



**Proyecto de Salud e Inclusión Social**  
**VOLVER A SONREIR**  
**Inclusión, Economía Solidaria y Salud Bucal**

**IX Congreso Internacional Rulescoop**  
*Respuesta de la Universidad a las necesidades de la economía social ante los  
desafíos del mercado*

**Estela Mabel Cenci**  
Odontóloga  
Especialista en Odontología Preventiva y Social  
Especialista en Salud Social y Comunitaria  
[estela\\_cenci@hotmail.com](mailto:estela_cenci@hotmail.com)

## RESUMEN

El proyecto Volver a Sonreír permitió que un grupo de mujeres laboralmente activas, en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad social, se organizaran para la obtención de sus prótesis dentales a partir de un sistema de aporte solidario a un fondo común.

A partir de la “recuperación de la sonrisa” se logró un mejoramiento de su autoestima y desempeño social, provocando cambios profundos en lo individual y en lo colectivo, desnaturalizando así su desdentamiento.

El proyecto estuvo basado en tres pilares fundantes: salud bucal, autogestión e inclusión social a partir de un sistema de aporte solidario, uniendo los ejes de gestión social, economía solidaria y salud bucal.

La desigualdad de género y la discriminación, perjudican directamente a la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital y el descuido de sus necesidades en el ámbito de la salud, impide que muchas participen plenamente en la sociedad.

Partimos de considerar a la salud, como un derecho humano fundamental y a las mujeres como verdaderas impulsoras para los cambios estratégicos que se persiguen en esta propuesta, ya que son las principales organizadoras del entramado familiar y social.

La metodología de trabajo estuvo basada en un proceso educativo que contribuyó a desplegar potencialidades individuales y grupales para el mejoramiento social y económico de la zona.

El proyecto Volver a Sonreír ha sido expuesto en diversos congresos nacionales e internacionales permitiendo un espacio para el debate sobre las distintas perspectivas teóricas y metodológicas, siendo un espacio de encuentro y motivador que han nutrido esta relevante e inédita temática que hoy se expone.

Este proyecto ha permitido la reflexión sobre las acciones de la economía social y solidaria, la salud, las organizaciones sociales y el rol de la Universidad que muchas veces es impulsora de propuestas desde sus políticas de acción, pero también muchas veces está ausente, en estos procesos emancipadores y decolonizantes.

**PALABRAS CLAVES:**Inclusión Social, Mujeres en vulnerabilidad, Economía Solidaria, Desdentamiento. Salud Bucal, Determinantes sociales.

## **INDICE**

1. INTRODUCCIÓN
2. CONFORMACIÓN SOCIAL-ORGANIZACIONES SOCIALES
3. GESTIÓN Y DESARROLLO SOCIAL
4. LA ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA (ESS)
5. SALUD y SUS DETERMINANTES
6. UN PROYECTO DE INCLUSIÓN INÉDITO : VOLVER A SONREIR
7. ALGUNAS REFLEXIONES Y CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFIA

## **1. INTRODUCCIÓN**

Por décadas, nuestro país se vio inmerso en un profundo cambio social, político, cultural y económico, producto de cíclicas crisis económicas, institucionales, políticas y organizacionales a nivel global. Los modelos de Estado neoliberales que se aplicaron en casi toda América Latina llevaron a la consolidación de las desigualdades sociales, la reducción de las políticas sociales universales y el retroceso de los derechos sociales conquistados históricamente por los trabajadores. Como consecuencia de ello, en estas últimas dos décadas también comenzaron a tener mayor presencia las Organizaciones Sociales las que han ido ganando espacios de expresión y de acción

En el presente trabajo se desarrolla la experiencia y el impacto que provocó en un grupo de mujeres de máxima vulnerabilidad social, la “recuperación de la sonrisa” a partir de la confección y colocación de sus prótesis dentales. La Asociación Vida Infantil fue un espacio fundante desde la gestión social para la obtención de resultados factibles y sustentables. Se presentarán, en una primera instancia, los conceptos desencadenantes, luego el desarrollo del proyecto y conclusiones.

