

ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA SOCIAL Y COMUNITARIA



TESIS DE ESPECIALIZACION

POLÍTICAS SANITARIAS Y SU APLICACIÓN EN ODONTOLOGÍA

Alumno: Herrera Maximiliano Gabriel

Director: Graciela Etchegoyen

Tipo de Trabajo: Intervención en Gestión.

2022

INDICE

Resumen e Introducción	pág. 3
Objetivos y Metas	pág. 5
Diagnóstico Inicial	pág. 6
Fundamentación Teórica	pág. 10
Descripción General de la Propuesta de Intervención	pág. 30
Resultados	pág. 34
Conclusiones	pág. 42
Bibliografía	pág. 43
Anexo	pág. 45

POLÍTICAS SANITARIAS Y SU APLICACIÓN EN ODONTOLOGÍA.

RESUMEN

El presente proyecto tiene como propósito contribuir a mejorar el nivel de Salud Oral de la Comuna de Mar de Ajo Norte a través de la creación de una red de trabajo entre las distintas instituciones representativas de dicha comuna, con la finalidad de implementar de manera conjunta acciones de promoción de la salud y prevención de la patología bucal.

Se trata de un proyecto de intervención, con una etapa inicial de diagnóstico de situación, una etapa posterior de planificación e implementación de actividades y tareas intersectoriales bajo monitoreo, y una tercera etapa de evaluación de los resultados e impacto a través de la medición de indicadores de logros.

INTRODUCCIÓN

El partido de la costa de la Provincia de Buenos Aires tiene un marcado perfil de asistencia a la población a través de la articulación de distintas áreas municipales. En lo que a salud respecta, distribuye su oferta asistencial en 3 hospitales generales y 14 unidades sanitarias/centros comunitarios distribuidos a lo largo del partido, desde San Clemente Hasta Nueva Atlantis.

En el ámbito de la odontología se ha marcado una dirección firme en la asistencia de calidad hacia la comunidad. La creación de la Residencia en Odontología Social y Comunitaria es la piedra angular de esta postura política. La misma, surgida a

través de un convenio entre la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata- UNLP y el Municipio de la Costa es el inicio de un ambicioso proyecto de salud.

Pero la pregunta es: ¿cómo profundizar en la implementación de las políticas sanitarias ya definidas en lo que respecta a la salud bucal? La respuesta a este interrogante es el gran desafío venidero. A este trabajo asistencialista agregarle una mirada preventiva; apostar a un proceso de aprendizaje que se inicie en la familia, se fortalece con la intervención de la escuela y cuya finalidad no sea sólo prevenir enfermedades, sino promover estilos de vida saludables y hábitos integrales de auto cuidado.

OBJETIVOS Y METAS

Objetivo General

Promover la aplicación de políticas sanitarias de carácter intersectorial en materia de prevención y promoción de la salud odontológica en la comuna de Mar de Ajo, con el objeto de lograr un mejor nivel de salud bucal en la población.

Objetivos Específicos

1. Crear una red intersectorial de fortalecimiento del vínculo entre Escuelas, Instituto de Formación Docente y Centros de Salud con el fin de realizar operativos sanitarios en conjunto orientados a la educación para la salud, y la prevención de las problemáticas de salud bucal.
2. Impulsar y desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención en niños y adolescentes.
3. Concientizar a padres y madres sobre la importancia de incorporar hábitos saludables

Metas:

- Lograr la conformación de una red intersectorial funcionando en el término de 6 meses

- Lograr el desarrollo sistemático efectivo de actividades de educación para la salud y prevención de problemáticas de salud bucal en el término de 12 meses

DIAGNÓSTICO INICIAL

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la obtención de los datos que aportan al diagnóstico inicial de situación se recurrió a fuentes secundarias (Censo nacional, Encuesta nacional de Hogares, registros del Centro de salud, etc.) y fuentes primarias: entrevistas a referentes claves: Director de Promoción de la Salud, responsables de programa de salud oral, etc.

El partido de La Costa es un municipio de la Provincia de Buenos Aires creado en 1978, tiene una superficie de 240km², con 100km sobre el frente marítimo, donde se desarrollan 14 ciudades que albergan 69633 habitantes. (1)

Su estructura sanitaria involucra tres Hospitales distribuidos estratégicamente a lo largo del partido, 3 Unidades Sanitarias con internación en guardia que complementa dicha estrategia y finalmente 14 Centros Comunitarios de Atención Primaria de la Salud, atención médica y especialidades rotativas con horarios prolongados, distribuidos en cada una de las localidades.

Para los fines del presente trabajo, y en una primera instancia la población meta será la correspondiente a la comuna de Mar de Ajo Norte, dentro del partido de la Costa. Consta de una población estable de 3500 habitantes. Dicha comuna está constituida por 80 manzanas, dentro de las cuales se encuentra en funcionamiento: el Jardín de Infantes N°91; la Escuela primaria N°8; el Instituto Superior de Formación Docente y el centro

Comunitario Mar de Ajó Norte con una amplia variedad de especialistas de la salud y personal de atención a la población.

En cuanto a sus características socio sanitarias, (1) el 5,7% de los hogares tienen Necesidades Básicas Insatisfechas; sólo el 37% de la población tiene acceso a la Red de Gas Natural y el 65% de la población tiene acceso a Red Cloacal.

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ORALES (2)

En el año 2018 se puso en funcionamiento un consultorio odontológico móvil, el cual se emplazó en las inmediaciones del Centro Comunitario y a través del cual se brindó asistencia a la población de dicha comuna.

Si bien no hay registros claros de las causas o motivos de consulta, entre abril de 2018 y marzo de 2019 se atendieron aproximadamente 501 personas de las cuales el 53,5 % eran menores de 15 años y el 98% no poseía obra social.

En cuanto a los procesos de atención, se realizaron 193 prácticas de urgencia, 351 operatorias dentales y 204 Exodoncias.

Si sumamos el total de prácticas nos da un índice de 21.4 prestaciones sobre el total de habitantes o lo que es lo mismo, 213 prestaciones por mil habitantes.

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD BUCAL Y ACTIVIDADES SANITARIAS

1.-Programa Jardines Saludables: El programa realizó actividades de capacitación a los docentes en prácticas de reanimación cardiopulmonar, así como tareas de promoción y educación para la salud sexual; y talleres y reuniones informales con el objeto de conocer las necesidades percibidas por el personal docente. Por diferentes razones, no se realiza control y monitoreo de las distintas actividades.

2.- Programa Mi Sonrisa Infinita:

En el año 2007, a través de la utilización de fondos municipales, se puso en marcha el Programa *Mi futuro sin Caries*. En el mismo se realizaba el control de salud oral en edad preescolar en los distintos establecimientos de la región. Luego los pacientes con patologías eran derivados a centros de atención, específicamente a los hospitales municipales donde se practicaba la Técnica de Restauración Atraumática. El mismo funcionó ininterrumpidamente hasta el año 2012.

En cuanto a su gestión, no existe registro de reuniones formales para la implementación de dicho programa. El acceso al colegio se realizó mediante autorizaciones entregadas a los padres por los docentes.

Por distintas razones no se implementaron mecanismos de evaluación ni indicadores de logro.

