

LAS MIGRACIONES Y LA SALUD BUCAL EN EL MARCO DE LA SALUD GLOBAL. REFLEXIONES DESDE LA PERSPECTIVA UNIVERSITARIA

MIGRATIONS AND ORAL HEALTH IN THE FRAMEWORK OF GLOBAL HEALTH.
Reflections from the University Perspective

*AS MIGRAÇÕES E A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA SAÚDE GLOBAL.
Reflexões a partir da perspectiva universitária*

Resumen

El presente documento aborda los problemas referidos al componente bucal de la salud de los migrantes que se registran en migrantes en Argentina y en el mundo. Se incluyen los siguientes aspectos:

Introducción abordando las características de los actores y del trasplante migratorio; los escenarios en su complejidad socio cultural; la perspectiva teórico-metodológica vigente respecto de salud global y de los determinantes de salud.

Análisis de los problemas, incluyendo las ramificaciones psicosociales de la adaptación de los migrantes; la aculturación como una variable interviniente sobre los cambios en la morbilidad que sigue a la inmigración y los resultados de diferentes estudios sobre el estado bucodental de migrantes radicados en diferentes regiones del mundo.

Reflexiones acerca de la responsabilidad de la universidad frente a la marginación de la población migrante y de los mecanismos disponibles para encarar la responsabilidad social y cívica que le compete.

Palabras Clave: migraciones- salud bucal- salud global- universidad responsabilidad

Bordoni Noemí¹
Squassi Aldo²

¹Profesora Emérita.
Directora del Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires

²Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires

Trabajo recibido: 12 de abril de 2016.
Aprobado: 16 de septiembre de 2016.

Abstract

This document addresses problems related to the oral health component of migrants registered in Argentina and in the world. The following aspects are included:

Introduction: approaching characteristics of the actors and migratory transplant, sceneries in their socio-cultural complexity, current theoretical and methodological perspective regarding global health and health determinants.

Problem analysis, including psychosocial ramifications of adaptations of migrants, acculturation as a variable taking part in the changes in morbidity following immigration and results of different studies regarding oral health of migrants based in different parts of the world.

Reflections on the responsibility of the university concerning the exclusion of migrant population and available mechanisms to face their social and civic responsibility.

Key words: migrations - oral health - global health - responsible university

Resumo

Este documento aborda questões relacionadas com o componente bucal da saúde de migrantes registrados na Argentina e no mundo. Os aspectos seguintes são incluídos:

Introdução abordando as características dos atores e do transplante migratório; os cenários em sua complexidade sociocultural; o enfoque teórico - metodológico em vigor para a saúde global e dos padrões de saúde.

Análise de problemas, incluindo ramificações psicossociais de adaptação dos migrantes; a aculturação como uma variável interveniente sobre alterações na morbidade decorrentes da imigração e os resultados de diferentes estudos sobre a condição buco-dentária de migrantes que habitam diferentes regiões do mundo.

Reflexões sobre a responsabilidade da universidade pela marginalização da população migrante e as ferramentas disponíveis para lidar com a responsabilidade social e cívica da sus competência.

Palavras-chave: migrações- saúde bucal -saúde global- universidade-responsabilidade

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar el componente bucal en la población migrante de Argentina desde el marco teórico-metodológico de la salud global e instalar la problemática en la agenda universitaria teniendo en cuenta la responsabilidad social y cívica frente a las inequidades en salud.

Los actores y el escenario

En un mundo definido por profundas disparidades, desbalances demográficos, cambios climáticos, severas crisis económicas y políticas, desastres naturales y provocados por el hombre, las migraciones son omnipresentes. Existe una estimación de 214 millones de migrantes internacionales y 740 millones de migrantes internos, además de un número desconocido de migrantes en una situación irregular que incluye, entre otros, trabajadores refugiados, estudiantes, migrantes no documentados con variables niveles de vulnerabilidad, que determinan considerables necesidades de salud.

En Argentina, en el año 2010 la población residente nacida en el exterior ascendió a 1.805.057 personas, de las cuales el 30,49% provenía de Paraguay, mientras en el 2001 alcanzó al 21,21% y en 1991, a 15,60%. En ese año, el 79,30% migró desde America del Sur. (1).

La salud de los migrantes y los asuntos asociados con las migraciones son desafíos cruciales de la salud pública que enfrentan los gobiernos y las sociedades. Los patrones

de esas necesidades en términos de volumen, velocidad del incremento, diversidad y disparidad, se asocian con problemas propios de los sistemas de salud y las inequidades sociales. Este tema ha sido y es preocupación internacional y se tradujo en la redacción de la Resolución sobre la salud de los migrantes firmada en la 61ª Asamblea de Salud Mundial, en el año 2008 así como la organización de la Consulta Global sobre salud de los migrantes realizada en Madrid en marzo del 2010. La participación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, internacionales, regionales, de académicos y expertos permitió identificar los espacios no resueltos y las áreas prioritarias que requieren políticas de reorientación, uso de instrumentos legales y acciones coordinadas y monitoreadas en los diferentes niveles pertinentes con las sociedades actuales.

