la población y que, además, atraviesan los modos de vida y la OSC.

El presente enfoque se adhiere al concepto de estrategia propuesto por Rovere (12, p.30) entendida como “el uso de los movimientos tácticos en función del objetivo último que se busca alcanzar”.

Las acciones que desarrollan las y los cuidadoras/es de niños y niñas pueden ser modos de planificación que involucren a diferentes actores, definiendo y describiendo distintos recorridos para lograr el acceso y la resolución de los problemas de su salud.

Por otro lado, este trabajo divide en cuatro a las dimensiones que condicionan las estrategias para acceder a la atención en salud: geográfica, económica, administrativa y cultural (13).

### Cuidados en salud

Los cuidados se pueden definir como las actividades que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de las personas, incluyendo las tareas para lograr salud física y emocional (cuidados directos), tareas que establecen las condiciones materiales que hacen posible los cuidados directos (precondiciones del cuidado) y tareas de coordinación, planificación y supervisión (gestión mental/gestión del cuidado) (14). Se aborda aquí el análisis de las estrategias de las y los cuidadoras/es, vinculadas al acceso en salud bucal de las y los niñas/os, desde la noción de “diamante de cuidado” introducida por Razavi (15), que simboliza la interacción de las cuatro instituciones centrales en la provisión de cuidados: estado, mercado, organización comunitaria, familias/hogares. Asimismo, el concepto de organización social y política del cuidado permite reconocer una estructura heterogénea y dinámica que, según Faur (16, p.499), “surge del cruce entre la disponibilidad de 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”. Dentro de este marco conceptual, a su vez, establece la perspectiva de género en cuanto a la distribución desigual entre varones y mujeres de las responsabilidades de cuidado que reproduce las pautas patriarcales y culturales de la sociedad. Sobre todo, las vinculadas al confinamiento de las mujeres en los roles tradicionales asociados a la feminidad y la maternidad (16).

<sup>5</sup> Es una política pública del Ministerio de Salud de la Nación que promueve un acceso equitativo al sistema de salud para toda la población con cobertura pública exclusiva. Busca fortalecer los sistemas públicos de salud provinciales, promover mejoras en la calidad de atención y la eficiencia en el uso de los recursos financieros beneficiando a la población priorizada (5).

<sup>6</sup> Programa enmarcado dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, a través del trabajo cotidiano con la población a cargo, donde la dupla centro de salud-escuela se convierte en la principal red de abordaje para mejorar el acceso a la salud de los NNyA a lo largo del territorio nacional (6).

## Objetivo general

Describir y analizar las estrategias de las cuidadoras/es de niñas y niños entre 5 a 13 años para la atención en salud bucal en el subsector público, de las ciudades de La Plata, 9 de Julio y Florencio Varela en el periodo comprendido entre noviembre del año 2022 y noviembre del año 2023.

## Objetivos específicos

1. Reconocer los diversos recorridos realizados por las cuidadoras/es de niñas y niños para la atención en salud bucal que demandan en el subsector público.
2. Identificar y describir las dimensiones (generales, particulares y singulares) que condicionan las estrategias de las usuarias/os del sistema para acceder a la atención en salud bucal.
3. Analizar el entrecruzamiento de las dimensiones para la definición de las estrategias desarrolladas por las cuidadoras/es.
4. Analizar cómo esas estrategias de las cuidadoras/es condicionan los recorridos para la atención dentro del sistema de salud según área geográfica seleccionada.

# Mt

## METODOLOGÍA

El abordaje metodológico de esta investigación fue predominantemente cualitativo, complementado con componentes cuantitativos significativos. Se adoptó un diseño que combinó técnicas e instrumentos exploratorios, descriptivos y analíticos y permitió tener acceso al universo de sentidos y significados de los sujetos/grupos seleccionados a partir de la indagación flexible acerca de la necesidad de atención por problemas de salud bucal (17).

### Técnicas e instrumentos utilizados

Las fuentes secundarias utilizadas para describir y analizar los aspectos contextuales en los diferentes territorios fueron: Censo 2022 (INDEC) (18), planillas de registro mensual del año 2022 de los efectores, Análisis de Situación de Salud en la Población de la provincia de Buenos Aires basado en datos de registro hasta el año 2020 (ASIS PBA) (19) y el registro de gestión durante el año 2022 del área de Salud Bucal del Municipio de Florencio Varela, de La Plata y de la Región Sanitaria II donde pertenece la ciudad de 9 de Julio, tomando los indicadores afines para esta investigación.

La producción de datos primarios se desarrolló, desde el mes de noviembre del año 2022 hasta el mes de noviembre del año 2023, en tres momentos vinculados entre sí: cuestionarios exploratorios (20), grupos focales y entrevistas en profundidad.

