

Motivos de consulta y estrategias de atención analizados a partir de un dispositivo barrial de asistencia dermatológica. Investigación cualitativa

Reasons for consultation and healthcare strategies analyzed from a neighborhood dermatological assistance device. Qualitative research

Motivos da consulta e estratégias de saúde analisadas a partir de um dispositivo de atendimento dermatológico de bairro. Pesquisa qualitativa

M. Florencia Bertarini¹, Gimena Castro Perez², Luciano Mantiñan³, Patricia Alvarez⁴, Morena Diaz⁵, Nahuel Braguinsky⁶, Natalia Pereiro⁷, Jimena Vicens⁸, Adriana Dawidowski⁹, Silvana Figar¹⁰, Luis D. Mazzuocolo¹¹

Este trabajo muestra cómo las inquietudes de un equipo de profesionales de un servicio de dermatología, articuladas a un abordaje metodológico abierto a la complejidad, generó respuestas a nivel individual y comunitario, a partir de una postura comprensiva sobre las necesidades de una población que vive, transita y habita sus condiciones de vida en situación de alta vulnerabilidad. .

Conceptos clave:

Resumen:

¿Qué se sabe sobre el tema?

Las enfermedades dermatológicas son altamente prevalentes, sin embargo, se conoce poco de las afecciones de la piel de las poblaciones de asentamientos urbanos altamente expuestos a contaminantes ambientales y que pueden asociarse a alergias, infecciones o patologías oncológicas. El diagnóstico en este tipo de poblaciones se realiza mediante abordajes metodológicos que permiten conocer las necesidades de salud percibidas, a fines de lograr mejorar los procesos de atención y las condiciones de salud.

¿Qué aporta este trabajo?

Permitió conocer las necesidades de atención dermatológica de la población vulnerable de un asentamiento urbano de la provincia de Buenos Aires. Las patologías relevantes para las personas corresponden a lesiones visibles y tratables en el ambulatorio, y que afectan la sociabilidad y la inserción laboral. La atención oportuna de patologías dermatológicas de baja complejidad puede representar una mejora en la calidad de vida de esta población.

1. Médica especialista en Dermatología y Medicina Familiar. Médica Asociada Servicio de Dermatología Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-8323-9233> E-mail de contacto: florencia.bertarini@hospitalitaliano.org.ar
2. Médica Especialista en Dermatología. Jefa del Servicio de Dermatología Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) Eva Perón de San Martín, Provincia de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-6420-0357>
3. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Doctor en Antropología Social. Miembro del Laboratorio de Investigaciones en Ciencias Humanas (Escuela de Humanidades) Docente de Cátedra Universidad Nacional de San Martín, UNSAM. <https://orcid.org/0000-0001-5501-5099>
4. Licenciada en Enfermería. Docente adjunto Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Licenciada en Enfermería Servicio Salud Mental Hospital Interzonal de Agudos (HIGA) Eva Perón de San Martín. <https://orcid.org/0000-0001-9989-4398>
5. Profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias Antropológicas. Investigadora Juniors Área de Investigación en Salud Poblacional del Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-9334-734X>
6. Profesor de Enseñanza Media y Superior en Ciencias Antropológicas. Investigador Cualitativo. Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-3466-8354>
7. Licenciada en Sociología. Sección de Epidemiología del Hospital Italiano de Buenos Aires y Gerente en Dirección General de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-9837-8199>
8. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Investigadora del Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0003-2978-7153>
9. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora Cualitativa. Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-0022-3306>
10. Magister en Epidemiología. Jefa de la Sección de Epidemiología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Coordinadora del área de Salud Poblacional del Departamento de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-7131-5761>
11. Médico Especialista en Dermatología. Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-8315-7916>

Recibido: 2020-11-06 Aceptado: 2021-07-13

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n4.30831>



© Universidad Nacional de Córdoba

Objetivo: analizar motivos de consulta, experiencias y formas de atención de las afecciones dermatológicas de la población de un asentamiento de la Provincia de Buenos Aires, ubicado sobre un relleno sanitario con altos índices de contaminación ambiental.

Materiales y métodos: investigación cualitativa, mediante entrevistas en profundidad a vecinos/as y elaboración de registros etnográficos de las recorridas. La investigación se realizó en el contexto de un dispositivo de atención dermatológica, planificado en conjunto con referentes barriales, bajo el marco teórico de la Epidemiología Sociocultural.

Resultados: se identificaron múltiples barreras de accesibilidad a la atención dermatológica en el sistema público de salud, y prácticas de autoatención como el uso de cremas, medidas de higiene y uso de elementos de protección personal para trabajos que significaban un riesgo para la salud. Las consultas al dispositivo más frecuentes fueron "granos", "manchas", "bultitos" en zonas visibles del cuerpo, que generaban molestia, dolor y/o afectaban estética y emocionalmente a lo/as entrevistado/as. Estas consultas se relacionaban principalmente con piel extremadamente seca y patologías por alta exposición solar, coincidiendo con la escasez de sombra en el barrio. Para prevenir patologías relacionadas a la exposición solar, se impulsó una iniciativa para plantar árboles.

Conclusión: a partir de la inmersión reflexiva del equipo de atención, en las experiencias de atención de lo/as habitantes del barrio, se desplegaron estrategias según las necesidades percibidas por la población.