En el curso de la historia conocida de la humanidad, las poblaciones migrantes se han visto forzadas a asimilar, no solamente las características físicas ambientales, sino a recibir las peculiaridades culturales de los residentes establecidos previamente, sean nativos o no. Entre estas particularidades figuran los hábitos y costumbres alimentarios, así como los mitos culturales que intervienen en su percepción de la salud. Las alteraciones en los alimentos con las variaciones en calidad y cantidad de ingestiones e ingestas, acarrear cambios fisiológicos, metabólicos y modificaciones para la salud, tanto beneficiosas como perjudiciales. El traslado migratorio - y con el mismo los hábitos y costumbres alimentarios - no funcionan de la misma manera que en el sitio de origen debido, entre otras, a las diferencias de condiciones: a) climáticas, b) geológicas, c) económico-sociales, d) ambientales, e) laborales y f) de acceso a los alimentos. (2; 3; 4)

La globalización, los sistemas de salud, las zonas urbanas, el empleo y las condiciones laborales, la exclusión social, la equidad de género, así como la violencia y los conflictos, los alimentos y la nutrición y el medio ambiente son variables intervinientes en la salud de las poblaciones. Las inequidades en salud son el resultado de un sistema complejo que funciona en el ámbito local, nacional y mundial. Todas las sociedades tienen jerarquías sociales cuyos recursos sociales y económicos, incluidos el poder y el prestigio, están distribuidos de forma desigual. La distribución desigual de los recursos tiene un impacto en la libertad de las personas de llevar vidas que puedan valorar. A su vez, esto tiene un gran impacto sobre la salud y su distribución en la sociedad. En ambas situaciones, la pregunta es cómo se originan estas causas y su distribución desigual. Es decir, ¿cuáles son las causas de las causas? Esto conduce a la búsqueda de factores determinantes sociales y de la equidad en salud (3;5;6;7)

Las altas tasas de enfermedades, particularmente enfermedades infecciosas y malnutrición que afectan a las personas pobres en los países de bajos y aún en los de medio ingreso reconocen como causas: (a) la falta de comida, (b) el agua contaminada, (c) los bajos niveles de saneamiento, (d) a incapacidad para desenvolverse en medios que involucren una exposición elevada a agentes infecciosos y (e) la falta de atención adecuada (8). En forma similar, se conocen ampliamente las causas de las enfermedades no transmisibles que representan la principal carga de enfermedad en el extremo más bajo del gradiente social en los países de ingresos medios y altos (bajo peso, sobrepeso, tabaquismo, violencia).(9; 10; 11)

Mouradian,(12) en la reunión experiencial convocada para el análisis de modelos que favorezcan la salud de los niños/as y la familia dentro de las comunidades, destacó la importancia de considerar los rápidos cambios demográficos y concluyó que para eliminar las desigualdades en salud bucal en la infancia es necesario cambiar el paradigma hacia la promoción de salud, integrar la salud bucal dentro de la salud general y de los programas sociales y estimular la construcción de ciudadanía. Estas propuestas son críticas para aplicarlas sobre las reconocidas como poblaciones invisibles (13).

³Las referencias incorporadas responden a la evidencia disponible acerca de ambos ejes.

En el año 2014 la tasa de pobreza para América Latina se situó en el 28,2% y la tasa de indigencia alcanzó al 11,8% del total de la población, por lo que ambas mantuvieron su nivel respecto de 2013 (14). El número de personas pobres creció en 2014, alcanzando a 168 millones, de las cuales 70 millones se encontraban en situación de indigencia. Se proyecta un aumento en 2015 tanto de la tasa de pobreza como de la tasa de indigencia. (15)

En el contexto de América Latina, la Argentina ocupa el lugar 40 en el IDH (16). Históricamente desarrolló un sistema compuesto por un conjunto de políticas sociales universales de educación y salud que, con un alto grado de complejidad y extensión territorial, diferenció a la Argentina de otros países de América Latina. Durante la década del 90 varios factores impactaron sobre los mecanismos de estructuración de la Seguridad Social del país y por lo tanto sobre la ciudadanía: (a) el comportamiento del mercado de trabajo con incremento de la informalidad, (b) modificaciones en las instituciones sociales de la Seguridad Social y (c) nuevas configuraciones sociales y familiares. El documento Aportes para el Desarrollo Humano de la Argentina 2013, elaborado por el PNUD(16), analizó la pobreza y la desigualdad social y territorial aplicando indicadores tales como educación, mortalidad infantil (sobre todo por casos reducibles), tasas sobre la edad escolar y los niveles de empleo y desempleo. Reveló las situaciones críticas en las provincias del Noroeste y del Noreste y las diferencias entre las regiones del Norte por una parte y el Centro y Sur del país, por otra. Asimismo, permitió identificar heterogeneidades dentro de la homogeneidad de los grupos sociales.

Perspectiva teórico-metodológica

La salud global es una manera de ver y abordar la salud como un bien público mundial, como un tema de justicia social y como un derecho universal (17) Para poder ubicar las inequidades y desigualdades de salud en el centro del debate político, es necesario desarrollar mejores vías para la evaluación. La salud global:

- gira en torno a la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos,
- analiza temas y riesgos nuevos y reemergentes,
- privilegia el trabajo con grupos poblacionales en desventaja social,
- responde a los retos comunes con profundidad local y alcance global,
- promueve la participación ciudadana,
- impulsa la interdisciplinariedad y la intersectorialidad,
- vincula a agentes económicos, políticos y sociales,
- traduce hallazgos a acciones concretas y cuantificables y
- enfatiza colaboraciones horizontales y procesos compartidos entre países, regiones y vecindarios. (18)

Recientes estudios han investigado la importancia de factores vinculados con determinantes de salud tales como las emociones y el estilo de vida sobre la ingesta energética y el peso en personas de diferentes culturas y grupos etarios (19). Bellisle et al, (20) identificó el peso etiológico que las diferencias culturales ejercen sobre las condiciones nutricionales de estudiantes universitarios provenientes de 21 países europeos. Peneau et al (21) identificaron la importancia del estado nutricional con la comida emocional en un estudio sobre 8580 hombres y 27061 mujeres, empleando la versión del Cuestionario alimentario de 3 factores con 21 ítems. Hainerova et al (22) demostraron que el Cuestionario EI-51 que incluye estilo de vida resultó predictor de los riesgos para la salud. Mekhmoukh et al. (23) concluyeron que los factores ambientales modulan la ingesta energética y el peso en adolescentes. Es evidente que estas variables socioemocionales se encuentran especialmente agudizadas en poblaciones migrantes.