En las salas de espera de los efectores seleccionados de La Plata, Florencio Varela y 9 de Julio se aplicaron noventa cuestionarios exploratorios, desde el mes de noviembre del año 2022 hasta el mes de marzo del año 2023, como estudio de rastillaje previo mediante el software de Formularios de Google a personas responsables del cuidado de niñas/os de 5 a 13 años, quienes participaron de manera voluntaria. Las respuestas fueron luego exportadas a una matriz en Excel, donde se procedió al filtrado, ordenamiento y limpieza de la

información, lo que permitió construir tablas de frecuencia en números absolutos y porcentajes para reconocer tendencias iniciales.

A partir de estos primeros hallazgos se realizaron cinco grupos focales presenciales, desde el mes de julio del año 2023 hasta el mes de octubre del mismo año. En el caso del Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil "Dr. Adolfo Bollini", el criterio de inclusión estuvo constituido por las personas que habían participado previamente del cuestionario exploratorio, a fin de profundizar y ampliar la información relevada en dicha instancia inicial. Los restantes grupos se conformaron con personas responsables del cuidado de niñas y niños, muchas de ellas referentes sociales e integrantes de organizaciones comunitarias, seleccionadas por su vínculo con el cuidado y con el sistema público de salud. El criterio de exclusión fueron aquellas personas que no correspondían al perfil descrito en el criterio de inclusión y aquellas que no aceptaron participar de la actividad grupal.

Durante las sesiones se utilizaron notas de campo en las que se registraron aspectos contextuales (el ambiente físico, las interacciones no verbales, la dinámica grupal, los climas emocionales, los factores externos que pudieran influir en la conversación) y registro de audio para la mayor fidelidad de los discursos de las participantes. Las grabaciones con autorización de las personas participantes fueron transcritas mediante la plataforma Journalist Studio, posteriormente revisadas y verificadas. El material resultante se organizó en matrices temáticas que permitieron llevar adelante un proceso de codificación inicial y, luego, la construcción de categorías analíticas orientadas a identificar patrones, tensiones y sentidos compartidos.

Por último, las entrevistas semiestructuradas a informantes claves permitieron profundizar los ejes propuestos e identificar temas emergentes (abuso sexual infantil,

violencias por razones de género, discriminación a personas migrantes). Las entrevistas, realizadas durante el mes de noviembre del año 2023, siguieron el mismo procesamiento de datos que los grupos focales: desgrabación,

sistematización en Excel y codificación temática. La recolección se dio por finalizada cuando se alcanzó la saturación (21), es decir, cuando el material dejó de aportar información novedosa para los ejes de análisis planteados.

# Rs

## RESULTADOS

### DIMENSIONES GENERALES Y PARTICULARES

La población de la provincia de Buenos Aires es heterogénea en su composición tanto en su aspecto demográfico como social. El ASIS PBA (19) estratifica a la población en cuatro grupos: estrato 1 con población mayoritariamente urbana y de peores condiciones sociales al que pertenece Florencio Varela; estrato 2 con población mayoritariamente urbana y del interior de la provincia que le corresponde a La Plata y se encuentra segunda en términos de condiciones socioeconómicas deficitarias; estrato 3 con población rural, de mejor situación social; estrato 4, al que pertenece la ciudad de 9 de Julio, con población mayoritariamente rural, siendo uno de los municipios más ricos del interior de la provincia de Buenos Aires.

Al analizar el ASIS PBA se visualiza que el estrato 1 tiene la mayor proporción de niñas/os y adolescentes cada cien personas adultas jóvenes. Esto es coherente con la pirámide demográfica de dicho estrato y con la relación entre vulnerabilidad social y mayor cantidad de niñas/os.

A su vez, en cuanto a la estructura de la red de servicios públicos de odontología se observa que en el sector de peores condiciones sociales es donde hay menor cantidad de efectores municipales y prestaciones odontológicas por habitante. Del mismo modo, la oferta provincial es limitada para dar respuesta a la problemática de salud bucal (Ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Cantidad de efectores municipales y provinciales con asistencia odontológica por estrato (2020)

| Efectores                                                                                          | Estrato 1 | Estrato 2 | Estrato 3 | Estrato 4 | PBA   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| <b>Municipales con asistencia odontológica</b>                                                     | 360       | 226       | 242       | 274       | 1.102 |
| <b>Provinciales con asistencia odontológica</b>                                                    | 25        | 21        | 16        | 11        | 73    |
| <b>Totales con asistencia odontológica cada 100.000 habitantes</b>                                 | 4         | 11        | 10        | 4         | 7     |
| <b>Totales con asistencia odontológica cada 100.000 habitantes con cobertura estatal exclusiva</b> | 10        | 27        | 26        | 32        | 18    |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Censo 2022 (INDEC) (18), ASIS PBA (19) y el registro de gestión del área de Salud Bucal del Municipio de Florencio Varela, de La Plata y de la ciudad de 9 de Julio.