En el año 2013 el programa reanudo su actividad bajo el nombre *Mi Sonrisa Infinita* el cual sufrió la modificación de incluir el control de niños en edad escolar; específicamente el primer año del ciclo lectivo. Además, el programa realizó charlas a

embarazadas y jornadas de atención masivas mediante la implementación de Técnica de Restauración Atraumática, en las que participó el voluntariado de la Facultad de Odontología de la Plata. La atención se extendió además a las escuelas especiales.

Esta modalidad de trabajo se mantuvo vigente hasta el año 2017. Por distintas razones tampoco se implementaron mecanismos de evaluación ni indicadores de logro.

El Programa Nacional *Salud Escolar* por distintas razones no se implementó.

En lo que respecta a la salud bucal, se han realizado, como actividades fuera de programas, charlas no estructuradas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en el centro comunitario y las unidades académicas adyacentes. Además, se brinda atención en un consultorio móvil instalado en 2018, a través del Programa Mi Sonrisa Infinita.

Anualmente, dentro del Centro Comunitario, se realizan múltiples talleres de educación para la salud en diversas áreas tales como Nutrición, Embarazo, Salud Sexual, Diabetes, etc. Por diferentes razones no se llevan adelante mecanismos de evaluación y monitoreo.

En conclusión, las características socioculturales y la prevalencia de enfermedades orales en la comuna de Mar de Ajo, así como el análisis de los programas de salud que allí se implementan, nos lleva a la reflexión y a la necesidad de desnudar las causas profundas de esta situación e invitan a reajustar el enfoque de abordaje de las políticas públicas, a través de todos los actores sociales.

Estas patologías no se pueden reducir a la causa efecto inherentes a la cavidad bucal, sino entenderlas desde una visión integral y sistémica. Entenderlas como problemática social. En este contexto se percibe a la educación de la salud como una herramienta indispensable, sobre todo en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS) de característica docente, interdisciplinaria e intersectorial. Por lo que es primordial la articulación de los distintos actores sociales para afrontar en forma conjunta esta situación.

Este enfoque involucra por un lado a la familia y la comunidad en la cual está inserta (nicho epidemiológico), y por otro, los centros de referencias comunitarios y finalmente, sosteniendo y apuntalando a estos, una serie de políticas definidas que guíen

las actividades necesarias para arribar a la situación deseada. Afrontando las decisiones en conjunto en pos de mejorar la eficacia y eficiencia de la acción pública, y definiendo estrategias firmes que lleven adelante acciones de prevención y promoción de la salud, utilizando como soporte estratégico el trabajo interdisciplinario y la intersectorialidad entre los actores sociales, la gestión local, la escuela y la familia.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Según Rose (3) los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones, ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etcétera, que combinan recursos normativos, humanos, financieros, tecnológicos y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr impactos sociales, políticos y económicos.

Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad detectan la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema.

El gobierno, una vez efectuada la intervención, mide los efectos de ésta sobre el problema y, tras observar si ha concluido o no, se pregunta si es necesario seguir actuando. En caso de que sí, esto daría lugar a un nuevo proceso de formulación de alternativas. Los resultados de la política retroalimentan el proceso. (4)

POLÍTICA DE SALUD, ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y SISTEMAS DE SALUD (5)

Aunque estén íntimamente vinculados entre sí, para el análisis y formulación de políticas de salud es preciso distinguir política de salud, estado de salud de la población, y sistema de salud.

Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición del rol del Estado en la salud. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativos que el sistema de atención médica. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

Sin embargo, tanto en la literatura especializada como en el uso cotidiano se acostumbra a usar la expresión sistema de salud para hacer referencia al sistema de atención médica.

A su vez, una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. La política de salud es el resultado de una gran variedad de factores; por un lado, es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la salud, por el otro, del surgimiento de tecnologías. Pero fundamentalmente, es el resultado del balance de fuerzas sociales

cambiantes en valores centrales de la sociedad: la concepción de la solidaridad y la equidad.

SOBRE EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (4,6)

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público o estatal, de seguridad social y privado. El sector estatal está integrado por los ministerios nacionales y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales, que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. Se basa en un principio solidario. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian sobre todo con primas que pagan las familias y/o las empresas.

En este contexto y ante la creciente desigualdad social e inequidad el Sector Público adquiere un valor primordial.

Las características particulares del bien a proteger (la salud) requieren una activa participación del Estado para establecer normas de equidad en la distribución y el acceso. El papel del Estado resulta entonces primordial en la protección de un derecho como la salud.

PLAN FEDERAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (4)

La política sanitaria de nuestro país está plasmada en el Plan Federal. En él se expresan los ideales, valores, metodología y actividades a desarrollar en los próximos años. Partiendo de la base de que en Argentina hay niveles razonables, aunque insuficientes, de recursos como para garantizar mejores y mayores posibilidades de salud para todos, lo que se plantea a largo plazo es un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un "Estado garante" del bienestar de la población. El sistema debe posibilitar el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población, con un fuerte componente preventivo y que responda a la resolución de patologías de una manera eficiente y eficaz. La visión incluye un sostenido impulso, aplicación y evaluación de políticas saludables con amplia participación de la sociedad. La Nación, las provincias, los municipios, las sociedades científicas, los colegios profesionales, las asociaciones gremiales, las casas de estudio e investigación y las instituciones de la sociedad civil, deben acordar periódicamente compromisos de políticas saludables, estableciendo prioridades, definiendo metas y evaluando su cumplimiento.

El sistema en su conjunto participa regularmente en acciones de promoción de la salud a través de esquemas fuertemente participativos. Las instituciones del sector salud deben articular sus recursos con otros sectores y con las organizaciones de la comunidad en el marco de la permanente articulación entre Nación y provincias. Se pondera la estrategia de atención primaria como organizadora del sistema; se incentiva el desarrollo de instrumentos que incrementen la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud, que definan la evaluación del desempeño e implementen mecanismos de participación comunitaria en todos los niveles.

LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD COMO ORGANIZADORA DEL SISTEMA

Los gobiernos locales (primero las provincias y luego los municipios) deben concentrar sus esfuerzos en desplegar una estrategia de Atención Primaria de la Salud, así como acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas. Para ello, el Ministerio Nacional desarrolla una estrategia centrada en compromisos de gestión que permita asistir a los gobiernos locales y a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se comprometen con implementar un adecuado modelo de APS.

La atención primaria de la salud es la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención deben obtener una asignación creciente de recursos y la participación comunitaria en todos los niveles.

En este contexto, la comunidad pasa a ser protagonista de su proceso de salud. La salud, como derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales

prestadas por los servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.

Un Sistema de Salud basado en la APS requiere un marco legal, institucional y organizacional, así como recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES (7)

Se define a los determinantes como aquellas variables o condiciones que determinan el nivel de salud de una comunidad. Este concepto se ha ido modificando a través del tiempo: de la concepción biologicista se pasó a un modelo ecológico y finalmente se planteó el concepto de Campo de Salud. Podemos decir que los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales y económicas que influyen en el estado de salud de las personas.