La mayoría de los estudios describen patrones de salud sin relacionarlos con los patrones del país de origen. Para determinar si la inmigración ha impactado sobre la salud de los

migrantes, es importante comparar los indicadores de salud entre migrantes residentes en el país de destino u los pertenecientes a los residentes en el país de origen. Los estudios epidemiológicos sobre migrantes deben contrastar tres grupos: nativos del país de origen, migrantes y nativos en el país de adopción. De acuerdo con este modelo, si los cambios del medio explican las diferencias observadas en los indicadores registrados en los migrantes, estos debieran asemejarse a los nativos del país de adopción. Si los factores genéticos fueran primordiales los indicadores del país de origen serían similares a los migrantes y diferirían de los del país de adopción.

Además, existen conflictos en el análisis de los estudios sobre migrantes:

- Las variaciones internacionales en el relevamiento de las causas de muerte, o del proceso de salud-enfermedad- atención puede contribuir a las diferencias registradas entre países, así como también el comportamiento diferencial que puede existir en la calidad de los datos relevados.
- Los inmigrantes pueden no ser representativos de la población general del país de origen debido a un proceso de selección.
- Los inmigrantes no son grupos homogéneos en términos de tipo y periodo de migración.
- El tamaño de la muestra debe permitir necesariamente análisis multivariados.
- La enfermedad en estudio debe tener solo parcialmente influencia genética.
- La exposición temprana a una enfermedad en el país nativo, puede conferir inmunidad a posteriori,
- Los inmigrantes pueden no estar expuestos a los factores de riesgo que si lo están los nativos del país

Debe asumirse que, además de la pobreza, la marginación y las inequidades, la experiencia de la migración en si misma puede causar efectos adversos, De allí que muchas investigaciones actuales se focalizan en el proceso de la migración y la aculturación que requiere un abordaje multisectorial y provee un puente conceptual para comprender la relación entre migraciones y cambios en la salud. (24; 25; 26; 27;28).

Papadaki y Scott (29) diseñaron un estudio para analizar los efectos de la translocación sobre los hábitos alimentarios de un grupo de estudiantes provenientes de Grecia al medio ambiente del norte europeo. Los hallazgos esclarecieron las dificultades que las poblaciones migrantes enfrentan para mantener sus hábitos tradicionales saludables. Otros autores encuentran que los cambios de calidad en la alimentación son debidos a la temporalidad de la translocación.(19). Chesta et al (30) afirmaron que el crecimiento físico es un “espejo” de las condiciones sociales de la población y sugiere que los programas de intervención deberían incluir también a poblaciones en riesgo social.

ANALISIS DE LOS PROBLEMAS

La aculturación y su efecto sobre la salud de los migrantes

El interés sobre las ramificaciones psicosociales de la adaptación de los migrantes se ha focalizado en la aculturación como una posible variable interviniente sobre los cambios en la morbilidad que sigue a la inmigración. (31; 32). La aculturación debe pensarse como un proceso multidimensional, resultante del contacto inter-grupo, en los cuales el aprendizaje primario ha sido realizado en una cultura con determinadas características (actitudes, valores y conductas) mientras que tiene vivir con las características de otras culturas. (33).

Berry (34) identificó cuatro modalidades de adaptación:

- asimilación (licuación de la identidad cultural de origen y movimiento dentro de la sociedad de adopción),
- integración (adherencia a la cultura tradicional y adopción de algunos valores de la sociedad dominante),

- separación (mecanismo autoimpuesto por la sociedad dominante, mientras se mantiene la identidad cultural tradicional), y
- marginalización (alienación de la sociedad dominante con pérdida de identidad cultural).

Al revisar la literatura de aculturación se pueden identificar tres importantes consecuencias.

a. Los niveles de aculturación afectan diferentes dominios de la actividad diaria (roles sociales, relaciones, lenguaje y preferencias alimentarias (35; 36) situaciones fuertemente influidas por el contexto. (37).

b. La aculturación sufre un proceso bidireccional y, como resultado, el individuo retiene conductas y valores de ambas culturas (37).

c. Diferentes dimensiones de aculturación se asocian con diferentes tipos de productos. Por ejemplo: la adquisición de lenguaje afecta la conducta económica pero tiene poco impacto sobre las preferencias alimentarias. (33; 39). Este hecho tiene impacto sobre los problemas dieto-dependientes.

El disponer de modelos culturales, creencias, valores y actitudes determina un delicado balance entre el mantenimiento de conductas de salud tradicionales y la adopción de nuevas conductas de salud. La retención cultural ha sido asociada, eventualmente, con el mantenimiento de conductas saludables (dieta rica en fibras, no fumar) 40; 41). Hunt et al (42) afirma que la adaptación cultural no ha sido cuidadosamente definida y subyacen mitos y errores y concluye que la aculturación como variable en investigación en salud se ha basado más en conceptos étnicos que sobre las representaciones objetivas de diferencias culturales.