Así también, la estructura de la red de servicios de odontología toma datos poblacionales y de cantidad de efectores para la construcción de tasas. En este sentido, se refleja la relación existente entre el estrato socioeconómico más vulnerable y la menor cantidad de efectores con servicio de odontología. Pudiéndose observar dicha relación en esta dimensión particular como réplica de lo que sucede en la dimensión general (Ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Estructura de la red de servicios de odontología en las localidades seleccionadas (2020)

| Localidad        | Cantidad de efectores con servicios de odontología <sup>7</sup> | Cantidad de habitantes | Cantidad de efectores con servicios de odontología cada 10 000 habitantes |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Florencio Varela | 21                                                              | 497.818                | 0,42                                                                      |
| La Plata         | 53                                                              | 772.618                | 0,69                                                                      |
| 9 de Julio       | 13                                                              | 52.941                 | 2,46                                                                      |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Censo 2022 (INDEC) (18), ASIS PBA (19) y el registro de gestión del área de Salud Bucal del Municipio de Florencio Varela, de La Plata y de la ciudad de 9 de Julio.

### Perfil prestacional de los efectores

En cuanto a la sistematización y análisis de los registros mensuales de atención en los efectores seleccionados, se encontraron varios sesgos en la recolección de datos de las hojas mensuales por efector y localidad. Existen discrepancias en las planillas utilizadas por cada efector por falta de calibración y homologación en el registro de los códigos prestacionales nombrados. Por ello, se realizó un cambio conceptual en el objetivo de análisis de estas fuentes, sustituyendo el registro de las planillas por la oferta prestacional con las prácticas que se realizaban en cada efector.

En relación con la complejidad de los efectores seleccionados, el Hospital Bollini de La Plata pertenece al segundo nivel de atención de gestión provincial, el Centro Integrador Comunitario (CIC) de 9 de Julio y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Florencio Varela, pertenecen al primer nivel de atención de gestión municipal.

En cuanto al perfil prestacional odontológico de los efectores, todos realizan consultas diagnósticas y de urgencia, prácticas preventivas (flúor y educación para la salud individual/colectiva), restauraciones, inactivaciones, exodoncias, tratamientos para la inflamación de las encías y motivación para un mejor abordaje de la situación clínica. Respecto a la realización de selladores de fosas y fisuras, endodoncias, radiografías periapicales, cirugías de piezas dentarias retenidas, y otras cirugías menores, se llevan adelante solo en el Hospital Bollini y en un centro de salud de Florencio Varela.

En el Hospital Bollini se realiza ortodoncia y ortopedia de los maxilares, mantenedores de espacio, pantomografía y cefalometrías, algunas consultas para la atención de fisura labio alveolo palatina y confección de la placa de ortesis para su tratamiento. En los tres centros de salud de Florencio Varela seleccionados se realizan prótesis de

acrílico y en uno tratamientos para la enfermedad periodontal severa.

### Caracterización general de la población

Se vincularon categorías como sexo, género, inserción laboral, vínculo con las infancias y algunas características en relación con los problemas de salud y su cobertura.

En cuanto a la información que fue recogida por el cuestionario exploratorio a las personas que consultaban, el 89% correspondió a madres que acompañaban a las niñas y niños, el 3,3% a padres acompañantes y el resto a hermanas o abuelas. Coincidiendo ese 89% que eran las principales cuidadoras/es de las niñas y niños. En cuanto al tipo de cobertura, el 77% pertenecían al subsector público de forma exclusiva. El 71% concurrían con turnos programados y el resto por demanda espontánea ante una urgencia o certificados bucodentales.

Con respecto a la concurrencia de las usuarias/os al efector donde demandaban atención, el 84.4% asistía habitualmente al efector, el 7,8% no lo hacía por salud bucal (excepto el Hospital Bollini) y el 7,8% correspondía a pacientes que concurrían por primera vez a la institución. En relación con la utilización específica del servicio de salud bucal, el 15,6% no acudía habitualmente al efector. El 35,7% sí lo hacía en el segundo y tercer nivel de atención del subsector público, el 21,4% en el primer nivel de atención del subsector público y el porcentaje restante se distribuía en el subsector de la seguridad social e instituciones privadas o educativas. El 7,1% era la primera vez que se atendía en salud bucal.

Existió diferencia en relación con los lugares de concurrencia para las consultas médicas. El 64% concurría al primer nivel de atención del subsector público, el 23,3% al segundo y tercer nivel y el 13% aproximadamente entre seguridad social y sector privado.