Marc Lalonde, presentó en 1972 como Ministro de Salud de Canadá, su propuesta de reforma del sistema de seguridad social canadiense, y que tuvo una fuerte influencia en todo el hemisferio. En 1974 publicó "Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses," documento que se conoce como "The Lalonde Report".

Partió de la base de que la salud y/o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho, enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico. El informe fue aclamado internacionalmente por su enfoque orientado a la promoción

de la salud y a la prevención de las enfermedades, e incorporando, a los ya conocidos determinantes de la salud de orden socio económicos, los servicios y sistemas de salud.

Los determinantes de la salud se clasifican así en cuatro grandes categorías: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y servicios de atención.

Medio Ambiente: Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, los cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación de aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

Estilo de Vida: El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su propia salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ello

Biología Humana: Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, como por ejemplo las enfermedades crónicas, los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y costos altísimos para su tratamiento.

Servicio de Atención: Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, las ambulancias y otros servicios sanitarios. Dentro de este grupo, la gestión y organización de la salud cobra vital importancia. Este componente se define como Sistema de atención en salud. Habitualmente se gastan grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que desde un principio podrían haberse prevenido.

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad.

Al abordar los determinantes sociales de salud se ha hecho claramente hincapié en la importancia de la acción multisectorial la inaceptabilidad de las marcadas inequidades en materia de salud y la salud como derecho humano. Para actuar con respecto a los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas sobre la base de la equidad, es necesario reconocer las causas complejas y a menudo duraderas de la mala salud y la inequidad en materia de salud mediante la investigación desde las ciencias sociales y la epidemiología. Un cúmulo cada vez mayor de pruebas ha dado lugar a la acción intensificada en todo el espectro mundial de salud con una participación notable a nivel nacional en la Región de las Américas. Al abordar las «causas de las causas» que son fundamentales para la buena y la mala salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en la salud y resolver algunos de los problemas de salud de más difícil solución en la Región que están estrechamente vinculados con las dimensiones de la inequidad, y apoyar así la transición progresiva hacia la salud universal.

En la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud se señala que las recientes mejoras logradas en el ámbito de la salud en toda la Región se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones. En esa estrategia se reconoce que las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones de pobreza

y vulnerabilidad, son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud.

SOBRE LA VULNERABILIDAD SOCIAL (9)

La vulnerabilidad se ha constituido en un rasgo social dominante en América Latina. Los impactos provocados por las formas de producción, las instituciones y los valores que caracterizan al nuevo patrón de desarrollo en los países de la región han dejado a los grupos de bajos ingresos y a las capas medias expuestos a elevados niveles de inseguridad e indefensión. Desde la constitución de los estados independientes, la pobreza y la mala distribución del ingreso estuvieron presentes en el desarrollo social latinoamericano.

Moreno Crossley sostiene que hay una coincidencia general en considerar a la vulnerabilidad social como una condición de riesgo o indefensión, la susceptibilidad a sufrir algún tipo de daño o perjuicio, o de padecer la incertidumbre

Dicha concepción asume que la vulnerabilidad es un atributo de individuos, hogares o comunidades, que están vinculados a procesos estructurales que configuran situaciones de fragilidad, precariedad, indefensión o incertidumbre. Se trata de condiciones dinámicas que afectan las posibilidades de integración, movilidad social ascendente o

desarrollo. Las mismas están correlacionadas con procesos de exclusión social, que se traducen en trayectorias sociales irregulares y fluctuantes.

Un individuo, hogar o comunidad es vulnerable como resultado del efecto conjunto de múltiples factores de riesgo, que configuran una situación o síndrome de vulnerabilidad social. Si bien estos factores están asociados a la distribución desigual de bienes y recursos, el foco está puesto en la forma que se distribuyen los factores de riesgo en una sociedad.

Suele observarse una tendencia hacia la individualización de las fuentes de desigualdad, la focalización de los fenómenos de exclusión y la omisión del rol de la acción colectiva para contrarrestarlos.

La condición de vulnerabilidad aparece correlacionada aquí con una serie de procesos que privan a los individuos de los recursos básicos que posibilitan la integración social.

La vulnerabilidad social muestra desigualdad dinámica que da cuenta de la persistencia en el tiempo de situaciones de inestabilidad e incertidumbre que afectan selectivamente a individuos o poblaciones que tienden progresivamente a diferenciarlos de otras categorías sociales.

Tal proceso de diferenciación de las unidades vulnerables ocurre por la vía de la exclusión social, es decir, a través de una serie de procesos que tienen como resultado la privación, por periodos variables de tiempo, del acceso a conjuntos de recursos, la consecución de diversos fines sociales o la conservación de ciertos niveles de bienestar.

SOBRE EL ACCESO A SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD (10,11)

Las formas en que se organiza la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población son determinantes del estado de salud en dicha población. En particular, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, el alcance de sus actividades de proyección comunitaria y la intensidad de ejercicio de las funciones esenciales de salud pública son ejemplos de determinantes de la salud en este nivel de agregación. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o

ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural». Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud. Estos determinantes sociales, son modificables y en diferente magnitud en cada uno de los grupos sociales, países, y dentro de cada país, estados, regiones, comunidades.

Estos determinantes sociales de la salud a través de determinantes intermedios y proximales, producen diferentes patologías en la población. En el pasado los programas de salud se han planeado basándose en las causas de muerte y morbilidad, algunos han considerado también a sus factores de riesgo. En la actualidad los determinantes sociales de la salud, fomentan los programas dirigidos hacia estos determinantes lo que obliga al sector salud a trabajar de manera intersectorial.

Por otro lado las actuales concepciones del desarrollo humano promovidas por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) afirman que el desarrollo humano es “el proceso de ampliación de la gama de oportunidades de que dispone la gente”, planteándose seguidamente la dimensión complementaria de la seguridad humana, que implica la posibilidad de “que la gente pueda ejercer esas opciones de forma segura y libre, y que puede tener confianza en que las oportunidades que tiene hoy no desaparecerán mañana” . Así se ha establecido una cierta representación simbólica de la seguridad que caracteriza al principio de la libertad en términos de disponibilidad de oportunidades. Éticamente, dicha representación se prefigura como el núcleo básico de toda forma de sociabilidad que, inmediatamente, traza criterios normativos que permiten discernir entre la legitimidad o ilegitimidad de las desigualdades.

Moser afirma que ciertos individuos o familias pobres son más vulnerables que otros en función de la disponibilidad y de la efectiva utilización que éstos hacen de los distintos activos sociales. Por tanto, debajo de la distribución de pobres y no pobres en una sociedad se encontraría una estructura profunda de recursos que estaría dada por el acceso a activos sociales; inversamente, el riesgo o la vulnerabilidad social daría cuenta del conjunto de limitaciones o desventajas que las personas encuentran para hacer uso de éstos.