Palabras claves: investigación cualitativa; atención primaria de salud; rellenos sanitarios; enfermedades de la piel- enfermedades dermatológicas; epidemiología social

Abstract:

Aim of study: identify consultation reasons, experiences with seeking dermatological assistance and skin care strategies within neighbours from an urban deprived settlement in Buenos Aires province, Argentina. This setting lies onto a sanitary landfill with a high index of environmental contamination.

Materials and methods: a dermatological health care team from the main local hospital designed a dermatological assistance device (DAD), in cooperation with social leaders and institutions of the neighborhood. The DADs included walks around the neighborhood for attending those who could not get a consultation. The experiences were evaluated through a qualitative research strategy, developed from the theoretical framework of Sociocultural Epidemiology. Those who attended the DADs were interviewed. Ethnographic field notes were also recorded. Multiple accessibility barriers to the public health care system were identified and self care practices were also recognized.

Results: The most frequent consultations to the DADs were for "pimples", "stains" and "lumps" on exposed areas of the skin. These lesions generated discomfort or pain, or even affected the interviewees aesthetically or emotionally. Most of them were associated to extremely dry skin and a high sun exposure, in connection with the lack of shade in the neighbourhood. An initiative to plant trees was promoted in order to prevent sun radiation-induced dermatoses.

Conclusion: the reflective immersion of the dermatology team in the realm of the neighborhood daily life enabled the development of attention strategies grounded on the perceived needs of the population.

Keywords: qualitative research; primary health care; sanitary landfill; skin diseases; social epidemiology

Resumo

Objetivo: identificar motivos de consulta, experiências de busca de atendimento dermatológico e estratégias de cuidados com a pele em vizinhos de um assentamento urbano carente na província de Buenos Aires, Argentina. Este cenário encontra-se em um aterro sanitário com alto índice de contaminação ambiental.

Materiais e métodos: uma equipe de saúde dermatológica do principal hospital local projetou um dispositivo de assistência dermatológica (DAD), em cooperação com lideranças sociais e instituições do bairro. Os DADs incluíam caminhadas pela vizinhança para atendimento de quem não conseguia consulta. As experiências foram avaliadas por meio de uma estratégia de pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir do referencial teórico da Epidemiologia Sociocultural. Aqueles que compareceram aos DADs foram entrevistados. Anotações de campo etnográfico também foram registradas. Múltiplas barreiras de acessibilidade ao sistema público de saúde foram identificadas e práticas de autocuidado também foram reconhecidas.

Resultados: as consultas mais frequentes aos DADs foram para "espinhas", "manchas" e "caroços" em áreas expostas da pele. Essas lesões geravam desconforto ou dor, ou mesmo afetavam os entrevistados estética ou emocionalmente. A maioria delas estavam associadas a pele extremamente seca e alta exposição solar, em conjunto com a falta de sombra no bairro. Foi promovida uma iniciativa de plantio de árvores para prevenir dermatoses induzidas pela radiação solar.

Conclusão: a imersão reflexiva da equipe de dermatologia no reino do cotidiano do bairro possibilitou o desenvolvimento de estratégias de atenção alicerçadas nas necessidades percebidas da população.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa; atenção primária à saúde; aterros sanitários; dermatopatias; epidemiologia social

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas constituyen una de las principales consultas en el primer nivel de atención[1–4]. Sin embargo, los perfiles de morbilidad dermatológica se distribuyen desigualmente según las condiciones de vida y las inequidades en el acceso al sistema de salud, que reducen las oportunidades de diagnóstico y tratamiento en poblaciones vulnerables[5,6].

En Argentina, cerca de 4 millones de personas viven en asentamientos en los que se combinan alta vulnerabilidad social con una elevada exposición a contaminantes ambientales provenientes de desechos industriales, aguas contaminadas y basurales cercanos [7–10], que constituyen una fuente de exposición, por inhalación, ingesta o contacto directo y se asocian a patologías dermatológicas, como las alérgicas, infecciosas o las derivadas de la potencial carcinogénesis de algunos contaminantes[11–17].

Se han reportado pocos estudios sobre problemas dermatológicos en asentamientos vulnerables en zonas urbanas, aunque los que se han realizado sugieren que las enfermedades de la piel se encuentran entre las más frecuentemente percibidas y reportadas en este tipo de barrios. En Brasil, una investigación cualitativa con recicladores de basura indagó sobre la percepción de los problemas de salud más frecuentes, entre los que se destacaron las dermatosis, las afecciones musculoesqueléticas y los traumas mecánicos[18]. Un estudio en segregadores de basurales en India reportó una incidencia trimestral de úlceras en piel del 29% e irritaciones oculares que alcanzaron un 15%[19,20]. En Bombay se reportó que el 40% de los/as trabajadores/as tenía enfermedades de piel o alergias[20]. En Filipinas se reveló que el 40% de los segregadores del principal basural de Manila contrajo diversas enfermedades de la piel[9,19–21].

El municipio de General San Martín (SM) forma parte del “primer cordón” del Gran Buenos Aires (Argentina), ubicándose al norte del mismo. Según datos del 2019, viven 19.800 familias en asentamientos precarios, algunos emplazados sobre rellenos sanitarios, linderos a basurales de residuos sólidos urbanos (RSU) y atravesados por afluentes del río Reconquista, uno de los más contaminados del país[10,22–25].