<sup>7</sup> En 9 de Julio, de los 13 servicios con odontología, 12 efectores son de gestión municipal y 1 pertenece a la gestión provincial. En Florencio Varela, de los 21 servicios con odontología, 19 efectores pertenecen a la gestión municipal, 1 a la provincial y 1 a la nacional. En La Plata, de los 52 servicios con odontología, 41 efectores pertenecen a la gestión municipal y 12 efectores a la provincial.

Por último, respecto a la procedencia, en el Hospital Bollini, las encuestadas/os pertenecían en un 70% a la ciudad de La Plata y el resto se distribuían entre localidades cercanas, algunas a más de 50 km de distancia. En contraposición, tanto en el CIC de 9 de Julio como en los 3 CAPS de Florencio Varela, el 100% de las niñas y niños pertenecían a esa misma localidad.

A partir de los instrumentos cualitativos, como grupos focales y entrevistas, se agregaron las cuestiones asociadas a la relación familiar o extrafamiliar y a las redes comunitarias.

### Similitudes

Las personas que participaron fueron mujeres cisgénero<sup>8</sup> entre 22 y 55 años que se vinculaban con las niñas y niños como madres, hermanas, abuelas y/o tías. La gran mayoría realizaba tareas de cuidado no remuneradas y en menor proporción trabajan como empleadas domésticas, enfermeras, cuidadoras de adultos mayores y personal de limpieza, peluquería. Un alto porcentaje era beneficiaria de planes sociales y en menor medida realizaban tareas en comedores barriales. También se dedicaban al cuidado de familiares adultos mayores, personas con discapacidad y recurrían a la red de cuidado familiar entre mujeres de la familia y/o vecinas. La mayoría vivían con sus parejas e hijas/os y otras solas con sus hijas/os. Tenían entre 1 a 6 hijas/os y frecuentemente compartían terreno con otros familiares. Se encargaban en soledad de las tareas de la casa o del cuidado de la familia. Y en un menor porcentaje, cuando se enfermaban, pedían colaboración a la madre, hija, hermana u otra mujer. La mayoría se levantaban más temprano que el resto de la familia o se acostaban más tarde para terminar con las tareas para el día siguiente. Eran las principales cuidadoras de sus hijas/os llevándolas/os al médico u odontólogo cuando lo requerían. Se referían al cuidado como un problema por el tiempo que les insumía. En cuanto a la estrategia de conciliación en las tareas de cuidado, las niñas/os concurrían a escuela o jardín público, de simple o de doble jornada escolar, salvo las niñas/os que aún por su edad no se encontraban escolarizadas/os y estaban permanentemente al cuidado de ellas. En general no contrataban niñeras.

### Particularidades

**La Plata:** Dentro del grupo focal de mujeres participó sólo un hombre, un abuelo que cuidaba a 4 nietas/os, hijas/os de su hijo varón (separado y con consumo problemático).

En la composición familiar se encontraron mujeres jefas de hogar solteras, separadas o en pareja. Como estrategias de conciliación para las tareas de cuidado apareció el acceso a escuelas subsidiadas por el estado o el mercado (contrato de niñera).

Se encontraron familias ensambladas en las que las hijas/os de la pareja estaban presentes algunos días de la semana. Tres mujeres, como estrategia de conciliación comunitaria del cuidado, se organizaban para cocinar en forma conjunta, excepto los fines de semana en los que estaban con sus parejas.

**Florencio Varela:** Todas eran beneficiarias del Potenciar Trabajo<sup>9</sup>, que brindaba obra social, aunque la desconocían. Sólo una de ellas tenía trabajo formal y otras vendían alimentos en su casa. La gran mayoría utilizaba la bicicleta para trasladarse. Una de ellas era estudiante de enfermería. Se destaca que dos integrantes hacían actividad física en su tiempo libre (gimnasio y boxeo).

**9 de Julio:** Este es el único grupo focal donde se encontró una mujer profesional y tres jubiladas. En relación con la composición familiar, la mayoría vivían con sus parejas y no compartían espacios habitacionales más que con su familia primaria. Solo una de ellas recurría al mercado contratando a una niñera. Se trasladaban en moto o bicicleta por la ausencia de transporte público, pero no lo percibían como un problema.

### Recorridos y acceso para la atención en salud bucal de niñas/os y la salud de las/os cuidadores

#### Similitudes

Quedó manifiesta la homogeneidad en las dificultades de acceso ante la necesidad de atención en salud bucal de sus niñas/os. En los recorridos se observaron condicionamientos tales como los saberes (conocimientos acerca del cuidado oral, alimentación, primera consulta odontológica), información de los servicios de salud (modalidad de acceso a turnos y de atención), percepción de la población sobre la organización de los servicios, tiempo (en relación con las tareas de cuidado que fueron descritas anteriormente) y organización institucional del sistema de salud y sus subsectores.