SOBRE LA FORMACIÓN DE REDES INTERSECTORIALES (12,13)

UN SISTEMA DE SALUD SEGMENTADO Y FRAGMENTADO

La Argentina tiene un sistema de salud por “segmentos” de población según su condición laboral o de ingresos económicos. Los trabajadores formales tienen obras sociales, los de mayores ingresos pre pagas, los trabajadores sin seguridad social son atendidos por los efectores estatales dependientes de los Ministerios de Salud provinciales. También tiene un sistema “fragmentado” porque al mismo tiempo los “segmentos” tienen muchos fragmentos, sub sectores o partes que no colaboran ni se relacionan estrechamente, observándose legislaciones e instituciones diversas. Lo anterior se traduce en que personas y comunidades acceden a distintos tipos de servicio, lo que contribuye a la pérdida de eficiencia, calidad y equidad global del sistema de

salud de la Argentina. Este hecho no es casual, sino como en muchos países de la región, producto de la evolución histórico, social y política del país. Terminar con la segmentación y la fragmentación no implica necesariamente un “sistema único”, sino que dentro de la diversidad una gobernanza compartida pudiera tender a la mancomunación de fondos, a marcos regulatorios comunes, a contar con un sistema común de información para monitorear la producción y resultados en salud, a la homogenización de modelos de atención y de prácticas y al intercambio de servicios, de modo que las personas no notaran quiebres ni diferencias injustas o discriminatorias. La prueba de que la Argentina superó la segmentación y fragmentación sería (aun manteniendo la diversidad institucional) que todos y todas los habitantes de este país, tengan para lo que la sociedad en su conjunto defina como lo primordial, ético y justo para todos en salud iguales condiciones de acceso en términos de oportunidad y calidad, independientemente vivan en Misiones o en CABA, sean hombres o mujeres, ricos o pobres.

Ampliar el acceso a los servicios de salud, implica invertir en los servicios ambulatorios de atención a través del trabajo en y con la comunidad, muy cercano al hábitat de las personas, de forma tal que los servicios respondan y se adapten a sus condiciones de vida; esto implica mejorar la accesibilidad y la capacidad resolutive en el nivel ambulatorio, que conlleve a mejorar la confianza y satisfacción de las personas y comunidades. Se entiende por servicios ambulatorios al primer nivel de atención o de contacto con la comunidad usuaria, y también a los diversos establecimientos de salud de competencias humanas y capacidades tecnológicas especializadas en temas de menor frecuencia relativa y/o de soporte diagnóstico, terapéutico o logístico al primer nivel, y a los diversos dispositivos en la comunidad tanto del sector salud como sociales, que trabajando articuladamente en red, resuelven –sin internación- las necesidades de personas y comunidades. El abordaje anticipatorio del cuidado de la salud y por ende, la mejora en la calidad de vida, implica una respuesta social integrada. Este cambio no puede ser adscrito sólo al sector salud o a un dispositivo sanitario en particular e implica un cambio en el paradigma organizativo, en cómo intervenimos poblacionalmente, en cómo se modelan los sistemas y en cómo disponemos los recursos necesarios para cumplir ese objetivo. La capacidad resolutive de los servicios de salud, incluye el contar con equipos interdisciplinarios de salud -EIDS-, capacitados y con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas con dificultades en el acceso a la atención en salud, como por ejemplo áreas rurales dispersas o zonas urbanas y

periurbanas pobres y excluidas. Dicho personal, debe contar con las tecnologías sanitarias apropiadas (laboratorios, medicamentos) y suficientes, así como con acceso efectivo a las especialidades. Los cambios y adaptaciones en los servicios de salud, principalmente en el primer nivel de atención, se dirigen hacia tener un equipo de salud que cuente con las capacidades para actuar inter sectorialmente sobre los determinantes sociales de la salud, para actuar junto a la comunidad en acciones de promoción y prevención, para el manejo tanto de problemas agudos como de los crónicos, incluyendo las secuelas y discapacidades, así como los cuidados paliativos, en y desde el propio domicilio de las personas, y para sostener una relación cercana, fluida y permanente con la comunidad. La cercanía tiene una dimensión relacionada a la ausencia de barreras geográficas, que implica: 1) la proximidad física y la facilidad con que las personas se vinculan establemente con el personal de salud, piden sus turnos (citas), son informados e involucrados y son comprendidas sus necesidades particulares sean por edad, género, etnia u otra característica; es decir, que se espera una adaptación del servicio de salud y del equipo de salud a las necesidades específicas de las poblaciones; y 2) la vinculación de los servicios de salud con los diversos actores locales, incluyendo los medios de comunicación. El desafío, es disponer de servicios cercanos a la población. El uso de las tecnologías modernas de la comunicación, la visita domiciliaria, las brigadas o rondas móviles de los equipos de salud en áreas rurales dispersas, el agente o trabajador de salud comunitaria, las alianzas con grupos comunitarios, y muchas otras modalidades, son estrategias para establecer cercanía de los servicios de salud.

El primer nivel de atención no es puerta de entrada, sino eje ordenador de todo el sistema, y se constituye en la fuente primaria de los sistemas de información para el manejo y gestión de casos (que se ve apoyado por el desarrollo de expedientes electrónicos en red); para seguimiento de procesos asistenciales; gestión de turnos (citaciones) y casos; para sistemas de referencia y retorno; etc. Esto último significa que los servicios de salud se estructuran y organizan –sus recursos humanos, infraestructura y tecnologías- para asegurar un primer nivel capaz de actuar con y para las personas y la comunidad, de modo que desde el propio hábitat de las personas se pueda resolver integralmente los principales problemas de salud, desde la acción inter sectorial, la prevención, los cuidados de largo plazo, asegurando la continuidad de los cuidados; incluye que se tenga un acceso garantizado y libre de barreras, se eviten derivaciones y hospitalizaciones innecesarias y/o que las personas lleguen tardíamente al hospital. El

liderazgo de salud en la acción comunitaria se basa en las capacidades para trabajar, coordinar, articular, dar soporte y aprender de la acción conjunta con los diversos actores comunitarios. Las prácticas al interior de los equipos integran los diversos aspectos de la vida individual y en sociedad, en todo el ciclo vital de las personas. Los roles de cada miembro del equipo tienden a ser más flexibles, a la vez que aumenta la necesidad de especialización en el nivel ambulatorio, se acentúa el abordaje generalista y un mayor gasto de energía en coordinación y cooperación. A mayor necesidad de diversidad y especialización en el trabajo ambulatorio, mayor necesidad de mantener un balance, una mixtura adecuada de cuidados coordinados de forma experta y holística sobre las necesidades de personas y comunidades. Lo anterior nos obliga a repensar continuamente nuestras prácticas en la formación y acción profesional y a adecuar nuestros roles e identidades alrededor de las necesidades de las personas, e implica establecer mecanismos de comunicación y cooperación fluida que aseguren a los equipos de salud del nivel ambulatorio, el apoyo continuo de su red en capacitación. Es común que en el discurso se declare al primer nivel como el eje de un sistema centrado en las personas, pero desafortunadamente muchas veces los hechos no lo corroboran. Un primer nivel de atención confiable y resolutivo requiere de múltiples condiciones humanas y materiales, que sólo son posibles cuando se conjugan voluntad política, priorización de recursos y presión social sostenidas en el tiempo.