## **2. CONFORMACIÓN SOCIAL-ORGANIZACIONES SOCIALES**

Durante las últimas décadas del siglo pasado las distintas versiones del Estado que regulaban la economía para compensar las desventajas sociales de ciertos grupos, entraron en crisis (GONZALEZ VAZQUEZ T., MARQUEZ SERRANO M., TREVIÑO SILLER S., GOMEZ JAUREGUI J., & PELCASTRE VILLAFUERTE B., 2010) o por pérdida de eficacia de las tradicionales fórmulas de gestión económica y social de orden corporativo y clientelar, o por cuestionamiento público de los políticos por motivos de corrupción (CANSINO & ORTIZ,S., 1997)

Los intelectuales y referentes sociales, coincidían en que era necesario transformar la institucionalidad pública, proponiendo algunos renovarla, y sugiriendo otros, limitarla.

En el modelo de pensamiento político hegemónico se reflejó la dicotomía permanente entre lo público y lo privado, identificándose en campos: el puramente estatal y el marcado por la Sociedad Civil, entendido éste como el espacio que incluye dos grandes y crecientes sectores: el comercial o lucrativo y el social o no lucrativo. El primero, constituido y financiado por las empresas privadas y el segundo, compuesto por una gran cantidad y diversidad de organizaciones (asociaciones civiles, fundaciones, etc.) que no forman parte, ni del sistema jurídico-político del Estado, ni del sistema económico-financiero del Mercado.

Ambos sectores, han experimentado en las últimas décadas, un enorme crecimiento en América Latina y el Caribe, y se han transformado en el foco de atención de Estados, partidos políticos y Organizaciones de Cooperación Internacional, que consideran que en su fortalecimiento y extensión puede estar la semilla de un nuevo modelo de desarrollo económico-social (BOMBAROLO, 1995). Esto se evidencia, en la discusión en torno a las políticas económicas, a través de las cuales se ha promovido un cierto “romance” con el Sector Social, revalorizado como uno de los principales actores en el escenario del crecimiento nacional y regional.

El debate en torno al Sector Social es eminentemente político y sostenemos y vemos en él, el surgimiento de un nuevo poder, que dará origen a un nuevo proyecto político superador del neoliberalismo, trascendiendo a la crisis de los socialismos contemporáneos (DELA MAZA, 2013).

### **3. GESTIÓN Y DESARROLLO SOCIAL**

A nivel mundial, se están produciendo cambios sociales muy profundos, la complejidad de los problemas es tan abrumadora para abordar las problemáticas, que requiere de la mirada y la participación plural de todos los sectores de la sociedad en busca de soluciones y que pueden realizarse más eficaz y equitativamente a partir del reforzamiento de la gestión local y de sus instituciones políticas, fortaleciendo la idea de democracia local. (MONEDERO, JEREZ, RAMOS, & FERNÁNDEZ, 2013).

En la necesidad de superar viejos paradigmas es necesario, estimular al remplazo de prácticas de competencia por las de cooperación, resignificar los procesos de toma de decisiones, en donde la pluralidad de todos los sectores, converjan en el resultado por consenso, mejorando la comunicación, información e intercambio de saberes y habilidades en un aprendizaje colectivo.

El Sector Social fue fundante para el proyecto. La Asociación Vida Infantil como referente local, permitió la construcción de espacios para la interacción, basándose principalmente en el aprendizaje continuo, colectivo y abierto al diseño del proyecto, que atendió y entendió la problemática femenina y nos comprometió al abordaje de la complejidad, con un enfoque multidimensional. Nos comprometimos a la práctica desde un cambio estático “de rol”, a un trabajo dinámico y estratégico “de posición” que admitió la significación de instituir, fundar, crear, transformar y que junto con la perspectiva de los demás actores, todos sumaron para co-operar desde un abordaje más integral (NUÑEZ, 2003).

Sumamos también, el desarrollo social, considerándolo como sostiene James Midgley (MIDGLEY, 2014) “*un proceso de promoción del bienestar de las personas en conjunción con un proceso dinámico de desarrollo económico*”. Un proceso que, en el transcurso del tiempo, conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, seguridad social, empleo, salarios, principalmente, implicando la reducción de la pobreza, teniendo como meta el bienestar social.