Hyman & Dussault, (43) demostraron que la relación “aculturación y salud“ puede ser explicada por cambios en el soporte social y el stress que sigue a la migración. Se ha demostrado que los individuos mas aculturados suelen exhibir mayores factores de riesgo (stress o falta de soporte social) que los menos aculturados. El soporte social puede actuar como un neutralizador del efecto negativo del stress que acompaña a la migración (39; 32).

Li Gao y Mc Grath (32) señalan el interés creciente de las investigaciones sobre el impacto de la aculturación sobre la salud bucal, planteando un cuestionamiento metodológico. Afirma que la mayoría de los estudios sobre la transición cultural y salud general aplican análisis multivariados, pero que la investigación odontológica no ha empleado las escalas multidimensionales que expresen el mantenimiento de costumbres originarias tales como el mascado de tabaco o areca, ni su importancia sobre la salud bucal

Grimson y Paz Soldan (44) han desarrollado sólidos estudios sobre migración boliviana y afirman que a medida que los migrantes se han ido asentando en las grandes ciudades argentinas, desarrollaron diversas estrategias para adquirir un trabajo, vivienda y documentación o para reunirse y construir lugares y prácticas de identificación en el nuevo contexto urbano que permiten la producción y reconstrucción de identidades vinculados a la «colectividad boliviana». Es un tejido social diverso y disperso por distintas zonas que dan cuenta de múltiples espacios vinculados a la bolivianidad. Estos procesos de reterritorialización muestran la necesidad de un grupo inmigrante de reunirse y comunicarse frente a un entorno desconocido y muchas veces hostil. Lo «boliviano» en la Argentina no sólo no se encuentra en proceso de disolución, sino que se expande y crea nuevos espacios de identificación, instituyen un nuevo sentido étnico de la bolivianidad y construyen propuestas desde abajo para la interacción con la sociedad argentina. Esa propuesta identitaria no anula los regionalismos, pero los subordina a una referencia común más abarcadora.

El objeto en estudio: componente bucal de la salud en los migrantes

El presente análisis abordara una enfermedad que puede ser considerada trazadora en las poblaciones migrantes dada su alta visibilidad - las caries dentales- y las respuestas

sociales que se construyen a través de políticas político-sanitarias. La caries dental es una enfermedad dieto-dependiente, resultado de complejas interacciones entre determinantes biológicos y de variables socioculturales, familiares y comunitarias. En tal carácter se ha demostrado su impacto sobre la calidad de vida en las personas y los grupos humanos (45; 46).

Estudios realizados en América del Norte

Locker et al. (47) informaron que en un número de países, los inmigrantes y refugiados muestran un uso escaso de los servicios odontológicos y un mayor índice de caries que los no inmigrantes. Sin embargo, pocos estudios recogen información sobre el deterioro del estado bucal que sigue a la inmigración. El estudio de Locker et al incluyó a todos los estudiantes de 13 y 14 años de una muestra aleatoria de las escuelas en Ontario en 1995-96 (N=721). Los datos fueron obtenidos por un cuestionario auto-administrado y un examen clínico. Los estudiantes inmigrantes tenían peor higiene bucal, mayor nivel de gingivitis incluyendo sangrado y más caries dental que los estudiantes canadienses. Sin embargo, los hallazgos sugirieron que existía una relación entre estado bucal y el periodo de permanencia en Canadá, guardando una relación directa entre mejor estado bucal y tiempo de permanencia en el país de adopción.

Diferentes autores argumentan que los determinantes de salud bucal, incluyendo la movilidad social de las familias migrantes y/o la influencia de los programas de salud públicos o privados desde su arribo a Canadá podrían contribuir a este mejoramiento. La gestión estratégica de los servicios odontológicos requieren examinar los factores de aculturación asociados con cambios en su utilización. Los resultados de estudios longitudinales sugieren que los factores estructurales especialmente la interacción de los migrantes con las sociedades locales a través del trabajo aumenta significativamente la demanda de los servicios preventivos mientras que se reducen los prejuicios referidos a la atención de salud. (43; 31).

Nurko et al (48) desarrollaron un estudio sobre la población pediátrica de migrantes mexicano-americanos comparados con la población mexicano-americana con residencia estable y registraron una falta de conocimientos referidos a salud bucal y una significativa prevalencia de dientes cariados y necesidades no resueltas en el grupo de migrantes.

Chaffin et al (49) estudiaron la prevalencia de caries en 211 niños de migrantes hispanoamericanos en Michigan (EEUU). Los resultados mostraron declinación de la caries dental en la dentición permanente, pero prevalencia moderada o alta en la dentición primaria. Recomendaron incluir a los pre-escolares en los programas preventivos dado que constituyen un grupo de riesgo. Estas conclusiones confirmaron lo planteado por Mouradian et al 2000 (12).

Quant et al (46) sobre una muestra de 151 migrantes latinos en Carolina Norte analizaron los problemas dentales, los cuidados odontológicos y la calidad de vida mediante la aplicación del OHIP 14 y del ST-12. Los hallazgos indicaron altos grado de necesidad de tratamiento dental asociado con baja percepción del impacto que el estado dentario causa sobre la calidad de vida.