El Servicio de Dermatología del Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A) Eva Perón de SM, es el principal efector público de tercer nivel de la zona (9.500 consultas por año, aproximadamente). Sin embargo, hasta el año 2016 pocas eran las consultas de habitantes de asentamientos del municipio, a pesar de la elevada exposición a contaminantes ambientales a los que se encuentran expuestos. La baja tasa de consultas, en comparación con otros estudios, planteó la necesidad de realizar un dispositivo de asistencia dermatológica (DAD) para estudiar el perfil de afecciones de la piel en Cacharí, uno de los barrios del municipio[26].

En este barrio gran parte de la población trabaja en cooperativas de reciclaje de residuos que recolectan RSU principalmente en Ciudad de Buenos Aires. Otras, realizan la limpieza del “zanjón”, un afluente del río Reconquista, que atraviesa el barrio. En estas aguas y suelos se

detecta la presencia de sustancias contaminantes (metales pesados, pesticidas, contaminantes orgánicos, etc.) en concentraciones potencialmente tóxicas según límites definidos por la Organización Mundial de la Salud [25,27–32].

Este trabajo se propone conocer MC, experiencias y modalidades de atención de las afecciones dermatológicas de la población del barrio y sus articulaciones con el subsistema profesional de la salud, así como reflexionar sobre los DADs que el equipo de salud desarrolló en la comunidad. Con este análisis se espera aportar una mirada comprensiva sobre las afecciones de la piel de los/as habitantes del barrio y visibilizar los recorridos de cuidado que realizan, en un contexto social y ambiental de alta vulnerabilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el marco de los DADs se realizó una investigación cualitativa para conocer MC y modalidades de atención de los/as habitantes del barrio Cacharí.

La investigación se fundamentó en el marco teórico de la Epidemiología Sociocultural que parte de una mirada relacional del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado (s/e/a/c)[33].

De acuerdo a esta teoría, los padecimientos que experimentan los sujetos y/o los grupos sociales en primer término se auto-atenden. Esto supone la existencia de saberes nativos respecto del proceso s/e/a/c, que más allá de lo erróneo o correcto de las explicaciones causales, ofrece diagnósticos provisorios y tipos de tratamiento, que los sujetos propician y ejercitan para diferentes tipos de padecimientos[33]. Por lo tanto, es un enfoque que busca incorporar al diagnóstico de situación de salud, las perspectivas y experiencias de la población objeto de estudio.

En este marco teórico el diagnóstico de salud incluye analizar los itinerarios terapéuticos[34] que realizan los sujetos y los grupos sociales para atender el cuidado de la salud, en los 3 subsistemas posibles de atención: el profesional, el familiar y el popular[35]. El primero abarca los profesionales legalmente reconocidos, y las instituciones públicas y privadas del sistema de salud; el familiar incluye redes sociales y comunitarias próximas donde las enfermedades son primeramente detectadas y enfrentadas con un conocimiento no especializado. El subsistema popular, generalmente unido al familiar, consiste en “especialistas” que ofrecen curas no formales ni reconocidas legalmente. Si bien estos dos últimos sostienen interpretaciones divergentes, en los procesos s/e/a/c, se generan intercambios entre las diferentes concepciones[35]. Los saberes y experiencias nativas establecen relaciones transaccionales con el subsistema profesional. Es decir, a partir de las búsquedas de atención, de las vivencias con los padecimientos y de las condiciones sociales y culturales, es que los sujetos deciden consultar o no al subsistema profesional. El análisis de estos procesos y de las transacciones que los sujetos y los grupos sociales realizan entre los subsistemas, se realiza mediante aproximaciones cualitativas de las experiencias y vivencias de los actores sociales que padecen y actúan respecto de dichos procesos[33].

AFECCIONES DE LA PIEL. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa se realizó mediante entrevistas en profundidad para conocer necesidades y motivos de atención dermatológica, procesos de autoatención relacionados con afecciones de la piel y barreras a las consultas en el subsistema profesional de salud. También se realizaron registros etnográficos de los DADs.

Los DADs fueron realizados entre mayo 2016 y mayo 2017 cada 15 días, por un equipo estable conformado por 3 dermatólogos, la coordinadora de la escuela de enfermería del H.I.G.A Eva Perón y un antropólogo de la Universidad de SM, sumándose a los DADs 5 rotantes aleatorios entre enfermeros y médicos.

En una etapa preliminar de 2 meses se realizaron varias visitas informales para contactar referentes locales con los que organizar los DADs. Estos referentes identificaron espacios para lograr cobertura territorial: dos centros comunitarios "merenderos", un centro de prevención de adicciones, dos locales de organizaciones sociales, una guardería infantil, tres iglesias y una escuela primaria. También se desarrollaron DADs en los centros de acopio de las cooperativas de reciclaje de residuos del barrio durante horario laboral y con previa autorización de sus referentes. Se realizaron en total 19 DADs. La difusión se realizó mediante afiches, el "boca en boca" de los referentes barriales y el "pasilleo" puerta a puerta por parte del equipo. Los dermatólogos atendieron entre 20 y 25 personas promedio por DAD. El personal de enfermería los recepcionaba y completaba los datos filiatorios y demográficos y eran entrevistados por el antropólogo, previo consentimiento del entrevistado/a. Las 14 entrevistas realizadas se audiograbaron, y de cada una se confeccionó un registro etnográfico[36]. También se confeccionaron registros etnográficos de los "pasilleos".