### **4. LA ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA (ESS)**

La literatura sobre economía solidaria en América Latina y el Caribe aún sigue siendo escasa, mientras que las experiencias prácticas y diversas, son cada vez más dinámicas y crecientes. En relación a los enfoques de economía solidaria presentes en la región, existen algunos autores que vienen trabajando vinculados al movimiento social, destacando Luis Razzeto, así también sumando sus aportes José Luis Coraggio, Paul Singer, Humberto Ortiz, Susana Hintze, Marcos Arruda, entre otros, quienes aportan desde sus reflexiones particulares a la formulación teórica.

El proceso de construcción de otra Economía Social y Solidaria (ESS) requiere del aporte decidido del Estado. Posicionar en el debate “otra economía” incluye pugnar por la democratización del Estado que implica que el interés de las mayorías gane, en representación y en autorepresentación, en participación en el diseño y gestión de las políticas públicas, y en que sean éstas, políticas de estado (CORAGGIO J. , 2011).

En la mayoría de los países las políticas de intervención en promoción de la ESS han estado sobre todo, orientadas a dar sostenibilidad a sus organizaciones (financiamiento, asistencia técnica y capacitación para la producción, la gestión y la comercialización) Falta aún la consideración de tales políticas específicas, en relación

con las generales de educación, vivienda, salud, de cuidado, especialmente importante teniendo en cuenta la feminización del trabajo en la ESS. (HINTZE,S.2014).

El sentimiento que motivó esta propuesta fue la solidaridad y tratar de resolver una necesidad sentida de mujeres en edad laboral activa, de máxima vulnerabilidad<sup>1</sup> social y jefas de hogar, las cuales pretendían a partir de capacitaciones recibidas en trabajos manuales ( cotillón , bordados, tejidos, costuras, etc ) las ventas de sus producciones. Este “proceso de posibilidad económica” se veía interrumpido, al momento de la presentación social de ellas con su producto, ya que se sentían imposibilitadas para las ventas, al no tener completa su dentadura.

Trabajamos desde la concepción de la economía de la solidaridad, desde una forma de producir, distribuir y consumir, en que las relaciones solidarias y la cooperación mutua constituyeron la base de la organización del Proyecto Volver a Sonreír, trabajamos con un grupo de mujeres que quedan fuera del sistema, tanto económico como del sistema de salud , que aunque este último, sea público y gratuito no da respuestas efectivas, desdentando a la población, naturalizando sus efectos, reflejando “el rostro de la pobreza” (DÁVILA, 2005).

La sumatoria de determinantes sociales como son el género, la cultura, la educación, el ámbito geográfico, la inserción ocupacional, la cobertura de salud, el nivel de ingreso, están vinculados íntimamente, al desdentamiento de nuestra población femenina.

Entendemos que el ingreso de la Economía Solidaria en este complejo juego de salud y enfermedad, pudo contribuir a encontrar posibles soluciones colectivas y complejas entendiéndola como “un medio para”...y no “como un fin” en sí mismo, fue necesario reconocer la disponibilidad del recurso, y hacer una ecuánime distribución y utilización del mismo, en relación a las necesidades planteadas.

Nuestro objetivo fue asociar un grupo de mujeres que trataron de imprimir a partir de un esfuerzo colectivo, soluciones que permitieron la mejora de su situación particular y así ganar seguridad. En este espacio, cada una, tuvo una gran dosis de reciprocidad y de solidaridad.

Se trató de otra forma de economía, distinta, de otro criterio para producir y distribuir beneficios. *La ESS no es meramente una economía de pobres, ni una economía popular gestada en situaciones por la falta de dinamismo económico, ni una forma de respuesta coyuntural a las crisis agudas. Pensarla así es reducirla, quitarle contenido político y valorativo* (CARACCILO M & FOTI M., 2010).

La ESS se sustenta en un entramado de elementos dados por las capacidades y disposiciones de sus integrantes, por su capacidad de cooperación y coordinación entre las distintas unidades microeconómicas, por el contexto social, económico, cultural y político en el que se desarrollan y por la implementación de políticas públicas apropiadas. (CORAGGIO J. L., 2002).

---

<sup>1</sup> J. C. Domínguez Lostaló (1996) Vulnerabilidad: “es el grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades psico-sociales básicas: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación; como así también, comida, agua potable, trabajo y salud.

## 5. SALUD

Las concepciones sobre salud han variado a través de los tiempos, influidas por los contextos socio-políticos y científicos de cada época. .