CONDICIONES PARA UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CONFIABLE Y RESOLUTIVO

- 1)** El equipo de salud y la comunidad conocen las actividades que debe desarrollar el centro de salud y tienen las capacidades para implementarlas, evaluarlas y ajustarlas de modo dinámico y participativo.
- 2)** El equipo de salud conoce a su población a cargo; identifica sus necesidades de salud; puede priorizarlas; identifica factores de riesgo; puede geo referenciarlos. Ajusta sus actividades a las necesidades priorizadas.
- 3)** El centro de salud de primer nivel tiene las capacidades para seguir a las personas, mantener contacto de acuerdo al perfil y estratificación de riesgos y

participar protagónicamente en la gestión del proceso asistencial en que éstas están involucradas, de modo asegurar continuidad del cuidado.

- 4)** El tipo de centro de salud –móvil o estacionario-, su conformación, su disposición espacial y en la geografía, su diseño arquitectónico, su equipamiento, su horario, entre otros aspectos, se adapta al logro de la mayor cercanía física y a generar las mayores facilidades para vincular familias y equipos de salud.
- 5)** El centro de salud tiene espacios formales de participación de la comunidad y da cuenta pública y periódica del uso de sus recursos, así como de sus acciones y resultados.
- 6)** El centro de salud, su personal, forman parte de la vida comunitaria y participan formal y activamente en los espacios de decisión, interacción e implementación local de toda política, programa o actividad con impacto en la calidad de vida.
- 7)** Los sistemas de información de la red son diseñados y perfeccionados desde los requerimientos del primer nivel de atención.
- 8)** Las condiciones de infraestructura; las capacidades humanas y las tecnologías sanitarias son adecuadas para ejecutar las actividades que le corresponden al centro de salud.
- 9)** El financiamiento, el abasto, el mantenimiento y el apoyo continuo de una red, posibilitan el cumplimiento integral de las actividades esperadas y definidas para el centro de salud.
- 10)** Las actividades de promoción, fomento, prevención, curación y cuidados de largo plazo, combinan distintos saberes e integran a terapeutas, cuidadores y educadores.
- 11)** Los procesos asistenciales de la red son diseñados, evaluados y mejorados, desde los requerimientos de los centros de salud de primer nivel.
- 12)** El primer nivel tiene capacidades para realizar vigilancia epidemiológica; y, para generar información precisa, fidedigna y suficiente para la toma de decisiones en salud.
- 13)** El primer nivel organiza y gestiona sus actividades matricialmente y evita estancos o “programas verticales” que dificulten el trabajo integrado.
- 14)** El primer nivel tiene capacidades para la resiliencia ante desastres y para ejercer liderazgo ante emergencias.

FORMACIÓN DE UNA RED (12,14)

La Organización Panamericana de la Salud define las Redes integradas de Sistemas de Salud (RISS) como: “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” .

Las Redes Integradas de Sistemas de Salud es la integración del sistema que permita un modelo de gestión que dé respuesta a los elementos esenciales del derecho a la salud: La conformación de las redes funcionales de atención tiene como objetivo reducir la inequidad y las barreras de acceso a la atención de salud y hacer más eficiente el

funcionamiento del sistema de salud. Es necesario definir qué conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución estarán interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegure el cuidado de un territorio definido.

ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS REDES INTEGRADAS DE SISTEMAS DE SALUD

Modelo Asistencial

- 1)** Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de los Servicios de Salud.
- 2)** Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades,

riesgos y publicaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

- 3)** Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- 4)** Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.
- 5)** Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- 6)** Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y Estrategia

- 7)** Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- 8)** Participación social amplia.
- 9)** Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y a equidad en salud.

Organización y Gestión

- 10)** Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- 11)** Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- 12)** Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- 13)** Gestión basada en resultados.

Asignación e Incentivos

- 14)** Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Los apartados anteriores pretenden reflejar el alcance de la voluntad política y el esmero en el diseño técnico a nivel central. La construcción de un entorno adecuado que permita implementar este plan en cada particular. Sin embargo, dar sostenibilidad a esta concepción del sistema de salud requiere que todos los niveles de gestión que intervienen, construyan voluntad política, técnica y comunitaria. Esto es un proceso mancomunado y será responsabilidad de todos los que contemplemos a la salud pública como el sistema principal de salud para nuestro país. Apoyar esta política pública pone en tensión la dedicación laboral entre ámbitos públicos y privados de los profesionales de la salud, genera una oportunidad de autoconocimiento en la manera de participar en nuestras convicciones sociales, invita a cuidar lo público y nuestro derecho a la salud, pero sobre todo nos da una oportunidad a revivir nuestro sentido propio en el hacer cotidiano y despertar nuestras capacidades y fuerzas que nos permitan superar el materialismo, para generar actos de cuidado hacia el buen vivir.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El presente proyecto tiene como propósito contribuir a mejorar el nivel de Salud Oral de la Comuna de Mar de Ajo Norte a través de la creación de una red de trabajo entre las distintas instituciones representativas de dicha comuna, con la finalidad de implementar de manera conjunta acciones de promoción de la salud y prevención de la patología bucal.

Se trata de un proyecto de intervención, con una etapa inicial de diagnóstico de situación, una etapa posterior de planificación e implementación de actividades y tareas intersectoriales bajo monitoreo, y una tercera etapa de evaluación de los resultados e impacto a través de la medición de indicadores de logros.

Población Objetivo o Población Meta

El presente trabajo de intervención está dirigido a dos tipos de población objetivo dentro de la comuna de Mar de Ajo Norte:

1. Personal docente y directivo de instituciones escolares y de salud.
2. Las familias que habitan la mencionada localidad: niños y adolescentes escolarizados y adultos a cargo.

PLAN DE TRABAJO. ACTIVIDADES Y TAREAS

A continuación, se mencionan las actividades planificadas con sus objetivos correspondientes y las tareas realizadas para su cumplimiento:

Objetivo Específico 1: *Crear una red de fortalecimiento de vínculo entre Escuelas, Instituto de Formación Docente y Centros de Salud con el fin de realizar operativos sanitarios en conjunto.*

Acciones y Tareas

- Planificar reuniones de identificación de problemáticas relacionadas al acceso a la salud involucrando escuelas, centro de salud y la familia.
- Establecer un sistema de registro de las distintas actividades y productos o resultados.
- Diseñar actividades escolares dirigidas a la promoción de la salud bucal, alimentación y Calidad de Higiene.
- Implementar de manera conjunta actividades de educación para la salud bucal en el marco de actividades extracurriculares escolares.
- Capacitar al personal docente en promoción de hábitos saludables.

Variables e Indicadores de Logro:

- Porcentaje de reuniones desarrolladas /reuniones planificadas
- Porcentaje de participación de los diferentes actores en relación con la convocatoria.
- Grado de aceptación de los actores intersectoriales.
- Cantidad y tipo de operativos o actividades conjuntas de promoción y/o educación para la salud.
- Acciones conjuntas realizadas/planificadas.

- Existencia de la Red formada y funcionando.
- Sistema de registro funcionando

Objetivo Específico 2: *Impulsar y desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención en niños y adolescentes.*

Acciones y Tareas

- Realización de talleres de alimentación saludable con especialistas en la materia en las escuelas.
- Realización de talleres de técnicas de cepillado en las escuelas.
- Elaboración de material educativo de difusión.
- Realización de Jornadas Escolares Recreativas.