Para el análisis cualitativo, se incorporaron otros 3 antropólogos y una socióloga. Se codificaron las entrevistas y registros según los ejes definidos por el equipo investigador y los emergentes del análisis[37]. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del H.I.G.A Eva Perón de SM y los requerimientos legales según marco normativo de la Provincia de Buenos Aires. Los datos personales de los entrevistados y el nombre real del barrio son confidenciales y se presentan con nombres ficticios.

RESULTADOS

Durante los DADs y las visitas informales al barrio se evidenciaron múltiples barreras de accesibilidad al sistema público de salud. Estas experiencias "negativas" construyen una representación de las consultas en el sistema público de salud como un laberinto de dificultades: "vas y es difícil", "te dan unas vueltas", "empecé a trabajar y no pude volver", son algunas de las expresiones de lo/as entrevistado/as. Las malas experiencias podrían explicar en parte la baja tasa de consultas al Servicio de Dermatología del hospital. Sin embargo, los/as habitantes de Cacharí despliegan conocimientos y prácticas de autoatención [35], que suponen estrategias comunitarias, para diagnosticar y tratar, a partir de saberes y terapéuticas locales,

los problemas de salud en general y en particular las afecciones de la piel.

El caso de lo/as trabajadore/as del zanjón

Los/as trabajadores/as del zanjón realizan la limpieza del arroyo a cielo abierto (**Foto 1**). Un grupo ha sido capacitado para controlar que los/as trabajadores tengan elementos de seguridad (guantes, botas, barbijos, antiparras):



Foto 1: Canal que atraviesa el barrio Cacharí, llamado "El Zanjón" por sus vecinos.

"... guantes también usamos, los de goma cuando entramos dentro del agua, porque tiene contaminación. Tenés que usar los anteojos, porque te salpica".

Sin embargo, los elementos no son suficientes para evitar el contacto con el agua contaminada, que reconocen como la causa de ciertas lesiones de la piel:

"Yo tengo esto por el agua [se señala la nariz], porque yo me meto mucho y te salpica. Entonces tengo hongos. Cada vez que me meto me sale de todo".

Los/as cooperativistas consideran que la cara es más propensa a recibir salpicaduras, y las vinculan a la aparición de granos y hongos. También varias/os cooperativistas describen la "peor situación": resbalar y caer dentro del zanjón,

"Cuando pasa eso enseguida esa persona deja de trabajar y hacemos que se vaya a la casa a bañarse. Porque esa agua está contaminadísima".

En estas situaciones despliegan prácticas de autoatención, que implican evaluar los riesgos y tomar acciones para atenuar sus consecuencias, como compra de medicamentos que representan un gasto económico:

"...me había comprado Picidex [crema antihongos de venta libre], ...me compraba cosas por mi cuenta"

En este sentido, resultó de importancia realizar algunos DADs en el lugar y horario de trabajo, ya que esta población no había podido acceder a los dispositivos.

Motivos de consulta por lesiones de la piel en el barrio Cacharí

La población que mayoritariamente consultó en los DADs fueron mujeres jóvenes para atender a sus hijos pequeños, en edad escolar.

AFECCIONES DE LA PIEL. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Llevar a los hijo/as representó una oportunidad para que las madres se atiendan:

“es para hacer ver al nene...bueno y a mí también”.

Las consultas espontáneas fueron principalmente por “manchas”, “lunares”, “granitos”, “hongos”, “bultitos”, “verrugas” y “picazón”, correspondiendo a diagnósticos habituales en servicios de dermatología, como piel seca (xerosis) con picazón (prurito) asociado, eccemas, verrugas, impétigos, fotodaño, melasma, lentigos solares, rosácea y acné leve- moderado, que podían diagnosticarse y tratarse sin necesidad de derivación (**Cuadro 1**).

CUADRO 1. Ejemplos de motivos de consulta frecuentes según localización corporal, visibilidad de la lesión y necesidad de derivación para diagnóstico y/o tratamiento

Localización	Expresión textual	Motivo de consulta	Diagnóstico dermatológico	Visible /No Visible	Requiere derivación para diagnóstico y/o tratamiento
Cara	“Me hice ver por estos granitos en la cara” “Ahora tengo que usar, anteojos de sol y gorrita, porque me dijeron que el sol me está haciendo mal [señala las mejillas], a veces a la noche siento que me tira la piel, eso me molesta un poco. A veces me pongo alguna crema, pero no pasa nada...”	Granitos	Rosácea	Visible	No
	“La nena tiene una mancha en la cara, de color rojizo en la mejilla izquierda”	Mancha roja	Hemangioma	Visible	No
	“Tenía dos lunares (me muestra unas manchas, una bajo la nariz, la otra en el costado derecho de la garganta), me los hice quemar. No es que me molestaran, pero me los hice quemar, porque una doctora ya me había dicho que no le gustaban nada”	Lunares	Queratosis seborreicas	Visible	Si
	“Tiene una “bolita” en la mejilla, estas manchas en la cara y lo quería hacer ver [al hijo]”	Bolitas	Pilomatricoma	Visible	No
	“Yo lo que tengo... bueno ahora no, tenía... eran unas manchas en la cara que según me dijeron unos dermatólogos de mi obra social eran del sol, pero ahora ya se me fueron. Me habían dado una pomada y me dijeron que use protector solar”	Manchas	Melasma	Visible	No
	“A mí me van a sacar este cosito que tengo acá (se señala un lunar sobre el costado de la cefala derecha, casi oculto por el pelo) y también lo de la mano (tiene algunas manchas oscuras) que yo les preguntaba si era por la edad y no, es por los rayos solares [...]”	Lunar	Lentigos solares	No Visible	No
	“[La nena] tiene algunas lesiones en la carita, en la pierna y el cuero cabelludo”.	Lesiones	Dermatitis atópica	Visible	Si
Cuello	“Yo tengo una mancha acá en la garganta”	Mancha	Nevus melanocítico congénito	Visible	No
	“Yo tengo estas verrugas en la piel del cuello, me salieron hace poco y tampoco me las puede hacer ver”	Verrugas	Acrocordones	Visible	No
Tono	“Néstor: como dije, tengo lesiones por todo el cuerpo, pero según me dice el doctor no es algo tan grave, pero sí difícil de tratar. Sin embargo, son necesarios algunos estudios para ver bien el problema. “Néstor dice que irá al hospital al día siguiente”	Lesiones	Dermatitis atópica psoriasis crónica y liquenificada	No Visible	Si