Las respuestas que se han dado para modificar o solucionar los problemas de la salud- enfermedad no han sido siempre las mismas, ya que existen elementos culturales que influyen en la percepción de los mismos y en el comportamiento frente a ellos.

Los contextos socioculturales interactúan en forma permanente con lo genético, lo biológico y lo psíquico en el proceso de presentación, representación y modificación de los procesos vitales del individuo, como influyen también ,las relaciones de micro y macro poder, provocando efectos en el cuerpo físico, en el entorno material, social y simbólico de las personas y de los grupos sociales.

La salud por lo tanto y los efectos de vivir de la manera y en la condición en que se vive dependerá de procesos y de momentos históricos que se caracterizan por distintas formas de expresión, en el campo político, a partir de las decisiones de las políticas públicas, en el campo económico, a partir de la concentración o no de capitales y del " útero social" o configuración cultural, de cada grupo social .

La visión de salud hegemónica desde la segunda mitad del siglo XX, ha sido individualista y relacionada con la enfermedad, logrando la transformación en mercancía del conocimiento y de la práctica de la salud, en donde los pacientes se volvieron clientes y la enfermedad una oportunidad para transformarla en objeto vendible. (NAIDOO J.,WILLS J.,2000 & citado por CHAPELA MENDOZA, 2013)

Hacen sus aportes en cuanto a la concepción de la salud, diversos núcleos de la medicina social de América Latina, que eslabonan la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. No la transformación de "riesgos" aislados o "factores determinantes", sino generando un nuevo campo de ideas y de acción, que contribuyen e intentan sumar para la salud y sus determinaciones sociales. Se parte de la transformación del pensamiento, de la palabra y de una nueva práctica, permitiendo la búsqueda y la necesidad de impulsar el trabajo intercultural, intersectorial, interdisciplinario para que en conjunto, se trabajen las diversas situaciones problemáticas dentro del contexto social. *"La construcción del buen vivir y de la salud plena, no puede conseguirse sin un cambio basado en la conquista de una sociedad soberana, sustentable, solidaria y biosegura, Al comprender la salud de manera total, con sus múltiples dimensiones, permite ampliar el espectro del derecho e incorporar lo que los especialistas llaman una mayor justicia y exigibilidad de la salud."* (BREILH J. , 2011)

En el libro *"Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social"*, ( compiladora MARTINEZ SALGADO, 2008) María del Consuelo Chapela Mendoza<sup>2</sup> en su capítulo *"Una definición de salud para promover salud"* , parte de un concepto de

---

<sup>2</sup> María del Consuelo Chapela Mendoza: Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Maestra en Medicina Comunitaria por la Universidad de Edimburgo. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Londres. Profesora titular en la Universidad Autónoma Metropolitana, México para alumnos de la Maestría en Población y Salud, Maestría en Medicina Social, Doctorado en Salud Colectiva y coordinadora del Diplomado en Promoción de la Salud.

salud, crítico-emancipador, entendiendo a la salud como "*la capacidad humana<sup>3</sup> corporeizada, de diseñar, decidir y lograr futuros viables*", se entiende este concepto desde la necesidad de que el individuo o el grupo, cuente con información, entendimiento y comprensión sobre quién es, cuál es su problema, cuál el contexto, cuáles son sus recursos y a partir de ahí, poder imaginarse a sí mismo, en futuros posibles.

Esta concepción de la salud nos permite identificar y entender la realidad, el deseo y la posibilidades humanas; nos permite buscar formas para devolver y desarrollar las capacidades saludables; nos invita a abrir acceso a los recursos y a cambiar las "inscripciones"<sup>4</sup> del poder en los cuerpos-territorios<sup>5</sup> individuales y colectivos.

## **6. UN PROYECTO DE INCLUSIÓN INÉDITO: VOLVER A SONREIR**

El Proyecto Volver a Sonreír se ejecutó en el Barrio 26 de Enero, en el Centro de Desarrollo Integral de la Asociación Vida Infantil, ubicado en el Distrito de El Resguardo, Las Heras, Mendoza, desde Agosto de 2010 hasta Abril de 2011.

Este proyecto logro que un grupo de 15 mujeres laboralmente activas y de extrema pobreza se organizaran en grupos, para la confección de sus prótesis dentales, logrando a partir de la "recuperación de la sonrisa" un mejoramiento de su autoestima y mejoramiento en el tejido social, provocando cambios profundos individuales y colectivos, desnaturalizando el desdentamiento, visualizándolo como una *inscripción en sus cuerpos-territorios*.