Geltman et al. (50) realizaron un extenso estudio sobre la relación entre estado bucal y la información y tiempo de residencia en Massachusetts de los refugiados somalies encontrando una relación inversa entre tiempo de permanencia y salud periodontal Esta relación no se produce respecto de caries no tratada probablemente por la existencia de barreras para el acceso a los cuidados. Este estudio confirma los hallazgos de Lukes SM et al. (51) quienes encontraron que existían barreras para alcanzar la atención odontológica en EEUU de los migrantes mexicanos y confirmaron los hallazgos de alta prevalencia de enfermedades en migrantes y trabajadores de temporada al evaluar una muestra de la demanda de atención entre 1995 y 2002.

Estudios en países europeos

Vidal y Schröder (52) informaron que, en 73 niños entre 3 y 6 años, provenientes de América latina residentes en Malmo (Noruega), el estado dentario difería significativamente con el grupo de preescolares suecos, siendo considerados como un grupo de riesgo, en el cual sólo el 25% tenían higiene bucal satisfactoria, el 41% presentaron más de tres consumos de azúcar diarios y el 30% reportó el uso de mamaderas nocturnas azucaradas.

Skeie et al (53) analizaron, sobre 735 niños pre-escolares residentes en Oslo (Noruega) pertenecientes a familias migrantes, los riesgos en las actitudes de los padres sobre las conductas vinculadas con la caries dental y mapearon las disparidades existentes. Los resultados revelaron que los factores de riesgo cariogénico en niños de 3 años fueron el consumo de bebidas dulces al acostarse y el nivel social mientras que, en los de 5 años, resultaron la pertenencia a grupos inmigrantes, la indulgencia parental respecto de la dieta, la higiene bucal, el nivel social y la edad del inicio de la práctica del cepillado.

Van Steenkiste et al (54) estudiaron el estado dentario y los cuidados odontológicos sobre una población de niños alemanes y de inmigrantes que cursaban de 1 a 4°. Grado de escuela primarias. El ceod en niños de 6-7 años de edad alcanzó a 1,5 en los alemanes, 4,63 en los inmigrantes rusos, 4,02 en los turcos, 4,05 en los yugueslavos, 2,35 en los italianos, 1,95 en los griegos y 3,96 en niños de otras nacionalidades. En todos los grupos de edades, la mayor proporción de niños libres de caries se encontró entre los alemanes y la menor en los niños turcos. Los resultados permiten recomendar la aplicación de programas de promoción de salud bucal destinados a niños y padres pertenecientes a familias de migrantes con fuerte raigambre en las culturas de origen.

Estudios en America Latina

Investigaciones desarrollados por la Universidad de Buenos Aires (55) estudiaron el estado de salud-enfermedad bucal (ceod, índices de placa y gingival) y el estado nutricional (talla, el peso y la relación peso para la talla y el índice de masa corporal (IMC) en una muestra de pre-escolares bolivianos recién ingresados a escuelas dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El estudio reveló que $9,08 \pm 0,47$ dientes (equivalente a $22,30 \pm 1,78$ superficies) se encontraban cariados, con indicación de extracción u obturados y que el componente sin tratamiento ascendía a $8,23 \pm 0,48$ dientes. Estos niveles de enfermedad dentaria, significativamente mayores que los registrados en pre-escolares nativos podrían atribuirse a una inadecuada valoración de la salud bucal por parte del grupo de migrantes debido a (a) conocimientos insuficientes, (b) la existencia de mitos y prejuicios que pueden obstaculizar la percepción del problema por las familias migrantes o (c) un rechazo latente del sistema hacia los grupos que mantienen su sentido étnico, tanto en los espacios de encuentro como en la transmisión de sus costumbres cotidianas.

Por otro lado, el acceso a cuidados odontológicos apropiados y al aporte de agua fluorurada, el idioma, la cultura inclusive referidos a los hábitos alimentarios parecen constituir importantes barreras al acceso. Resulta importante destacar que para muchas nacionalidades y etnias el único vínculo que siguen manteniendo con sus raíces ancestrales, luego de la inmigración, es el vinculo alimentario. Se ha dicho que las costumbres alimentarias son las más persistentes, incluso que la lengua de origen. No obstante, frecuentemente las condiciones ambientales de origen y las de destino difieren. En el caso de la migración boliviana difieren las condiciones climáticas del Altiplano a las registradas en las pampas argentinas o en los grandes conglomerados urbanos, donde se ha radicado la mayoría de las poblaciones bolivianas. Las dietas originales y los hábitos alimentarios en un determinado entorno han sido reconocidos como una adaptación al medio ambiente, pero podrían ser una variable interviniente sobre la caries dental en las nuevas circunstancias. El grupo de pre-escolares bolivianos muestra un severo nivel riesgo

y enfermedad dentario y marcada deuda en la resolución de esas necesidades. Este hecho parece caracterizar a poblaciones migrantes en diferentes partes del mundo (46; 48; 49; 54; 56).

REFLEXION ACERCA DE LA RESPONSABILIDAD DE LA UNIVERSIDAD FRENTE A LAS POBLACIONES MIGRANTES

En el contexto mundial, la responsabilidad social y cívica de las instituciones de educación superior ha adquirido un protagonismo y se posiciona, no con carácter marginal a la investigación y a la docencia, sino integrada en ellas (57; 58; 59; 60).