Relegaban el cuidado de su propia salud para cuidar a otras personas y además manifestaban no dar lugar a enfermarse. Cuando lo hacían, recurrían al subsector público para su atención, encontrando barreras burocráticas o de organización referidas al acceso.

<sup>8</sup> Categoría que describe a una persona cuya identidad de género coincide con el sexo que le fue asignado al nacer.

<sup>9</sup> Programa dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de Nación, que se implementó hasta el año 2023, con el objetivo de contribuir a mejorar el empleo y generar nuevas propuestas productivas a través del desarrollo de proyectos socio-productivos, socio-comunitarios, sociolaborales y la terminalidad educativa, con el fin de promover la inclusión social plena para personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social y económica.

## Particularidades de grupos focales y entrevistas por área geográfica

En **La Plata**, la mayoría tenía obra social, pero atendía a sus hijas/os en el Hospital Bollini, tanto para odontopediatría como para ortodoncia.

El motivo de demanda era por prácticas complejas como ortodoncia (que la seguridad social no cubría o lo hacía parcialmente), por derivación de profesionales desde el sector privado o por dispositivos de acceso (postas de salud) que generaba el efector.

En cuanto a la atención en salud bucal, desconocían la edad de la primera consulta, otras sólo habían realizado alguna vez una consulta de urgencia odontológica en los CAPS sin poder continuar el tratamiento por escasez de turnos o por la irregular información que brindaba el efector. Además, expresaron condicionamientos geográficos para el traslado en transporte público al hospital.

En cuanto al cuidado de su salud, habían recurrido en el último año a ginecología de los CAPS y del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Ricardo Gutiérrez” de La Plata, y solo una mujer no se controlaba hace 10 años por falta de tiempo y miedo al hallazgo de enfermedades.

En **Florencio Varela**, la gran mayoría planteó dificultades para acceder a la atención en salud bucal tanto en los CAPS y en el Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo” de Florencio Varela. Las dificultades estaban vinculadas a la ausencia de profesionales y, al igual que en La Plata, a la escasez de turnos e irregular información que brinda el efector, por lo que consideraban más efectivo el móvil odontológico municipal en su barrio.

Por último, en **9 de Julio**, si bien plantearon algunas dificultades en el acceso, la mayoría reconoció que los CAPS eran los lugares de concurrencia ante sus problemas de salud. Sin embargo, manifestaron la demora entre los turnos durante el tratamiento y la falta de prestaciones complejas. La gran mayoría no tenía obra social y en caso de necesitar tratamientos complejos (endodoncia, ortodoncia), que no se realizaban en el subsector público de la localidad, optaban por viajar la ciudad de La Plata (donde el municipio garantiza el traslado) o a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para resolverlo en el mismo subsector, debido a los altos costos en el subsector privado. Una de las participantes relató que llevaba a su hijo por tratamiento de ortodoncia al Hospital Bollini luego de haber sido intervenido por paladar fisurado. Según su relato, “él nació con el paladar abierto lo operé en el Ludovica (de La Plata) y allá me dijeron que de grande iba a tener problemas en la dentadura, lo llevé allá porque acá tuvo una mala praxis. Entonces lo lleve a una dentista acá en un CAPS y me hizo la derivación al Bollini” (P1).

Por otro lado, dos mujeres, una con cobertura prepaga y otra con obra social, mencionaron problemas de acceso a

la atención de salud bucal de sus hijas/os, debido a la imposibilidad de pagar las prestaciones por su alto costo. Ambas lo resolvieron accediendo al subsector público.

En cuanto al propio cuidado, todas participaban de un espacio de actividad física grupal (dispositivo creado por el CIC del municipio). La mayoría realizaba los chequeos ginecológicos en el subsector público. Las tres mujeres jubiladas tenían cobertura del 100% en medicación por su obra social, pero indicaban que había mucha demora en los turnos, es por lo que lo terminaban resolviendo en el subsector privado.

## Entrecruzamientos y condicionamientos de los recorridos

El análisis se inscribe en una perspectiva interseccional que permite problematizar los diversos determinantes sociales que configuran los recorridos de estas mujeres por el sistema de salud junto a sus niñas/os. Desde este enfoque, no se trata de describir experiencias individuales aisladas, sino de comprender trayectorias atravesadas por la articulación de múltiples dimensiones estructurales —género, clase social, estructura familiar, inserción laboral, territorio y organización estatal— que, en su interrelación, producen desigualdades diferenciadas en el acceso y uso de los servicios de salud.

En línea con lo planteado por Faur (15), la perspectiva interseccional permite analizar cómo el género se entrecruza con la clase social, la etnia y la edad para estructurar jerarquías y asimetrías en la organización social del cuidado, evidenciando que dichas desigualdades no operan de manera aislada sino imbricada y acumulativa.