La desigualdad de género y la discriminación perjudican directamente a la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital; y el descuido de sus necesidades de salud impide que muchas, participen plenamente en la sociedad

Consideramos la salud como un derecho humano inobjetable y tomamos a la mujer como impulsora para lograr los cambios estratégicos necesarios, por considerarla organizadora del tejido familiar y social barrial.

El proyecto estuvo basado en tres pilares: salud bucal, autogestión e inclusión social a partir de un sistema de aporte solidario a un fondo común, uniendo los ejes de gestión social, economía solidaria y salud bucal. El fondo se conformaba con el aporte consensuado de sus integrantes, creando responsabilidad y cooperación grupal,

---

<sup>3</sup>Chapela–Cerde (2011)Del libro: *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. La conformación celular y tisular de la masa encefálica dota al ser humano de Capacidades Humanas (*Primarias*: Sapiens, Erótica, Lúdica *Secundarias*: Económica, Política y la Praxis )- UAM

<sup>4</sup>Chapela–Cerde (2011)Del libro: *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Diccionario de la Lengua Española. Inscribir significa escribir, grabar, imprimir, dejar huella. al hablar de 'inscripción' en este trabajo se refiere a las marcas, a las huellas que suceden en el cuerpo y subjetividad del ser humano en sus espacios materiales y simbólicos como producto de acciones humanas en donde esas acciones son prácticas en el mundo que reflejan la acción del poder sobre los individuos y los grupos sociales. - UAM

<sup>5</sup>Chapela–Cerde (2011)Del libro: *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos* Cuerpo- territorio El cuerpo, visto como territorio, puede o no ser soberano y se encuentra continuamente en la mira de la codicia hegemónica. Se puede considerar, que la pobreza y la marginalidad son una condición de acceso restringido a la riqueza material y simbólica y que la enfermedad más frecuente es la pobreza escrita en los cuerpos-territorio individuales y colectivos. -UAM.



siendo garantes solidarias unas de otras, reuniendo el valor de una prótesis mensual por grupo.

La idea fue aportar y sumar a las estrategias de la Asociación Vida Infantil, acciones que tuvieran que ver con prevención de afecciones de las mujeres que allí asistían, pero también y fundamentalmente, con la promoción de su salud bucal, ejerciendo prácticas reflexivas liberadoras, en busca del cuidado de sí y el de su familia, evitando replicar modelos impuestos e ineficaces, y proponer el ejercicio de ciudadanía desde la emancipación que supone, la recuperación de la sonrisa,.

En este sentido, indefectiblemente debimos recorrer los caminos de la participación social y de la construcción de capacidad comunitaria en salud bucal. Para lograr influir en estas pautas culturales, se incentivó el dictado de diversos talleres fuera del ámbito del centro de salud, con profesionales formados con una base social que entendiera y llegara a la comunidad, logrando que los médicos locales, participaran con "otra mirada" y desde "otra escucha" sobre las aflicciones de la población femenina.

El trabajo intersectorial en red, logró transversalizar los efectos en distintas instituciones: el Estado como parte, el Centro de Atención Primaria de Salud N°20 de El Resguardo del departamento de Las Heras, el Circulo Odontológico de Mendoza, que donó los materiales necesarios para la ejecución de las prótesis dentales, la Organización Civil (Fundación Danone) que a partir de políticas de Responsabilidad Social Empresaria (RSE), intervino apoyando el proyecto, y la Organización Social: Asociación Vida Infantil, afianzando la gestión social barrial, logrando un amplio impacto con la problemática, y desencadenando soluciones participativas comunales.

Volver a Sonreír fue abordado desde el concepto de desarrollo social, que condujo al mejoramiento de las condiciones de vida de la población femenina participante y a su grupo familiar, no fue una acción "sobre" la comunidad, sino una acción "de" la comunidad, informada y transformada.