En diferentes campos y con recursos disímiles, las universidades asumen papeles de liderazgo para participar en la promoción de sociedades sustentables en las que juegan permanentemente las transiciones demográficas y epidemiológicas movilizadas por las migraciones y la internacionalización de la salud (61). Resulta válido redefinir, entonces, cuál es el concepto de desarrollo sustentable que se propone para consolidar la salud para todos sus habitantes. Es una perspectiva que incluye como condición:(a) considerar a las generaciones futuras, (b) incluir al Estado como garante de la integración social y territorial de poblaciones nativas y migrantes y (c) compatibilizar intereses y demandas. (62)

La Argentina debe encarar debates institucionales y académicos pendientes que apuntan a reflexionar sobre la relación entre las instituciones públicas y la realidad social. Las instituciones de educación superior se preocupan sobre la forma de cooperar en la generación de recursos humanos técnicamente calificados y pertinentes para responder a los desafíos que plantea una sociedad donde los migrantes y los jóvenes son los sectores más afectados por el desempleo y la informalidad y donde reaparecen enfermedades directamente vinculadas con las condiciones de pobreza, la ausencia de promoción de salud o de medidas de prevención basadas en la evidencia científica. La academia, en conjunto con los otros actores sociales deberá actuar como diseñador de nuevos perfiles útiles para la generación de estrategias destinadas a mejorar la salud de la población (63; 59; 60; 64; 65; 66; 67). Deberá considerar varias dimensiones que posicionen a las universidades en el debate de las políticas necesarias para un ejercicio efectivo de la ciudadanía. Se ha demostrado que la confianza pública en las instituciones de salud constituye un factor interviniente en la salud de las personas. (68)

La noción de calidad social ha ganado reconocimiento internacional como una herramienta innovadora teórica y metodológica para investigadores y decisores en políticas sociales. Por lo tanto, las instituciones universitarias no pueden mantenerse al margen de la marginación social . Apostar a fortalecer la calidad social de las poblaciones marginadas implica medir y responder a los múltiples orígenes de la marginación y monitorear la efectividad de las intervenciones que ejerce. Estos compromisos se instalan en el marco de la era de la información, de la sociedad-red y la expresada responsabilidad social y cívica de las universidades. (58; 69)

¿Cómo redefinir y resignificar la inserción de la universidad en un tejido social que presenta profundas fragmentaciones y fracturas culturales, económicas, tecnológicas, informacionales y organizacionales? Los problemas específicos de la población migrante en contexto de marginación no difiere demasiado de los que sufren los grupos nativos en similar condición social.

La pregunta de investigación que surge es: ¿Cómo favorecer el proceso de construcción social que permita la traducción de los conocimientos pre-construidos en acciones político-sanitarias? ¿Cómo encontrar el camino de vinculación entre las diferentes formas de producción del conocimiento universitario y las nuevas maneras de organizarlos, distribuirlos e intercambiarlos en los escenarios del equipamiento social como respuesta a las múltiples expresiones y demandas sociales, confrontando la teoría con la práctica?

La traducción del conocimiento en acciones político-sanitarias ha sido planteado como un proceso que atraviesa una serie de momentos recurrentes entre sí, planteados en el cuadro 1 (7). Este proceso ha sido validado en diferentes escenarios y permiten sustentar la hipótesis de su efectividad.

CUADRO 1: MODELO DEL PROCESO DESARROLLADO POR INSTITUCIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA TRADUCCION DEL CONOCIMIENTO EN ACCIONES POLITICO-SANITARIAS

1. Desarrollo de investigación básica (Sistema cerrado o con debate endogámico entre pares/ Variables controladas/ Evaluación de estructura y productos).
2. Desarrollo de investigación aplicada (Sistema cerrado o con debate endogámico entre pares/ Variables controladas/ Evaluación de estructura y productos).
3. Construcción de nuevos objetos de estudio (Problemáticas complejas).
4. Desarrollo de investigación interdisciplinaria (Evidencia científica en contextos de incertidumbre/ Triangulación de resultados/ Evaluación de procesos e impacto social).
5. Proceso de traducción de la investigación a la acción (Procesos deliberativos/ Modelos de gobernanza).
6. Toma de decisiones en el marco de planes estratégicos e instalación en la agenda política (Sistema abierto/ intersectorial).
7. Evaluación de resultado de las intervenciones en términos de productos e impacto social.
8. Protocolización , difusión y capacitación para la obtención de evidencia contextualizada.
9. Inducción de nuevas investigaciones.

Debe recordarse que la responsabilidad social y cívica de la universidad es una construcción social. En ella, si no existe una programación estratégica, no hay intervención válida y confiable, si no hay evaluación de las acciones incluyendo su impacto social, no se alcanzará desarrollo sustentable y esto es una violación de la ciencia y si las acciones no cuentan con soporte teórico-metodológico, no constituyen un proyecto sino su caricatura, y esto puede constituir una violación de la ética.

⁴La UBA, por ejemplo, la ha incorporado como uno de sus objetos de estudio (PIUBAMAS) y ha puesto en su agenda de investigación, nuevas estrategias.