En términos generales, existió una superposición de identidades vinculadas al género (la mayoría mujeres) pero con diferencias en cuanto a la cantidad de hijas/os, la existencia o no de trabajos formales o planes sociales, la “ayuda” en general de otras mujeres y el tiempo que dedicaban a todas las otras tareas de cuidado. Si bien existían muchas familias biparentales, la dificultad es mayor en aquellas monomarentales y con más de dos hijas/os. Se visualizó una naturalización de la división sexual del trabajo.

A estas condiciones se agregan las estructuras organizacionales de los servicios de salud, donde se presenta como factor común la dificultad del acceso a los turnos y se definen diferentes trayectorias y estrategias para atender la necesidad, dentro de las cuales se entrecruzan la seguridad social, el subsector público y a veces el subsector privado.

Asimismo, es importante recalcar cómo estas trayectorias se dificultan a medida que aumenta la complejidad del problema (niñas/os con malformaciones) y disminuye la cercanía a los efectores con mayor capacidad de resolución.

Como se mencionó anteriormente, la ciudad de **La Plata** pertenece al estrato 2, segundo en términos de condiciones socioeconómicas deficitarias. Dichas condiciones se encontraban de alguna manera aliviadas por la presencia de efectores de mayor complejidad.

Florencio Varela, corresponde al estrato 1 con población en peores condiciones sociales. A pesar de poseer infraestructura en servicios de salud, se profundizan los condicionamientos vinculados a situaciones económicamente precarias. Por lo tanto, estas mujeres diseñaban sus estrategias en soledad, con limitaciones en términos climáticos para el acceso, ya que muchas se movilizaban en bicicleta o caminando. La preocupación en relación con la salud de sus hijos/as está explícita. Como expresó una entrevistada, “hay veces que le dejo a mi hija de 2 años a mi mamá, para poder llevar a mis otros hijos e hijas al odontólogo” (P2).

Además, para acceder a los turnos, tenían que ir muy temprano, tal lo ilustra otro testimonio: “es muy difícil conseguir el turno, dan muy pocos turnos y hay que ir de madrugada” (P3).

Es importante rescatar que sus estrategias a veces estaban facilitadas más en términos personales por parte de los profesionales que desde la organización, ya que tenían el teléfono de la odontóloga u odontólogo por cualquier urgencia que se les presentaba.

Por último, en 9 de Julio, perteneciente al estrato 4 con población de mejor nivel socioeconómico, las trayectorias se veían facilitadas en relación con la resolución local de

las problemáticas más comunes en salud. Un ejemplo de ello era la posibilidad de acercarse caminando o en moto a los efectores, además de la participación en diversos espacios vinculados a la salud. El mayor inconveniente se presentaba cuando la ruralidad o lejanía a las ciudades más grandes, se entrecruzaba con la necesidad de tratamientos complejos. Allí se observaron determinaciones de tiempo y determinaciones económicas: tenían que viajar muchas horas para la atención y la niña/o perdía la escolaridad y el resto de sus actividades del día. En ese sentido, se planteó el traslado desde el municipio como una ayuda significativa.

Es importante destacar que, cuando esas necesidades complejas estaban relacionadas con malformaciones graves, como paladar fisurado, las posibilidades para resolverlas eran muy limitadas. Esta situación si bien no era la habitual, fue significativa a la hora de analizar ese tipo de patologías poco frecuentes, pero de gran impacto en la salud de la niña/o y su familia. Una mujer relató que su hijo de 10 años había nacido con paladar fisurado: “nunca utilizó placas para su alimentación. Lo operaron a los 2 años en el Hospital Julio de Vedia (de 9 de Julio) y no resultó, hubo mala praxis, porque se le abrió otra vez el paladar (...)” (P4). Esta condición le provocaba enfermedades respiratorias y se lo llevó a un hospital de un pueblo cercano a 9 de Julio donde le hicieron la derivación al Hospital de Niños de La Plata. La primera vez tuvieron que llegar temprano para sacar el turno, y concurren durante medio año a las consultas, hasta que finalmente lo operaron. En cuanto a los estudios prequirúrgicos, como demoraban en hacérselos en el subsector público de 9 de Julio, los realizó en el subsector privado.

## Ds

### DISCUSIÓN

La literatura disponible sobre la complejidad en el abordaje de los problemas de salud bucal desde una perspectiva integral resulta limitada. Los resultados de este estudio introducen otras dimensiones que ponen en tensión su origen en el modelo biologicista de causalidad lineal. Desde el paradigma de la salud colectiva con enfoque de derechos, y teniendo en cuenta la determinación social de la salud, se puede hacer un análisis más profundo de una realidad compleja para facilitar su abordaje.

## Cn

### CONCLUSIONES

El objetivo general de esta investigación, desde una perspectiva de género, fue describir y analizar las estrategias utilizadas por las/os cuidadoras/es de niñas/os de 5 a 13 años para la atención en salud bucal en el subsector público.