Desde esta concepción logramos en el proyecto, *identificar* vínculos entre la materialidad y la subjetividad inherentes al cuerpo individual y del colectivo de las mujeres con el que trabajamos; *visualizar* los mecanismos con los que cuentan las agencias hegemónicas para subordinar la salud con sus procesos de invasión del cuerpo-territorio y así *comprender* la realidad de un sistema que las retiene, además nos permitió *explorar* otras formas, métodos, y estrategias para devolver y desarrollar capacidades humanas saludables y así abrir el acceso a los recursos para cambiar las inscripciones del poder, en sus sonrisas.

La pérdida de los elementos dentarios es una clara marca de la invasión a los cuerpos-territorio, del poder mercantil, del poder médico-odontológico, del poder institucional, del poder de los medios de comunicación, de género, tecnológicos. Además repercute sobre las capacidades humanas y el proyecto de vida individual de cada persona -¿Quién soy sin dientes? ¿Quién me va a querer? ¿Cómo voy a besar? ¿Cómo voy socializarme con los demás? ¿Y mi sonrisa? ¿Y mi palabra?

Permitir la entrada de la economía solidaria en este complejo juego de salud y enfermedad, contribuyó a encontrar soluciones desde otra lógica de pensamiento. La economía solidaria se sumó como otro sector que llega con su estrategia y que hace su aporte para mejorar la calidad de vida de los que menos tienen. Se pretendió lograr "inclusión", en un orden social que es injusto, y para ello se re-pensaron y aplicaron otros abordajes, para dar respuestas efectivas, desarrollando una posición crítica frente a visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales, que

desarticulan el proceso salud y enfermedad de los procesos sociales, naturalizando e individualizando sus impactos. (LOPEZ ORELLANO O., ESCUDERO J.C., & CARMONA L., 2008).

Se trató de una metodología de trabajo basada fundamentalmente en un proceso educativo, que desarrolló virtualidades latentes y desarrolló potencialidades individuales y grupales para el mejoramiento social y económico de la zona, que desencadenó un nuevo armado de redes sociales e institucionales, y que puso en evidencia la sustentabilidad del proyecto consiguiendo transformación colectiva y el logro de capital social<sup>6</sup>. A la relación entre aspectos subjetivos (confianza), datos objetivos (redes sociales) y ciertas expectativas derivadas de prácticas de cooperación, se lo reconoce como “capital social” (PUTMAN 1993 citado por IBARRA, 2006)

## **7. ALGUNAS REFLEXIONES Y CONCLUSIONES**

Una categoría central en el análisis de los procesos de salud-enfermedad está constituida por los factores de poder. Tres expresiones de poder interjuegan dinámicamente en la constitución de los procesos sociales y, en consecuencia, del Proceso Salud-Enfermedad y Atención (PSEA): el poder político, el poder científico-técnico y el poder de mercado. Estos factores son los que determinan a partir de sus modificaciones y prioridades cómo la población se somete en este complejo entramado, en el que hasta hace muy poco el sector salud observaba como un espectador, un reparador de estragos provocados por los conflictos sociales (considerados externos a él), tanto en las situaciones cotidianas como en las de emergencia (DE SOUZA MINAYO, 2005).

La dimensión social de los problemas constitutivos de la salud y enfermedad sigue siendo conflictiva y marginal en la formación de recursos humanos para la odontología, donde las pérdidas dentarias, no son otra cosa que consecuencia del modelo asistencial, que sigue cumpliendo con procedimientos, normas, metas, obligaciones e intereses institucionales y de los proveedores de servicios.

La medicina social latinoamericana sostiene que a cada sociedad corresponde un perfil específico de salud, enfermedad y de muerte, (LAURELL, 1981). El mismo, está íntimamente relacionado con el modo de producción económica y la forma en que se enlazan la economía, la política y la cultura. No obstante, en su seno todavía se discuten los sutiles pero complejos mecanismos que permiten estos enlaces. De lo que no cabe duda es que la pobreza tiene un impacto determinante en cómo los seres humanos viven y mueren; que la desigualdad social, es más importante que la herencia biológica en la mayor parte de los problemas de salud. Además, que la fuente de la dominación de unos grupos sociales sobre otros –con la desigualdad económica y social resultante– está determinada por la relación de poder entre los distintos grupos sociales.