Un caso ilustrativo es el de una trabajadora de 30 años de una cooperativa de recolección de residuos y voluntaria del comedor comunitario, que consultó por granitos, por los que ya había consultado y le preocupaban porque oscurecían su piel:

“Yo me hice ver por estos granitos en la cara. Dicen los doctores que es por el calor del horno. Hace un par de meses me salieron estos granitos y no me gustan, porque mi piel es más blanca y oscureció un poco”.

Este ejemplo ilustra una de las preocupaciones más frecuentes: la visibilidad y secuela de las lesiones, en zonas como cara, cuello o manos. Las consultas por lesiones dermatológicas en zonas menos visibles (brazos, piernas, codos, panza, espalda) fueron menos frecuentes. Un ejemplo es el de un hombre de 60 años, que durante un “pasilleo” se acercó para comentar que tenía lesiones en piernas, pecho y espalda, por lo que el equipo decidió concurrir a su domicilio para revisarlo. Las lesiones que presentaba se reconocieron como de “mayor gravedad” y se le gestionó un turno programado en el hospital. Sin embargo, no asistió a la cita, aunque volvió a consultar espontáneamente en otro de los DADs, reprogramando un turno al que tampoco asistió (Cuadro1 “Néstor”). Este caso permite ver que los

“pasilleos” permitieron identificar lesiones que no se manifiestan a simple vista, pero que también constituyen motivos de preocupación para las personas.

Otros MC fueron las modificaciones de lesiones de larga data con cambios recientes en el tamaño, forma, coloración o sensación (**Cuadro 2**). Estas modificaciones percibidas generan preocupación respecto de la salud y del aspecto estético, y movilizan a los/as habitantes del barrio a acudir a la consulta profesional, lo que pone de manifiesto el interés por el autocuidado.

Transformación de la perspectiva y de la intervención profesional Las vivencias de los/as profesionales durante los DADs llevaron a jerarquizar lesiones que la biomedicina considera de bajo riesgo, pero que podían llevar a afecciones de la piel más graves, o a problemas estéticos que afectarían la vida social de los/las habitantes de Cacharí. Gran parte de las consultas estaban relacionadas con la piel reseca (**Cuadro 1**), producto del uso de jabón blanco para higiene personal, y de la alta exposición a rayos solares por ausencia de espacios con sombra en el barrio. Si bien “piel seca” se considera afección de bajo riesgo, en el tiempo puede ser una “puerta de entrada” a patologías de mayor gravedad.

Para prevenir a largo plazo lesiones producto de la exposición solar, el equipo impulsó una iniciativa para plantar árboles en el barrio y generar espacios con sombra natural.

En articulación con el municipio y referentes barriales, se discutieron estrategias para evitar daños del alumbrado y cañerías por el crecimiento de los árboles. Inicialmente se plantaron árboles en el parque de una escuela, capacitando a vecinos/as acerca del cuidado de éstos (**Foto 2**). Los primeros 36 árboles se plantaron en septiembre de 2016 en un festival en el barrio. Esta iniciativa fue replicada por la municipalidad de SM en otros asentamientos, a través de un programa local.

Otras acciones de prevención incluyeron la distribución de folletería con información sobre medidas de protección solar y de hidratación de la piel para tratar xerosis y prurito. Además, para personas con patologías complejas se desarrolló un circuito de derivación al hospital que facilitó la accesibilidad a la consulta.

CUADRO 2. Modificaciones detectadas que motivan la consulta con el equipo

Según cambios en			
Tamaño	Forma	Coloración	Sensación percibida
“Hace 4 años que la tengo [una mancha], pero antes no me preocupaba porque era bien chiquita [...]. Pero me crece cada vez más y me preocupa” (Isabel, local de organización social)	“Comenzó hace unos meses como un sarpullido y una picazón que se fue cerrando hasta convertirse en esta bolita” (Sociedad, refiriéndose a su hijo en el operativo en la guardería)	“Hace un par de meses me salieron estos granitos y no me gustan porque mi piel es más blanca y se oscureció un poco, pero más que no gustarme me hice ver porque me cagó toda cuando me salieron, porque yo nunca tuve así granitos” (Maitena, local de organización social). “A mí me gusta porque me gusta linda todos los días, hace rato lo vi, pero yo creía que era un lunarcito, pero no, es un lunar. Se va haciendo oscuro. Entonces me lo van a sacar, así que estoy contenta” (Celia, cooperativa de limpieza del rancho)	“Arturo viene a hacerse ver por unas manchitas en la cara y por unos lunares que tiene bajo la panza, no me los muestra, pero me explica que se le están poniendo más grandes y que le duelen un poquito cuando le aprieta el pantalón” (Arturo, iglesia evangélica) “Tván tiene forúnculos en brazos y piernas, algunos ya son manchitas cicatrizadas. Le aparecieron desde que trabaja acá... hace un año más o menos. A los 3 meses le empezaron a aparecer. Nunca se hizo ver, porque pensó que eran solo granitos comunes, aunque me dice que le llaman la atención, porque se los revisaba y le salía mucho pus” (Iván, CEAMSE)