Existe una marcada desigualdad en la oferta de servicios odontológicos provinciales, que impacta con mayor intensidad en la población más vulnerable. En relación con la utilización de los servicios, se observa una fragmentación entre la atención de los problemas de salud bucal y otros problemas de salud, lo que tensiona el principio de integralidad en los procesos de atención, tanto en el plano de la microgestión como en el de la macrogestión. Asimismo, el perfil de cobertura de la población que accede a estos servicios refleja dichas condiciones estructurales: casi el 80% de las/os usuarias/os depende exclusivamente del subsector público, mientras que una proporción menor, aun

contando con cobertura en otros subsectores, recurre al sistema público, que termina asumiendo de hecho funciones de subsidio y absorción de demanda.

Al analizar la información cualitativa, las experiencias recogidas están fuertemente definidas por la cultura patriarcal con una consolidación de la división sexual del trabajo, que deviene en estereotipos de género, donde las mujeres son las únicas encargadas de las tareas de cuidado, ya sea en soledad o con otras mujeres. Necesitan realizar múltiples recorridos para poder cumplir con el objetivo de ese cuidado de la salud bucal de las/os niñas/os. También se superponen condiciones de vida precaria (trabajo informal o dependencia económica de planes sociales o de su pareja) según los estratos definidos y las trayectorias, vinculándose con escenarios macroestructurales.

Lo descrito adquiere mayor peso al pensar no solo en el cuidado directo (llevar a la consulta odontológica y sostener el hábito de higiene oral diaria) sino en la gestión del cuidado, entendida como todas aquellas actividades que acompañan el cuidado en sí mismo (gestión de turnos, recordar fechas, prever el tiempo necesario para llegar a los efectores de salud) que no toman relevancia al momento de pensar el tránsito por el sistema de salud. Este sistema no está preparado para facilitar dicho proceso, ya que su modelo de gestión y atención no es capaz de alojar estas dificultades o limitaciones. Esto se potencia en el ámbito de la salud bucal, que, según la información recogida, demuestra una organización deficiente de la red para dar solución a los problemas.

En este sentido, el escaso o incorrecto desarrollo de los perfiles prestacionales y la complejidad de los efectores, se evidencia en la falta de respuesta y resolución cercana a las/os niñas/os con patologías altamente prevalentes, como la caries con compromiso pulpar. Así, se observa la dificultad manifiesta de un modelo hospitalocéntrico que se reproduce con mayor fuerza en el caso de la salud bucal. Este, a pesar de efectivizar los tratamientos complejos, reproduce las inequidades trazadas por los determinantes generales como la disponibilidad de recursos económicos, de tiempo y hasta de recursos simbólicos, dejando en evidencia su posicionamiento en relación con la salud de la población.

En relación con esos recursos simbólicos, se hace referencia a la percepción no sólo de las cuidadoras, sino de las/os profesionales, que suelen abordar la salud de las/os usuarias/os en el recorte orgánico que les “corresponde”, sin poder detectar la importancia de la salud bucal.

La mayoría de las entrevistadas expresaron que las/os médicas/os omitieron indicar la primera visita con la/el odontóloga/o y manifestaron que una vez en la consulta su odontóloga/o no fue un actor facilitador de acceso para otros turnos, situación que tributa a no poder consolidar los aspectos vinculares con su profesional de referencia.

Por otro lado, en términos simbólicos, se suma la percepción del cuidado de la salud como obligación, no solo desde las propias mujeres sino desde el resto de la comunidad implicada, ya que dejan en sus manos las acciones para el cuidado, muchas veces relegando su propia salud. En el caso de los varones, el cuidado es pensado como favor o ayuda, no como obligación.

En cuanto a la organización social del cuidado, los apoyos mayoritarios están puestos en el Estado (ya sea por la disponibilidad -aunque con falencias- de instituciones como los servicios de salud del subsector público, la garantía de traslados para algunas/os usuarias, las instituciones escolares), en las familias (otras mujeres) y en menor medida en alguna organización social comunitaria, ya que el mercado no constituye una posibilidad para la mayoría de estas mujeres.

Para finalizar, los recorridos y estrategias analizados ponen en evidencia la complejidad que implica resolver los problemas de salud bucal en niñas y niños. Dicha complejidad se encuentra atravesada por la interseccionalidad, las desigualdades de género, las características y limitaciones de los servicios de salud y la fragmentación del sistema sanitario. Estos factores convergen y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a la reproducción de inequidades tanto dentro como fuera del sistema de salud en las trayectorias de atención de las/os usuarias/os.

Asimismo, a pesar de la fragmentación a la que se hace referencia, es el subsector público, con las dificultades descritas, el más accesible para las necesidades en salud bucal. Y el único, además de las familias, que de alguna manera participa con mayor peso en la organización social del cuidado.