Variables e Indicadores de Logro

- Porcentaje de talleres desarrollados /talleres planificados
- Acciones preventivas realizadas/planificadas.
- Grado de convocatoria/ asistencia a los talleres.
- Cantidad de material de difusión elaborado.
- Grado de aceptación de los niños y adolescentes en los talleres.
- Grado de conocimiento de los asistentes sobre medidas preventivas inicial-final

Objetivo Específico 3: *Concientizar a padres y madres sobre la importancia de incorporar hábitos saludables en el ámbito familiar*

Acciones y Tareas

- Realización de talleres de alimentación saludable con especialistas en la materia. Charlas sobre promoción de la salud bucal y prevención de patologías en sala de espera.
- Elaboración y difusión de material educativo para padres.
- Realización de talleres de educación para la salud dirigidos a padres jóvenes.

- Realización de talleres de educación para la salud y prevención dirigidos a embarazadas.

Variables e Indicadores de Logro

- Porcentaje de talleres desarrollados /talleres planificados
- Acciones de educación para la salud realizadas/planificadas.
- Grado de participación de los talleres.
- Grado de aceptación de los asistentes en sala de espera
- Grado de adquisición de los nuevos conocimientos
- Cantidad de material de difusión elaborado.

RESULTADOS

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: *Crear una red de fortalecimiento de vínculo entre Escuelas, Instituto de Formación Docente y Centros de Salud con el fin de realizar operativos sanitarios en conjunto.*

A.- Creación de la red de fortalecimiento del vínculo intersectorial: Integrantes

1. *Dirección de Promoción de la Salud, dependiente de Secretaría de Salud. Municipalidad de Mar de Ajó.*
2. *Dirección de Jardines. Ministerio de educación de Pcia. de Buenos Aires.*
3. *Jardín de Infantes N 910, dependiente de la Dirección de Jardines.*
4. *Escuela Primaria N8, dependiente de la Dirección de Escuelas, Ministerio de Educación de la Pcia. de Buenos Aires.*
5. *Escuela secundaria N 8, dependiente de la Dirección de Escuelas, Ministerio de Educación de la Pcia. de Buenos Aires.*
6. *Instituto de Formación Docente, dependiente del Ministerio de Educación de Nación.*

Se planificaron doce (12) reuniones (1/mes tanto de carácter presencial como Virtual.) En una primera instancia con la oficina de Promoción de la Salud con el fin de mantener la sostenibilidad del Proyecto en el tiempo. En las mismas se avanzó en la planificación de las actividades escolares dirigidas a la promoción de salud, ampliación del acceso a los servicios de salud, y fortalecimiento de la red.

Al momento de la presentación de este trabajo, se han desarrollado nueve (9) reuniones, con excepción de las correspondientes al mes de enero y febrero, meses en los que el partido de la Costa enfoca su mirada en la Temporada Turística.

De la primera reunión surgió la necesidad de establecer vínculo con la Dirección de Jardines, responsable de supervisar las tareas administrativas, propuestas pedagógicas y

de servicios para el correcto funcionamiento de los Establecimiento de Enseñanza de Primer Infancia.

A través de la Oficina de Promoción de la Salud se estableció contacto con la Dirección de Jardines, la cual articuló con los Directivos del Jardín de Infantes el ingreso al mismo. Actualmente el Jardín N 910 cuenta con un número aproximado de 120 alumnos. Repartidos en sala de 4 años y sala de 5 años

La conformación de la Red fue paulatina y constante. En la actualidad se están incorporando a la misma, la Escuela Secundaria N8 y el Instituto de Formación Docente

B.- Acciones conjuntas de los integrantes de la Red:

1.- Se generó una ficha de salud basada en la homologa del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) . La misma quedó redefinida como una síntesis de la original haciendo hincapié en las necesidades de ambos sectores. Salud Oral y Salud General. (copia en Anexo).

2.- En el Centro Comunitario de Mar de Ajo Norte, a través de sus profesionales odontólogos se planificó y realizó la revisión clínica de los niños del Jardín de infantes N910, lindero al Centro Comunitario. Se planificaron 4 visitas con el fin será conocer el estado de Salud de los infantes a través del índice CEO, y comparar mediante el Registro del mismo al año siguiente.

INDICADORES DE LOGRO DEL OBJETIVO 1:

- Porcentaje de reuniones desarrolladas /reuniones planificadas: **75%**
- Porcentaje de participación de los diferentes actores en relación con la convocatoria: **67%**
- Porcentaje de participación de los diferentes actores en relación con la convocatoria: **100%**
- Grado de aceptación de los actores intersectoriales: **100%** de los convocados a las reuniones
- Cantidad y tipo de operativos o actividades conjuntas de promoción y/o educación para la salud. **5**
- Acciones conjuntas realizadas/planificadas **100%**

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: *Impulsar y desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención en niños y adolescentes.*

A.- Elaboración de material educativo de difusión.

Se diseñó y generó folletería para distribuir en las instituciones escolares en las Fechas Patrias (en Anexo)

Se seleccionaron las siguientes fechas:

- 2 de Abril - Día del Veterano y de los Caídos en la Guerra de Malvinas
- 25 de Mayo - Día de la Revolución de Mayo
- 20 de Junio - Paso a la Inmortalidad del Gral. Manuel Belgrano ✓
- 9 de Julio - Día de la Independencia ✓
- 17 de Agosto - Paso a la Inmortalidad del Gral. José de San Martín
- 12 de Octubre - Día del Respeto a la Diversidad Cultural
- 2º de Noviembre - Día de la Soberanía Nacional

B.- Realización de Jornadas Escolares Recreativas.

Dicha actividad se llevó a cabo en el Jardín N 910, siendo la población blanco unos 120 niños y sus familias en cada oportunidad.

Durante el año 2022 se ejecutó para el 20 de junio Día de la Bandera y el 9 de Julio día de la Independencia Argentina.

Actualmente están en proceso organizativo los talleres de alimentación saludable y de técnicas de cepillado, así como las jornadas en las escuelas.

Para el mes de agosto se encuentra planificada una Jornada a realizarse el día del niño. En la misma se repartirá folletería, se realizarán actividades didácticas y se entregarán cepillos.

INDICADORES DE LOGRO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2

- Acciones preventivas realizadas/planificadas: **60%**
- Cantidad de material de difusión elaborado. **300**