Fuente: Elaboración propia. Entrevistas y registros de campo.



Foto 2: Festival de forestación. Vecinos llevando a cabo las primeras plantaciones de árboles.

DISCUSIÓN

Esta investigación realizada a partir de la intervención en el barrio Cacharí permitió conocer MC y problemáticas de los/as habitantes del barrio, incorporando herramientas de la epidemiología sociocultural[33], recuperando estrategias de atención en función de la situación de salud y las necesidades percibidas por la población. Los/as vecinos reconocen las lesiones en la piel y prestan atención a sus modificaciones. Los diagnósticos fueron resignificados por el equipo, a partir del "estar ahí" en el barrio[38]. Frente a la idea inicial de encontrar patologías graves, se evidenció la prevalencia de afecciones de menor gravedad en zonas visibles que afectaban estéticamente, lo que sugirió que al igual que en poblaciones de mayor nivel socioeconómico, éstas generaban dificultades en la vida social[39]. Queda pendiente para futuros análisis interpretar la escasa detección de lesiones dermatológicas graves, descrita en la bibliografía, en barrios linderos a basurales[19,20].

La experiencia de esta investigación sugiere que las barreras de accesibilidad geográficas y socioculturales requieren dispositivos como los DADs de "salida" al barrio[40] que facilitan el acceso a la atención dermatológica, principalmente de niños/as y sus madres, siendo posible la atención cuando éstos se ubican en determinados espacios de referencia (comedor, merendero, iglesia). Para la población laboralmente activa fue necesario trasladarse a los lugares y horarios de trabajo. El hallazgo de casos de mayor gravedad principalmente durante los "pasilleos" (y luego derivados al hospital) da cuenta de la potencialidad de este dispositivo para identificar oportunamente problemas de salud de mayor complejidad. Un ejemplo es el de Nestor, que no acudió a la consulta programada en el hospital en el día y horario que le resultaban convenientes, pero sí volvió a consultar al DAD ubicado en el barrio.

Numerosas experiencias muestran que las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad requieren de dispositivos

territoriales comunitarios específicos que logren articular las necesidades poblacionales con el sistema profesional de atención[41]. La Dermatología cuenta con antecedentes como la "dermatología comunitaria" desarrollada en 1991 en México[42,43], y con experiencias aisladas en algunas comunidades de nuestro país[44].

El diseño metodológico partió del supuesto que las narrativas son una vía de acceso a la experiencia y, que los relatos sobre las vidas cotidianas[38], generan empatía y vínculos con los investigadores que hacen de la propia experiencia y de sus vivencias un instrumento analítico[45], permitiendo la comprensión en los términos nativos de los sujetos de estudio[46].

La resignificación de las lesiones "desde adentro" como plantea la etnografía[47,48], promovió plantar árboles para producir espacios con sombra natural, es decir, la perspectiva sociocultural llevó a impulsar acciones que van más allá del nivel individual, para abordar algunos determinantes sociales en el nivel comunitario. Limitantes a este tipo de intervenciones son los casos de "los trabajadores del zanjón", donde las situaciones de vulnerabilidad exceden al sector salud. Sin embargo, este tipo de estudios permiten el diagnóstico local de salud[41] ofreciendo herramientas oportunas para intervenciones de otros agentes y niveles gubernamentales.

CONCLUSIÓN

La Epidemiología Sociocultural y la mirada relacional sobre los procesos de s/e/a/c posibilitó desplazar el abordaje asistencial tradicional al Barrio Cacharí. Al incorporar prácticas y representaciones de la población de estudio, se implementaron estrategias ancladas en las necesidades y percepciones locales[49]. Este enfoque, que desplaza a la medicina desde el consultorio hacia el territorio, del control a la comprensión, lleva a conocer "de primera mano" las relaciones de las personas con el espacio, la vida cotidiana, las relaciones sociales y de poder, dominación y apropiación de este espacio[47]. Es desde esta perspectiva, que la investigación en Cacharí se tradujo en el desarrollo de una práctica profesional reflexiva, situada en la dinámica de las relaciones vividas en el espacio local, y que continúan interpelando al equipo[33].