Bibliografía

1. INDEC. Censo 2010. Disponible en www.indec.gov.ar. Consultado el 6/7/2016
2. Carrasco S, Kaplan A. Migración, cultura y alimentación. Cambios y continuidades en la organización alimentaria de Gambia a Cataluña. Cataluña, España: Publicaciones Universitat Autònoma de Barcelona; 1999.
3. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsancar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
4. Eurohealth. 7o. European Public Health Conference. Brussels. Vol 21, No. 1 2015. Disponible en <http://www.euro.who-we-are/partners/observatory/eurohealth>
5. Braverman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 200; 57: 254-8
6. Bordoni N. Vinculación entre la universidad y la sociedad. En Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño en el mundo actual. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana; 2010
7. Bordoni N. Programas interdisciplinarios: una mirada desde los problemas. En Desafíos de la investigación interdisciplinaria. Buenos Aires: PIUBAMAS/Eudeba; 2014
8. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*. 2010; 6(1):1-19
9. Farmer AD, Aziz Q, Tack J, Vanoudenhove L. The future of neuriscientific research in functional gastrointestinal disorders: Integration towards multidimensional pain endophenotypes. *J Psychosom* 2010; 68 (5): 475-81
10. Jamal A, Ward E, Thun M. Declining death rates reflect progress against cancer. *Plos ONE* 2010; 5 (3) e 9584. Doi 10.1371/journal.pone.0009584
11. Borrell C, Malmusi, W. Investigación y determinantes sociales de salud e inequidades de salud: evidencia en todas las políticas. *GacSanit*. 2010; 24 (Supp1): 101-8
12. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care. *JAMA* 2000;284(20): 2625-31
13. Kilanowski JF, Ryan-Wenger NA. Health status in an invisible population: carnival and migrant worker children. *West J Nurs Res*. 2007;29(1):100-20
14. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2015a). Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Santiago; 2015 (LC/G.2645-P),
15. PNUD. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2016. Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso.
16. PNUD. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano, 2013. Argentina en un mundo incierto: Asegurar el desarrollo humano en el siglo XXI. ISBN 978-987-1560-47-9
17. Murray CJL, Frenk J, Gakidou E. Measuring health inequality: challenges and new directions. En: Leon D, Walt G (Eds) *Poverty, inequality and health*. London: Oxford University Press; 2000.
18. Whitehead BA, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet* 1990; 338 (8774) : 1059-63
19. Acevedo-Garcia D, Soobader MJ, Berkman LF. Low birthweight among US Hispanic/Latin subgroups: the effect of maternal foreign-born status and education. *Soc Sci Med* 2007; 65 (12) : 2503-16
20. Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns; a survey of university students in Europe. *Int J Obesity and Related Metabolic Disorders. Journal of International Association for the study of obesity*. 1995; 19 (10): 723-30.
21. Peneau S, Bellisle F, Mejean C, Menard E, Hercberg S. Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *American Journal of*

- Clinical Nutrition, 2013; 97(6): 1307-13
23. Hainerova e IA, Lebl J Treatment options for children with monogenic forms of obesity. *World Rev Nutr Diet.* 2013. EWD 2013; 100:105-12
 24. Mekhmoukh A, Chapelot D, Bellisle F. Influence of environmental factors on meal intake in overweight and normalweight male in adolescents. A laboratory study. *Appetite* 2012; 59(1) 90-5
 25. Chen J. Reform of Hukou Policy and rural urban Migration in China. En Fanf Ci y Zansheng B. (ED) *En labor migration in transition China*. China: Social Science Academy Press; 2006
 26. Johnson K, Carroll JF, Fulda K, Cardarelli K, Cardarelli R. Acculturation and self-reported health among Hispanics using a socio-behavioral model: the North Texas Healthy Heart Study. *BMC Public Health.* 2010; 10:53 doi 10.1186/1471-2458-10-53
 27. Laroche M, Kim Ch, Tomuik M, Belisle D. Similarities in Italian and Greek multidimensional ethnic identity: some implications for food consumption. *Canadian Journal of Administrative Sciences.* 2005; 22(2): 43-67.
 28. Pamies RJ, Nsiah-Kumi P. Multicultural Medicine and Ensuring Good Health for All. *Ethn Dis* 2006; 16 (1) suppl 2
 29. Parakulam G, Krishnan V, Odynak D. Health status of Canadian-born and foreign-born residents. *Canadian Journal of Public Health.* 1992; 83 (4): 311-4.
 30. Papadaki A, Scott J A. The impact on eating habits of temporary translocation from a Mediterranean to a Northern European environment. *European Journal of Clinical Nutrition.* 2002; 56(5): 455-61.
 31. Chesta M, Lobo B, Agrelo F, Carmuega E, Sabulsky J, Durán P, Pascual LR Evaluación antropométrica en niños de la ciudad de Córdoba, año 2000. *Arch Argent Pediatr.* 2007; 105(2):101-108
 32. Zambrana RE, Scrimshaw SC, Collins N, Dunkel-Schetter C. Prenatal health behavior and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: the role of acculturation. *Am J Public Health* 1997; 87 (6): 1022-6
 33. Li Gao X, Mc Grath J. A review on the oral health impact of acculturation. *J of immigrants and minorities health.* 2011; 13 (2) : 202-13
 34. Hazuda HP, Stern MP, Haffner SM. Acculturation and Assimilation among Mexican Americans: Scales and Population-Based Data. *Social science Quarterly* 1988; 69: 687-706.
 35. Berry JW. Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration.* 1992; 30: 69-82
 36. Cuellar L, Arnold B, Maldonado R, Acculturation rating Scale for Mexican Americans II. A revision of the original arisma hispanic *Journal of Behavioral Sciences* 1995; 17:275-304
 37. Wells KB, Golding JM, Hough RL, Burnam MA, Karno M. Factors affecting the probability of use of general and medical health and social/community services for Mexican Americans and non Hispanic whites. *Medical care* 1988; 26 (5): 441-52
 38. Sodowsky G, Lai E, Plake B. Moderating effects of sociocultural variables on acculturation attitudes of Hispanics and Asian americans *J Counseling devel* 1991; 70:191-204
 39. Sodowsky GR, Plake BS. A study of acculturation differences among international people and suggestions for sensitivity to within-group differences. *Journal of Counseling and Development* 1992; 71:53-9
 40. Schindler E, Carrasco Pacho N. Cambios alimentarios de inmigrantes quechuas-aymaras en la Argentina Estudio descriptivo semi-cuantitativo en poblaciones de la zona de la Sierra de los padres. *Pcia. Bs As.* Disponible en
 41. <http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias>
 42. Marmot M, Syme L. Acculturation and coronary heart disease in Japanese-American