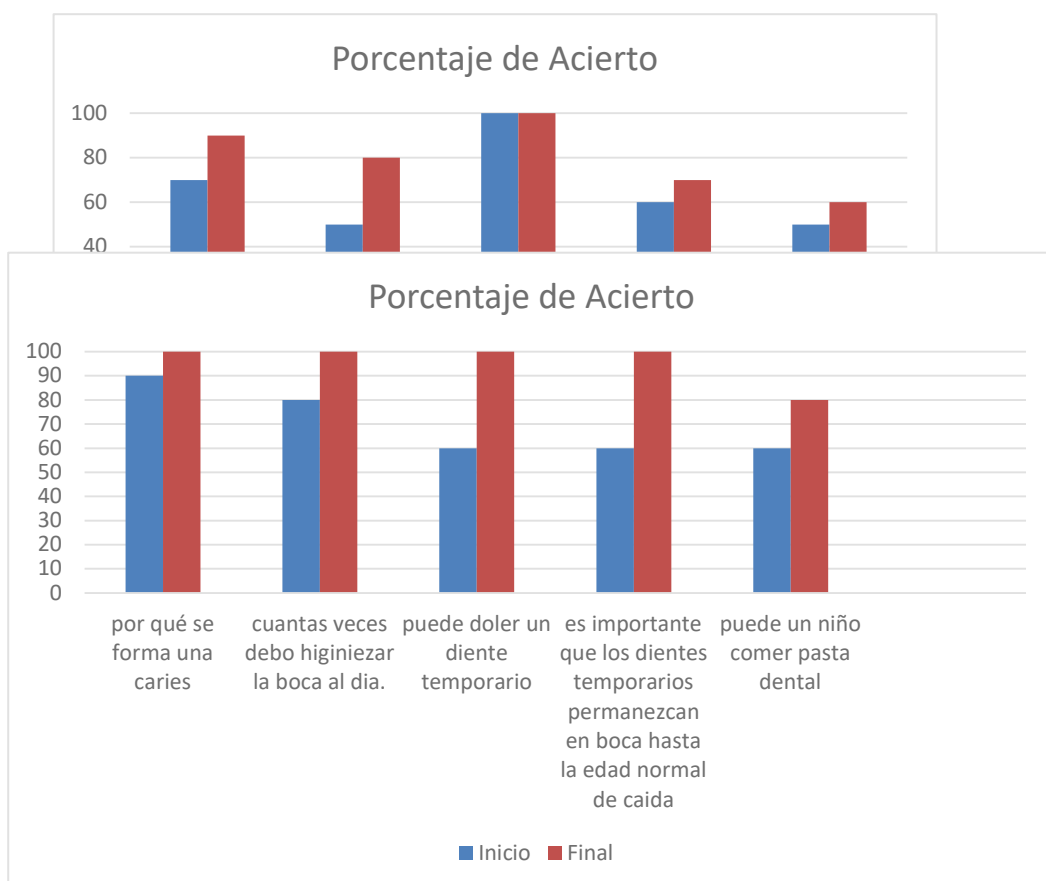
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: *Concientizar a padres y madres sobre la importancia de incorporar hábitos saludables en el ámbito familiar*

En coordinación con la Oficina de Promoción de La Salud y el Centro Comunitario, se programó una serie de talleres bimestrales (marzo a septiembre) destinados a las pacientes de la Especialidad de Obstetricia mientras permanecían en la Sala de Espera. La sala de espera contaba aproximadamente con unos 10 -15 pacientes en cada oportunidad, algunos de ellos acompañados por sus hijos.

Cada taller constaba de una encuesta (inicial/final) diseñada específicamente para evaluar los conocimientos adquiridos durante el taller, y de contenidos impartidos acerca de la salud bucal, su promoción y prevención de patologías.

La encuesta era de carácter estructurado, con preguntas cerradas (en anexo) que se implementaba al inicio y al finalizar el taller.

Los siguientes cuadros muestran el aprendizaje de los asistentes sobre lo trabajado en los talleres, expresado en las diferencias de los porcentajes de aciertos entre las respuestas previas y posteriores a la finalización de los mismos.



INDICADORES DE LOGRO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 3:

- Porcentaje de talleres desarrollados /talleres planificados: **100%**
- Acciones de educación para la salud realizadas/planificadas. **60%**
- Grado de aceptación de los asistentes en sala de espera **100%**
- Grado de incremento en la adquisición de conocimientos de los asistentes sobre medidas preventivas inicial-final **20%**
- Cantidad de material de difusión elaborado **300**

CONCLUSIONES

Promover la aplicación de políticas sanitarias se puede entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad detectan la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema.

El Partido de La Costa, la Comuna de Mar de Ajó Norte, no escapan a la realidad Nacional en la característica de poseer un sistema de salud fragmentado, es decir estar constituido por distintos sub sectores que no colaboran ni se relacionan estrechamente entre sí. Lo anterior se traduce en que personas y comunidades acceden a distintos tipos de servicio, lo que contribuye a la pérdida de eficiencia, calidad y equidad global del sistema de salud de la Argentina.

Moser afirma que ciertos individuos o familias pobres son más vulnerables que otros en función de la disponibilidad y de la efectiva utilización que éstos hacen de los distintos actores sociales. (11)

Frente a lo anteriormente enunciado, el presente trabajo pone énfasis en la puesta en marcha de una maquinaria de trabajo continuo y constante, de carácter progresivo, en el cual los resultados obtenidos nos motivan a formular nuevas alternativas entendiendo esto como base fundamental para el proceso de retroalimentación de políticas sanitarias.

“Son relativamente pocas las ocasiones de confrontar directamente, en el curso de la vida, procesos fundamentales de transformación social. Es nuestro privilegio, como generación, la de vivir este proceso hoy día, y hacerlo con las ventajas y desventajas que ofrece el desarrollo contemporáneo. Es también nuestra responsabilidad el saber interpretar esta transformación y derivar datos adecuados a entenderla para ayudar a construir el futuro”. (Fals Borda) (15)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) INDEC. Estadísticas. [Online].; 2010 [cited 2020 Agosto 4. Available from: <https://www.indec.gob.ar/>
- (2) Municipio de la Costa. Estadísticas. , Odontología, Planillas 11.2A; 2018-2019.
- (3) ROSE R. Understanding Big Government The Programme Approach London: Sage; 1984.
- (4) Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios, Módulo 5 : Políticas De Salud / Ginés González García ; Con Colaboración De Mariela Rossen ; Edición Literaria A Cargo De Mariela Rossen. - 1a Ed. 2a Reimp. - Buenos Aires, Ministerio De Salud De La Nación, 2010.
- (5) Gonzalez Garcia. G. Tobar. F. En Salud para los argentinos. Ediciones ISALUD. ed.; 2004.
- (6) M. MBV. Artículo de Revision. Salud pública Méx supl.2 Cuernavaca. 2011 ene.; vol.53.
- (7) GAPMS. Contenidos Transversales Factores Determinantes de La Salud. Buenos Aires.; Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología; 2007.
- (8) Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2008 [cited 2020 Agosto 8. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- (9) Moreno Crossley. El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas. Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Miami; 2008.
- (10) PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 1998.
- (11) Caroline Moser. Reassessing Urban Poverty Reduction Strategies: The Asset Vulnerability Framework”; 1998.
- (12) Equipo De La Red Pública De Salud Amba. Manual Para Equipos De Salud Y Actores De Salud De La Comunidad; 2018.
- (13) Transformando los servicios de salud hacia redes integradas Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina Representación OPS/OMS Argentina, 71; 2017.
- (14) Determinantes Sociales de La Salud en la Región de Las Américas. Organización

Panamericana de La Salud. OPS; 2010.

(15) Orlando Fals Borda. El Problema De Cómo Investigar La Realidad Para Transformarla; 2010.

ANEXO

Ficha de Salud generada en consenso con Oficina de Promoción de la Salud



PROMOCIÓN DE LA SALUD

DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Nombre y apellido del niño/a o adolescente:

Domicilio: Calle N° Localidad: Casa N° Pieza

Provincia: Departamento: Localidad:

Tipo de documento: N° de documento: Sexo: F M

Fecha de nacimiento: / / Edad (en años):

Cobertura de salud

Obra Social (incluye PAMI)

Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)

Plan privado o Prepaga No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal

Nivel educativo del niño/a o adolescente

Inicial Sala:

Primario Grado:

Secundario Año:

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

¿Nació prematuro? Sí No No sabe Peso de nacimiento (kg.): Sí No No sabe

¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia?

¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?

¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición?

¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma?

¿Le han diagnosticado diabetes?

¿Presenta o ha presentado presión arterial alta?

¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón?

¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación?

¿Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición?

¿Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído?

¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación?

Causa

¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.?

¿Cuál?

¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa?

¿Qué le preocupa?

¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carnet de vacunas?

Hace menos de 1 año Hace más de 1 año No recuerda

¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente?

¿Cuál?

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

¿Tienen o han tenido algún problema de salud importante? Sí No No sabe ¿Cuál/es?

¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? Sí No No sabe

¿Algún familiar Le han diagnosticado diabetes? Sí No No sabe ¿Quién?

¿Algún familiar fuma? Sí No No sabe ¿Quién?

¿Algún familiar Presenta o ha presentado presión arterial alta? Sí No No sabe ¿Quién?

¿Cuántas personas viven en la casa?

¿ Dónde se Atiende ?

Estatal Privado

PARA SER COMPLETADO POR EL/LA ODONTÓLOGO/A Marque c/ AZUL > tratamientos a realizar y c/ ROJO > tratamientos realizados

Nombre y apellido del profesional:

Fecha del examen: / / Firma y sello:

Salud bucal Con hallazgos Lesiones sospechosas de tejidos blandos

Sin hallazgos Maloclusión

No se evaluó Fluorosis

Topicación con Fluor: Sí No Otros:

Enseñanza de técnica de cepillado: Sí No

Alta básica odontológica: Sí No

Componentes del índice:

CPO/ceo

C c

P e

O o

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERECHA								IZQUIERDA							
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
75	74	73	72	71	81	82	83	84	85						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Salud Oral



HORIZONTALES

3. Edad en la que comienza el recambio dentario
 6. Complemento fundamental para tener la boca sana y limpia

VERTICALES

1. si me voy a dormir con la mamadera y mis papas no me limpian los dientes me va a producir :
 2. Debo realizarla , máximo cada un año.
 4. Debo utilizarlo después de cada comida
 5. Alimento que no hace bien.

Respuestas para ver en el espejo. 1 Caries 2 63 Consultas 3 21e2 4 01195 5 612102 6 12792 9 01129

EL CUENTO DEL SAPO DENTUDO

Hace mucho tiempo, un joven mago creó, por casualidad, un hechizo capaz de dar una sonrisa perfecta a aquel que lo recibiera. Para probarlo, decidió utilizarlo en una de sus mascotas, un sapo.

Encantado con sus nuevos dientes, el sapo dejó de comer insectos y empezó a comer golosinas. Su amigo el mago le advirtió de que, si sólo comía alimentos con mucho azúcar y no se lavaba los dientes adecuadamente, terminaría perdiéndolos.

Pero el sapo no le hacía caso.

Al cabo de unos días, empezaron a aparecer caries en algunos de sus dientes y se extendieron por toda la boca. Intentó cuidarlos, pero ya era demasiado tarde... ¡y se le cayeron todos!

Con la pérdida de sus dientes, también perdió el don de hablar. No pudo decirle al mago que, si le volviera a dar el don de tener dientes, los cuidaría cada día y no comería tantas golosinas, ¡no le gustaba nada volver a comer insectos!

5 PASOS PARA UN BUEN CUIDADO DENTAL

1 Cepilla tus Dientes 3 Veces por Dia



2 Limita tus Bocadillos y Bebidas Azucaradas



3 Visita tu Dentista



4 Usa Hilo Dental



5 Cambia tu Cepillo de Dientes Cada 3 Meses

ENCUESTA PRE/POST DURANTE LOS TALLERES

Marque con una X la respuesta correcta.

• ¿A qué edad salen los primeros dientes?

- a) 6 meses
- b) 12 meses
- c) 18 meses
- d) 24 meses

• ¿Cuántos dientes tiene un niño de 4 años?

- a) 14
- b) 16
- c) 20
- d) 22

• ¿Puede un niño comer golosinas?

- a) No, porque no le brinda ningún beneficio nutricional.
- b) Si, pero en momentos puntuales y luego debe higienizar su dentadura.
- c) Ambas son correctas

• ¿A qué edad sale la primera muela definitiva?

- a) 6 años
- b) 12 años
- c) 14 años
- d) 18 años

• ¿Por qué se forma una caries?

- a) Por no cepillarse.
- b) Por comer cosas dulces.
- c) Por comer cosas dulces y no cepillarse.

• ¿Cuántas veces debe higienizar la boca al día?

- a) Dos veces. Una a la mañana y otra a la noche.
- b) Tres veces. A la mañana, a la tarde y a la noche.
- c) Todas las veces que sea necesario.

• ¿Puede doler un diente de leche/temporario?

- a) Si
- b) No

• ¿Es importante que los dientes de leche permanezcan en la boca hasta la edad normal en que deben caerse?

- a) No. No es tan importante ya que luego salen dientes nuevos.
- b) Si. Es muy importante ya que le guarda el espacio al que va a salir en el futuro.

• ¿Puede un niño comer pasta dental?

- a) Si, porque no le hace nada.
- b) No, porque tiene elementos que en exceso pueden dañar.

• Dibuje un diente.

REPERCUSIÓN EN LOS MEDIOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

SALUD

La Municipalidad de La Costa brindará un taller sobre prevención en salud bucal para madres, padres e hijos



Por REDACCIÓN



Mañana se llevará a cabo un taller de prevención y promoción de la salud bucal en el Centro de Atención Primaria de la Salud de Mar de Ajó norte, ubicado en Santiago del Estero y Sarmiento.

El encuentro tendrá lugar a las 13.30 y estará destinado a padres y madres para poder transmitir herramientas sobre la salud bucal de sus hijos e hijas.

El objetivo del encuentro es brindar los conocimientos básicos de la boca de los niños y niñas, la cantidad de piezas dentarias que van a tener, a que edad van a comenzar a salir esas piezas dentarias y como hay que cuidarlas para prevenir las enfermedades.

“Estamos llevando a cabo en las distintas localidades del partido de La Costa, encuentros con los vecinos y vecinas para brindar herramientas prácticas y teóricas sobre el cuidado de la salud bucal en la niñez y como prevenir las enfermedades que puedan enfrentar. Es importante trabajar fuertemente con las familias para poder fortalecer los hábitos saludables, la importancia del cepillado y todas las herramientas preventivas”, afirmó el médico odontólogo del Sistema de Salud Municipal, Dr. Maximiliano Herrera, que estará a cargo del taller.

“Consideramos que las enfermedades odontológicas pueden evitarse y es fundamental contar con información para alcanzar este objetivo. Estos talleres de prevención y cuidado de la salud bucal apuntan al proceso de prevención y constitución de hábitos saludables desde la niñez: hábitos adecuados de alimentación, correcta higiene dental diaria y una sistematizada consulta preventiva al odontólogo”, agregó el especialista.