Limitaciones de responsabilidad

La responsabilidad del trabajo es sólo de los autores

Conflictos de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

El presente artículo surge del trabajo de investigación realizado con el apoyo de las Beca SALUD INVESTIGA "Dr. Abraam Sonis", otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, convocatoria 2016, titulado: "Pesquisa de enfermedades dermatológicas en individuos que viven en un asentamiento sobre relleno sanitario lindante al C.E.A.M.S.E." (Nº de registro: IS001186)

Originalidad del trabajo

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Los participantes de este trabajo ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

Participación de los autores

Todos los autores hemos participado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Bibliografía

1. Fleischer AB Jr, Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F. *Diagnosis of skin disease by nondermatologists*. *Am J Manag Care*. 2000 Oct;6(10):1149–56.
2. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. *Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition*. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Aug;45(2):250–5.
3. Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol MA e. I. [Diagnostic agreement between primary care physicians and dermatologists in the health area of a referral hospital]. *Actas Dermosifiliogr*. 2008 Apr;99(3):207–12.
4. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. *Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada*. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2014;105(3):271–5.
5. To MJ, Brothers TD, Van Zoost C. *Foot Conditions among Homeless Persons: A Systematic Review*. Vol. 11, *PLOS ONE*. 2016. p. e0167463. doi: 10.1371/journal.pone.0167463.
6. Barazzetti DO, Barazzetti PHO, Cavalheiro BT, Ely JB, Nunes DH, Stamm AMN de F. *Quality of life and clinical and demographic characteristics of patients with cutaneous squamous cell carcinoma submitted to tumor resection by double-bladed scalpel*. *An Bras Dermatol*. 2019 Jul 29;94(3):304–12.
7. Fleitas A, Fleitas, A. G. (2015). *Impacto de las condiciones socioeconómicas y ambientales con relación a la presencia de enfermedades dermatológicas en la población infantil en el barrio San Antonio Ypecurú (Vertedero Municipal)*. *Revista sobre Estudios e Investigaciones del Saber Académico*. 2015;5:73–7.
8. Vantarakis A, Paparodopoulos S, Kokkinos P, Vantarakis G, Fragou K, Detorakis I. *Impact on the Quality of Life When Living Close to a Municipal Wastewater Treatment Plant*. *J Environ Public Health*. 2016 Jun 7;2016:8467023.
9. Fazzo L, Minichilli F, Santoro M, Ceccarini A, Della Seta M, Bianchi F. *Hazardous waste and health impact: a systematic review of the scientific literature*. *Environ Health*. 2017 Oct 11;16(1):107.
10. *Minist Infraestruc y Serv Pub Prov BsAs. Registro público provincial de villas y asentamientos precarios (RPPVAP) [Internet]. [cited 2019 Jun]. Available from: http://www.mosp.gba.gov.ar/subsecretarias/reg_vilyasent.php*
11. *Polymorphisms in DNA repair genes XRCC1 and XRCC3, occupational exposure to arsenic and sunlight, and the risk of non-melanoma skin cancer in a European case-control study*. *Environ Res*. 2014 Oct 1;134:382–9.
12. Surdu S, Fitzgerald EF, Bloom MS, Boscoe FP, Carpenter DO, Haase RF. *Occupational exposure to arsenic and risk of nonmelanoma skin cancer in a multinational European study*. *Int J Cancer*. 2013 Nov;133(9):2182–91.
13. Eiroa SJR, Losada MTF, Faraldo MIR. *Cáncer cutáneo por exposición ocupacional a agentes químicos*. Vol. 60, *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2014. p. 420–33. doi: 10.4321/s0465-546x2014000200013
14. John SM, Trakatelli M, Gehring R, Finlay K, Fionda C, Wittlich M. *CONSENSUS REPORT: Recognizing non-melanoma skin cancer, including actinic keratosis, as an occupational disease - A Call to Action*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Apr;30 Suppl 3:38–45.
15. Hersch-Martínez P. [Sociocultural epidemiology: an essential approach]. *Salud Publica Mex*. 2013 Sep;55(5):512–8.
16. *NIOSH skin notation (SK) profile: arsenic and inorganic arsenic containing compounds [CAS No. 7440-38-2] [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service,*

Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health; 2017 Aug. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-184/