Todas estas dificultades ponen de manifiesto la necesidad de repensar no solo los modelos de gestión sino también, y en reciprocidad, el modelo de atención, donde el cuidado realizado en el trabajo vivo en acto (22) sea percibido y asumido como parte de la tarea de cuidado de la población que nos permita incluir en las transformaciones, el cuidado de quienes cuidan.

En este escenario, resulta imprescindible avanzar hacia una priorización efectiva de la salud bucal dentro del sistema de salud, fortaleciendo su integración en las políticas públicas y en el primer nivel de atención. Ello implica consolidar una rectoría estatal capaz de garantizar accesibilidad, equidad e integralidad en la continuidad del cuidado, así como fortalecer la planificación sanitaria, el trabajo en red y la regulación de lógicas corporativas que han condicionado los recorridos de atención. En este marco, futuras investigaciones podrían profundizar en modelos de gestión que jerarquicen la salud bucal como componente estructural del derecho a la salud en el primer nivel de atención.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias, parejas, amigas/os, compañeras/os de trabajo y militancia que nos apoyaron durante todo el proceso de investigación. A las y los usuarias/os del sistema de salud público y a las mujeres de las diferentes comunidades que participaron y nos permitieron construir esta publicación que, con mucho esfuerzo, encuentros, lecturas, mates, abrazos y charlas, logramos concretar.

# RB

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Codarini G, Andracchio M, Viggiani F, González P, Lev D. Programa Nacional de Salud Escolar: una política de cuidado de niñas, niños y adolescentes en edad escolar de Argentina. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2018 [Acceso sep. 2025];9(35):38-41. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/560>
2. Feo O. Modelos de atención: atención primaria en salud (APS) o cuidado integral de la salud. Una visión contrahegemónica de la APS [video en Internet]. CLACSO; 2020. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://youtu.be/qmbx0R-sVys>
3. Fundación Soberanía Sanitaria. Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino; bases para la discusión [Internet]. Buenos Aires: Fundación Soberanía Sanitaria; s.a. [citado sep 2025]. Disponible en: <https://soberaniasanitaria.org.ar/sistema-nacional-integrado-de-salud-argentino/>
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b444b9b7-21ee-42c3-9c94-4b5e154534a7/content>
5. Argentina. Ministerio de Salud. PROSANE; Programa Nacional de Salud Escolar [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2008. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludescolar>
6. Obregón MA. Las políticas de salud bucal en Santa Fe 1995-2005 [tesis de maestría]. Rosario: Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Disciplinarios; 2011.
7. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuad Med Soc [Internet]. 1986 [Acceso sep. 2025] (37):1-10. Disponible en: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
8. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud [Internet]. 2017 [Acceso sep. 2025];15(3):397-408. Disponible en <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6123/3983>
9. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud Colect [Internet]. 2016 [Acceso sep. 2025];12(1):113-123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73144643009>
10. Mattos RA, Pinheiro R. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. En: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO; 2001. p.113-126.
11. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud [Internet]. 2a ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/61fe4c61-d84d-4ae5-b86d-3caed0bf924b/content>
12. Comes Y, Stolkner A. "Si pudiera pagaría": estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anu Investig (B Aires) [Internet]. 2005 [Acceso sep. 2025];12:137-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013>
13. Obregón A. Modos de vida, familias y organización social del cuidado. La perspectiva de la salud colectiva y el género [ponencia]. XXXI Encuentro Nacional de Investigación Odontológica ACFO; 2021; Colombia.
14. Faur E, Pereyra F. Gramáticas del cuidado. En: Piovani JI, Salvia A, coord. La Argentina del siglo XXI: cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2019. p. 495-532.
15. Faur E. El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Buenos Aires; Siglo XXI Editores; 2014.
16. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006.
17. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: resultados definitivos. Buenos Aires: INDEC; 2023 [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
18. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Buenos Aires [Internet]. La Plata; Ministerio de Salud; s.a. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2022/07/INFORME-ASIS-PBA-baja-resolucion.pdf>
19. Meneses J. El cuestionario [Internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2016. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario>
20. Glaser BG, Strauss AL. Awareness of dying. Chicago: Aldine; 1965.
21. Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo [Internet]. Lanús: Universidad Nacional de Lanús; 2021. [Acceso sep. 2025]. Disponible en: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/24/34/90-1>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International - Creative Commons

### Cómo citar este artículo:

Obregón M, Butler A, Brangeri D, Garate V, Garuti M. Recorridos de atención en salud bucal en el subsector público: perspectivas de cuidadoras y cuidadores de niñas y niños de 5 a 13 años. Salud Publica [Internet]. 2026 Mar [Acceso /fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.