La realidad actual demuestra, que muy pocos países están invirtiendo en el fomento de una política pública saludable, en crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales, y reorientar los servicios sanitarios mejorando las capacidades de su personal. No se ha logrado establecer relaciones horizontales entre los sectores, en función de la participación en

---

<sup>6</sup>Pierre Bourdieu 1977 «El capital social es el conjunto de recursos actuales o potenciales relacionados con la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas; o, en otros términos, con la adhesión a un grupo ...»

intervenciones integrales, ni en realzar la valoración del papel protagónico de cada uno en torno a la salud. Ha faltado el compromiso político real para conducir acciones intersectoriales en torno a la salud de manera de superar los individualismos

La construcción de ciudadanía, desde el punto de vista de la participación y la democracia por parte de todos los sujetos sociales, en articulación con un ejercicio solidario, no sólo permite el fortalecimiento de los lazos comunitarios, sino que fundamentalmente, genera derechos, libertades, confianza mutua, solidaridad, autogestión y contención. Pero se requiere de la presencia de una institucionalidad pública y regional fortalecida funcionalmente, que tenga la capacidad de reorientar adecuadamente esos servicios sociales a la población, todo ello en el marco de una pertinente planificación estratégica territorial, concebida transversalmente en las propias políticas públicas del desarrollo local (PALMA, 2006).

La creciente complejización de la vida social –dominada por la tecnología y la informática– y el avasallamiento del mercado sobre la vida de las personas, nos obliga a los trabajadores del campo de la salud a “repensar-nos” en sociedad y en el ámbito de la universidad, en que debemos abrirnos a otras posibilidades, otras miradas, otros abordajes, otras prácticas, y dejar atrás la realidad reducida a un discurso fundamentalmente utilitario, que sólo acepta lo que es lógicamente demostrable, lo que puede ser calculado, medido; y que no pocas veces esta racionalidad busca comprender, sino fundamentalmente dominar. Se impone entonces la responsabilidad de analizar cómo podemos evitar que los espacios de formación de capital humano y de la ciencia, terminen sirviendo al juego de la hegemonía, es decir, denunciando sin revelar, informando sin movilizar y enfocando factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan. (BREILH J. , 2010).

Nos proponemos con estas nuevas experiencias generar un campo de ideas y de acción, que aporten e intenten sumar a la transformación de la salud y sus determinaciones sociales, partiendo de la transformación del pensamiento, de la palabra y de una nueva práctica, permitiéndonos la búsqueda y la necesidad de impulsar el trabajo intercultural, intersectorial, interdisciplinario para que en conjunto, se trabajen las diversas situaciones problemáticas, dentro del contexto social.

Sostener hoy que se puede seguir formando profesionales para desempeñarse en servicios especializados de alta complejidad, es desconocer o no querer mirar las necesidades de la comunidad y la importancia de diversificar los escenarios de aprendizaje a otros espacios de atención socialmente relevantes. La formación profesional, mercantil y hegemónica, impide muchas veces que el profesional odontólogo ubique su práctica dentro del contexto económico-político, y que esto a su vez, le permita imprimir una dimensión distinta o un ‘plus valor’ a su pensamiento y práctica médica, para producirse y reproducirse e intervenir técnicamente sobre los procesos socioculturales que afectan la salud bucal de las personas.

Finalmente, es oportuno mencionar que con estos nuevos abordajes, nos hemos enfrentado a una manera convencional de pensamiento y que resulta imprescindible replantear, por lo que será necesario generar espacios en los distintos programas de formación de profesionales de nuestras universidades y así lograr incorporar “salud y economía” como ejes fundantes de la “heterodoxia<sup>7</sup>,” en las normas o prácticas

---

<sup>7</sup>PierreBourdieu ( 1977) distingue entre tres formas de conocimiento: **ortodoxa** que es conocimiento visible y compartido con lo real en un campo; **doxático** que es conocimiento

tradicionales. Sin lugar a dudas este es el mayor desafío que debieran encarar las instituciones formadoras de profesionales de la salud, que se encuentran en una posición privilegiada para asumir la responsabilidad de promover este debate que recién comienza.

---

invisible, no cuestionado. oculto, velado; y **heterodoxa** que es conocimiento visible pero no compartido como real o verdadero es un conocimiento distinto al que se reconoce como válido en el campo.