17. *Argentina. Guía de actuación y diagnóstico de enfermedades profesionales. Cáncer cutáneo ocupacional [Internet]. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Ministerio de Producción y trabajo 2019. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_actuacion_y_diagnostico_-_cancer_cutaneo.pdf*
18. Gutberlet J, Baeder AM, Pontuschka NN, Felipone SMN, Dos Santos TLF. *Participatory research revealing the work and occupational health hazards of cooperative recyclers in Brazil*. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Sep 27;10(10):4607–27.
19. *Curutchet G, Grinberg S, Gutiérrez RA. Degradación ambiental y periferia urbana: un estudio transdisciplinario sobre la contaminación en la región metropolitana de Buenos Aires*. Vol. 15, *Ambiente & Sociedad*. 2012. p. 173–94. doi: 10.1590/s1414-753x2012000200010.
20. *Barragán HL. Desarrollo, salud humana y amenazas ambientales: la crisis de la sustentabilidad*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2010. 523 p.
21. *Megna M, Napolitano M, Costa C, Balato N, Patruno C. Waste exposure and skin diseases*. *G Ital Dermatol Venereol*. 2017 Aug;152(4):379–82.
22. *Di Pace M, Caride Bartrons H, Alsina MG, Barsky A, Calello TD, Crojethovich Martin A. Ecología Urbana*. Universidad Nacional de General Sarmiento; 2012.
23. *Rotger DV. Gestión de cuencas en la región Metropolitana de Buenos Aires. Historia y actualidad de un territorio en conflicto ambiental. El caso del Gran La Plata. Cuad urbano [Internet]. 2018 Jun 7;24(24). Available from: http://revistas.unne.edu.ar/index.php/crn/article/view/2919*
24. *Di Pace M, Barsky A. Agua y territorio. Fragmentación y complejidad de la gestión del recurso hídrico en la Región Metropolitana de Buenos Aires*. Editorial Ciccus; 2012.
25. *Porzionato N, Candal R, Curutchet G. "Evaluación del potencial de acidificación, liberación de metales y posibilidades de remediación de sedimentos del Río Reconquista" [Doctorado en Ciencia y Tecnología Mención Química.]. Universidad Nacional de San Martín; 2016.*
26. *CI Martínez Berré, VA Morris, JM Carou Maneiro y MR Simi. Morbilidad dermatológica en la unidad sanitaria "1o de mayo", Lanús Este, Buenos Aires, agosto de 2009 a enero de 2010*. *Revista argentina de dermatología*. 2010 Jun;91(2).
27. *Marbán L, de G LC, Ratto S, Agostini A. Contaminación con metales pesados en un suelo de la cuenca del río Reconquista*. *Ecol Austral*. 1999 Sep;9:15–9.
28. *Irby CE, Yentzer BA, Vallejos QM, Arcury TA, Quandt SA, Feldman SR. The prevalence and possible causes of contact dermatitis in farmworkers*. *Int J Dermatol*. 2009 Nov;48(11):1166–70.
29. *Cellini A, Offidani A. An epidemiological study on cutaneous diseases of agricultural workers authorized to use pesticides*. *Dermatology*. 1994;189(2):129–32.
30. *Hashmi, Hashmi, Imran, A. K. Adverse Health Effects of Pesticides Exposure in Agricultural and Industrial Workers of Developing Country [Internet]. Pesticides - The Impacts of Pesticides Exposure*. 2011. doi: 10.5772/13835
31. *Gómez SF, Rojas AM, Velandía J, Almeida JE. Revisión de documentación acerca de la contaminación por lixiviados generados en rellenos sanitarios en Colombia*. 1. 2016 Dec 1;(8):77–90.
32. *Nader G. Modelización del transporte de metales en el río Reconquista (entre ex ruta 8 y Panamericana): etapas de conceptualización, formulación y calibración [Licenciatura en Análisis Ambiental]. Universidad Nacional de San Martín. ; 2009.*

33. Menéndez EL. *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. *Revista de Antropología Social*. 2005; (14):33–69.
34. Venturiello MP. *Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares*. *Physis*. 2012;22(3):1063–83.
35. Kleinman A. *Culture, Illness, and Care* [Internet]. Vol. 88, *Annals of Internal Medicine*. 1978. p. 251. doi: 10.7326/0003-4819-88-2-251
36. Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. *Writing Ethnographic Fieldnotes, Second Edition*. University of Chicago Press; 2011. 320 p.
37. Kamal N. *Writing ethnographic fieldnotes, by Emerson, Robert, Rachel Fretz and Linda Shaw* [Internet]. Vol. 20, *Social Anthropology*. 2012. p. 337–8. doi: 10.1111/j.1469-8676.2012.00213.6.x
38. Achilli EL. *Investigar en antropología social: los desafíos de transmitir un oficio*. Centro de Estudios Antropológicos en Contextos Urbanos, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario; 2005. 98 p.
39. Bull RH. *Society's reactions to facial disfigurements*. *Dent Update*. 1990 Jun;17(5):202, 204–5.
40. Pedraza DF, Costa GMC. *Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família*. *Enfermería Global*. 2014 Jan 5;13(1):267–91.
41. Moisés ST, Franco de Sá R. *Local health promotion plans: intersectoralities created in the territory*. *Cien Saude Colet*. 2014 Nov;19(11):4323–30.
42. Topete RO, Scholtès C, Hidalgo LG, Dubón CA, Carbajosa J, Pedroza GO. *Dermatología comunitaria en Oaxaca: el modelo CECIPROC*. *Dermatol Rev Mex*. noviembre-diciembre, 2013;57(6):421–7.
43. Estrada-Castañón R, G. C-L. *Nuevos caminos en Dermatología comunitaria*. *Dermatol Rev Mex*. 2016 May;60(3):199–201.
44. D'Angelo M, Cotti CL, Casas I. *Teledermatología y Dermatología comunitaria: estrategias complementarias para mejorar la accesibilidad y calidad de la atención dermatológica*. *Dermatol Rev Mex*. noviembre-diciembre 2013;57(6):446–53.
45. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), Toniol R. *“O caminho é aqui”: um estudo antropológico da experiência do Caminho de Santiago de Compostela em uma associação de peregrinos do Rio Grande do Sul, Brasil*. *pasos*. 2011;9(3):69–82.
46. Guber R. *Prácticas Etnográficas. Ejercicios de reflexividad de antropólogas de campo*. De *Prácticas y discursos* Universidad Nacional del Nordeste Centro de Estudios Sociales. 2014 [cited 2018 Mar]. Available from: <http://revistas.unne.edu.ar/index.php/dpd/article/view/2814>
47. Guber R. *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores; 2019. 160 p.
48. Restrepo E. *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. 2018. Bogotá: Envión editores, 143 p.
49. Feltri AA, Arakaki J, Justo LF, Maglio F, Pichún FJ, Rosenberg MI. *Salud reproductiva e interculturalidad*. *Salud Colect*. 2006 Dec 4;2(3):299–316.