- cans. *Am J Epidemiol.* 1976; 104: 225-47
43. Scribner R, Dwyer J. Acculturation and Low Birthweight among latinos in the Hispanic HANES. *American J of Public Health.* 1989; 79 (9):1263-7
 44. Hunt L, Schneider S, Corner B . Should “acculturation” be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Sci Med.* 2004; 59:973-86
 45. Hyman I, Dussault, G. Negative consequences of acculturation on health behavior, social support and stress among pregnant Southeast Asian immigrant women in Montreal: An exploratory study. *Can J Public Health* 2000; 91(5):357-60
 46. Grimson A, Paz Soldan Migrantes bolivianos en Argentina y los Estados Unidos. En Cuaderno de futuro 7. La Paz: PNUD; 2000
 47. Inglehart MR, Bagramiam RA. Oral Health–Related Quality of Life: An Introduction. En Inglehart MR, Bagramiam R. Oral Health-Related Quality of life Chicago: Quintaessence Pub. Co; 2003.
 48. Quandt SA, Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Arcury TA. Oral health and quality of life of migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *J Agric Saf Health.* 2007; 13(1):45-55.
 49. Locker D, Clarke M, Murray H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescent in North York, Ontario. *Community Dent Oral Epidem.* 1998; 26 (3): 177-81
 50. Nurko C, Aponte-Merced L, Bradley EL, Fox L. Dental caries prevalence and dental health care of Mexican-American workers’ children. *ASDC J Dent Child.* 1998; 65(1):65-72.)
 51. Chaffin JG, Pai SC, Bagramian RA. Caries prevalence in northwest Michigan migrant children. *J Dent Child.* 2003; 70(2):124-9
 52. Geltman P, Adams HJ, Cochran J, Young S, Rybien D, et al. The impact of literacy an acculturation on the oral health status of somalies refugees living in Massachusetts. Boston University Schools of Medicine: Dental medicine and Public Health ; 2011
 53. Lukes SM, Wadhawan S, Lampiris LN. Healthy Smiles Healthy Growth 2004--basic screening survey of migrant and seasonal farmworker children in Illinois. *J Public Health Dent.* 2006 Summer; 66(3):216-8.
 54. Vidal OP, Schröder U. Dental health status in Latin-American preschool children in Malmö Swed *Dent J.* 1989;13(3):103-9.
 55. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviors among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34 (2):103-13
 56. Van Steenkiste M. [Access to oral care and attitudes to the dentist by German and Turkish parents]. *Gesundheitswesen* 2004; 66(2): 93-101
 57. Fernandez C, Capuano C, Lombardo M.; Hochstetter A., Bordoni N, Piovano S Estado bucal en niños preescolares hijos de argentinos y migrantes. *Bol. Asoc. Arg. Odontol Niños.* 2008; 37(1).3- 9,
 58. Call RL, Entwistle B, Swanson T. Dental caries in permanent teeth in children of migrant farm workers. *Am J Public Health.* 1987; 77(8):1002-3
 59. Johnston DL. Education and Research on the Global Environment . Higher Education Policy. 1995; 8 (4): 23-9.
 60. Salzburg Seminar. Universities Project Seminar. The Social and Civic Responsibilities of the University. Salzburg: Salzburg Seminars; Feb 14-18; 2001
 61. Abeledo C: Investigación orientada a la solución de problemas. En Pugliese JC. Universidad, Sociedad y Producción. Buenos Aires: MECyT; 2004
 62. Bordoni N: Vinculación entre la sociedad y la universidad. En Pugliese JC. Universidad, Sociedad y Producción. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; 2004.

63. Nuñez, V. La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social. Barcelona: Gedisa S.A; 2002
64. Van Ginkel H. University 2050: The Organization of Creativity and Innovation. Higher Education Policy.1995; 8 (4): 14-20.
65. Clark, B R The Higher Education System. Academic Organization in Cross National Perspective. Berkeley: University of California Press; 1983
66. Bordoni N, Pagliai L. Assessment Of Health Research Systems: Critical Review Of Pragmatic Agreement Current Indicators. Document present in the Session of Council of Health Research for Development. Paris: COHRED/WHO; October 2002
67. Davies JL. Higher Education Management. 1997; 9 (1): 127-140
68. Elliott, J. Teacher evaluation and teaching as a moral science. En Holly M L ; Mc Loughlin S (Eds) Perspectives on Teacher Professional Development. London and New York: Palmer Press; 1989
69. Elliott, J. Action-research for educational change. London: Open University Press; 1991.
70. Glouberman, S: Towards A Dynamic Concept of Health - CPRN Report 2001 (http://www.cprn.org/docs/health/tnp_e.pdf), Visitado 2 de septiembre 2013
71. Castells M. La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura. Madrid: Alianza; 1998.