## BIBLIOGRAFIA

- BOMBAROLO, F. (1995). "La Revalorización de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC): ¿Hacia un nuevo modelo de desarrollo?". *Revista Pobreza Urbana y Desarrollo. Año 4 N° 10*, pag:3.
- BREILH, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva [online].*, vol.6, n.1, Pag:83-101.
- BREILH, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En S. G. C. HARTMAN, & (compiladores), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud* (págs. 45 -71). México;UAM- Xochimilco: Serie Academicos de CBS.
- CANSINO, C., & ORTIZ,S. (1997). "Nuevos enfoques sobre la sociedad civil.". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales:Metapolítica.*;vol1(2) - México, pag:211-226.
- CARACCILO M, & FOTI M. (2010). *Las mujeres en la economía social y solidaria: experiencias rurales y urbanas en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Anagrama.
- CORAGGIO, J. (2011). Alcances y desafíos de las prácticas de Economía Social y Solidaria. *Versión revisada por el expositor de su Participación en panel "Interrogantes y desafíos del Foro 2000-2010: Diez años de Economía Social* (pág. 9). Buenos Aires: Desgrabación proyecto Trabajo Autogestionado-UNQ.
- CORAGGIO, J. L. (2002). <http://www.redetis.iipe.unesco.org/>. Recuperado el 06 de Junio de 2015, de La economía social como vía para otro desarrollo social". Documento preparado para el lanzamiento del debate sobre "Distintas propuestas de Economía Social" en URBARED, Red de Políticas sociales([www.urbared.ungs.edu.ar](http://www.urbared.ungs.edu.ar)): <http://www.redetis.org.ar/media/document/economiasocialcoraggio.pdf>
- DÁVILA, A. (2005). *El rostro desdentado de nuestros pueblos "La cara de la exclusión, la pobreza y la inequidad en América Latina"*. Buenos Aires : Disponible en <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/rostro.htm>.
- DE SOUZA MINAYO, M. (2005). Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida . *Salud colectiva [online].*, vol.1,, 69-78.
- DELAMAZA, G. (02 de Abril de 2013). *Sociedad Civil y Construcción de Capital Social en América Latina: ¿Hacia dónde va la investigación?* Recuperado el 27 de junio de 2015, de Polis [En línea], 2 | 2002: <http://polis.revues.org/8711>
- GONZALEZ VAZQUEZ T., MARQUEZ SERRANO M., TREVIÑO SILLER S., GOMEZ JAUREGUI J., & PELCASTRE VILLAFUERTE B. (2010). La capacidad de las Organizaciones de la Sociedad Civil para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores: un estudio cualitativo en zonas urbanas empobrecidas de México. *Salud colectiva [online].*, vol.6, n 2, pag:181-194.

- HINTZE, S.(2014). (2014). Las políticas públicas para la economía social y solidaria: cuestiones en debate. *Voces en el Fenix-Año 5 número 37*, pag.20 a 27.
- LAURELL, A. C. (1981). La salud- enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), pag:7-25.
- LOPEZ ORELLANO O., ESCUDERO J.C., & CARMONA L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. *ALAMES- Medicina Social - volumen 3, número 4.*, 323 a 335.
- MARTINEZ SALGADO, C. (2008). "*Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*". México-UAM: Serie Académico CBS N°81.
- MIDGLEY, J. 2. (2014). *Desarrollo Social: Teoría y Práctica*. Madrid : Coedición realizada por la Fundación de la Universidad Politécnica de Madrid y la Editorial salesiana Abya Yala.
- MONEDERO, J., JEREZ, A., RAMOS, A., & FERNÁNDEZ, J. L. (2013). *Participación ciudadana y Democracia. Una revisión de las mejores experiencias Iberoamericanas*. Madrid- España: ICEI- Universidad Complutense.
- NAIDOO, J. W., & 2000 citado por CHAPELA MENDOZA, M. C. (2013). "*Promoción de la Salud y Emancipación*". -. México , UAM-X: Serie Académicos -CBS -X.
- NUÑEZ, R. (2003). Redes. "Del rol estático a la posición dinámica en el desarrollo de las prácticas del trabajo social". *Revista Regional de Trabajo Social Año XVII 2003 N° 28*.
- PALMA, A. (2006). Desarrollo Social y la Gestión Local. *Revista Electrónica -Agenda Pública Edición Año V / N° 10*, pag:1-9.
- PUTMAN 1993 citado por IBARRA, P. (2006). "*Manual de la sociedad civil y movimientos sociales*". Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.