

**TESIS DOCTORAL.****ODONTOLOGIA
LA ULTIMA PROFESION LIBERAL**

El ejercicio profesional del odontólogo, su mercado laboral y la formación de recursos humanos.*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICA

Doctorando: Ps. Ignacio Sáenz
Director de tesis: Dr. Aldo C. Neri

AÑO 2008

Recibido: Jun. 2009 | Aceptado: Sep. 2009

* Esta investigación fue presentada como tesis final en el Master de Ciencias Sociales de FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales)

INDICE**INTRODUCCIÓN**

- | | |
|--|-----|
| 1. Esquema de la investigación. | 437 |
| Breve referencia al diseño de la investigación | 439 |
| 2. Metodología | |
| Descripción de métodos y técnicas utilizadas | |

CAPITULO I La dimensión bio-social que cobra la formación de los profesionales de la salud. El caso de los Odontólogos

- | | |
|---|-----|
| 1. Introducción a una breve historización de la salud bucal | 442 |
| 2. Algunos antecedentes de experiencias e investigaciones en el campo de la salud | 445 |

CAPITULO II Algunos conceptos acerca de la ética, la interdisciplina y el proceso salud-enfermedad-atención

- | | |
|---|-----|
| 1. La Ética del vínculo | 450 |
| 2. La interdisciplina en el campo de la salud | 453 |
| 3. Una mirada desde la Odontología. Investigación e interdisciplina | 456 |
| 4. Concepto de Salud – Enfermedad. | 460 |

CAPITULO III Formación de recursos humanos en salud

- | | |
|---|-----|
| 1. Entidades formadoras de RRHH. (OMS; OPS; UNESCO; Gob. Ministerio. de salud, de educación, de seguridad social; Universidades). | 469 |
| 2. Recursos humanos – Area salud. | 472 |
| 3. Recursos del sistema. Evolución de los recursos humanos en el sector de la salud. Legislación para la formación de RRHH. | 473 |
| 4. Breve historia del surgimiento de la primera unidad académica de Odontología en Rosario. Planes de Estudios desde 1937 a la actualidad | 474 |
| 5. Un hito contemporáneo. La reforma curricular de 1985 | 478 |

CAPITULO IV Sistema de salud

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 1. Antecedentes de la crisis | 480 |
| 2. Política sanitaria | 485 |
| 2.1. sub-sector obras sociales | 486 |

2.2.	sub-sector privado	488
2.3.	sub-sector público	491
3.	La salud bucal	495
4.	Algunos elementos preliminares para el análisis	495
5.	Salud pública odontológica	496
5.1.	Salud Bucal en el Municipio de la Ciudad de Rosario.	498
6.	Salud Bucal en la Universidad Nacional de Rosario.	510
CAPITULO V Los interlocutores de la Facultad de Odontología.		
1.	Universidad, Formación y Mercado laboral	517
2.	Alumnos. Que piensan los estudiantes acerca de la formación, el mercado de trabajo y el concepto de Salud	517
	▪ Análisis de los cuestionarios	
3.	Docentes. Interrogaciones y respuestas de docentes de la Facultad de Odontología – UNR	525
	▪ Análisis de los cuestionarios	
CAPITULO VI ¿Es la práctica odontológica una profesión liberal?		528
CAPITULOS VII Conclusiones		
1.	El Odontólogo y la Problemática Profesional	533
2.	El Sistema de Retribución en la Administración Pública y en la Seguridad Social	537
3.	Salud y Enfermedad	538
4.	Sector Salud	537
5.	Organización de un Servicio Nacional de Salud	540
6.	Algunos Lineamientos elementales en Política de Salud	541
7.	La Salud Pública Municipal en Rosario	542
CAPITULO VIII Bibliografía General y fuente de datos		544

INTRODUCCIÓN

1. Esquema de la investigación

→ Breve referencia al diseño de la investigación

Esta tesis se posiciona en la formación que reciben los profesionales Odontólogos y la relación que se genera entre los cuerpos teóricos/prácticos que constituyen la currícula con la que se forman los Odontólogos y el mercado laboral que atraviesa la práctica profesional. El mercado laboral de la Argentina se ha modificado en las últimas décadas. La realidad social y económica ha decretado que la Odontología fuese una de las últimas profesiones denominadas liberales.

El objetivo general de la tesis se centro en generar nuevas conceptualizaciones y estrategias que aporten a las estructuras de grado y postgrado universitarias, o una mayor adecuación de las currículas a la formación profesional y el desarrollo de nuevas relaciones vinculares con el mercado de trabajo.

En esta investigación se ha profundizado sobre los desarrollos profesionales de la Odontología, las distintas modalidades de inserción en el mercado laboral, entendiendo a este por la presencia en los 3 (tres) subsectores publico, privado y obras sociales y toda la dinámica que se genera en la formación de grado y de post grado en relación a los servicios, la complejidad tecnológica y la necesidad de capacitación constante.

Unos de los propósitos originarios de esta investigación es contribuir a la Formación de Recursos Humanos en el área Salud, en particular la salud odontológica.

Desde lo académico, este proyecto tiene la intención de coligarse con otras investigaciones en curso en la especificidad disciplinar, como así también con otras disciplinas convergentes en el área salud.

Esta tesis implica reconocer ese entramado epistemológico que significa; campo de trabajo, concepto salud-enfermedad - formación y mercado laboral.

En el trabajo de campo desarrollado se ha investigado el concepto de salud-enfermedad-atención de los Odontólogos en su ejercicio profesional, la inserción en el mercado laboral del Odontólogo y su relación con su capacitación y/o especialización.

El relevamiento del mercado laboral¹, su relación con la realidad socio epidemiológica de la región, permitirá a la Universidad tener otra mirada sobre la formación de recursos humanos

En cuanto a las organizaciones intermedias también serán objeto de las transferencias de los resultados de esta investigación en la medida en que los integrantes de estas organizaciones puedan aparecer como agentes de transformación y capacitación.

El proyecto de investigación se desarrollo en un escenario en el cual la comunidad de profesionales e investigadores son actores activos.

Se realizaron entrevistas a informantes claves de la profesión odontológica en cada sub. sector. Recabando también información sobre las motivaciones y diferentes problemáticas existentes en la población que asisten. La población de estudio son egresado de la carrera de Odontología que habitan en la ciudad de Rosario y el denominado Sistema Metropolitano Gran Rosario. Esta región otrora caracterizada como "cinturón industrial" por la posesión de un conjunto muy importante de pequeñas y medianas empresas fundamentalmente metalúrgicas, ha asistido al

¹ Nota: realizado sobre una muestra de los Odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la UNR. 2002

cierre progresivo de muchas de ellas y a la emergencia de un conjunto de empresas de servicios. Esto ha traído como consecuencia altos índices de desocupación y desarrollo de importantes franjas de trabajadores imposibilitados de volver a insertarse en el mercado de trabajo. Esta situación económica de la región genera una gran cantidad de personas que no tienen cobertura en la seguridad social y tampoco tienen capacidad de pago para dirigirse al sector privado.

Los articuladores teóricos presentes en esta investigación dan cuenta de un recorrido académico profesional en el campo de la salud pública. Donde el objeto construido es auscultado desde un posicionamiento epistemológico, en palabras de Saussure "el punto de vista crea el objeto"² donde el sujeto cognoscente dirige su mirada dándole sentido. Es desde ese lugar, que la interdisciplina, el proceso salud-enfermedad-atención y las políticas en salud atraviesan y dan sentido al proceso investigativo.

Estos conceptos son aplicados y construidos desde la singularidad de cada acto, de cada matriz desde donde surge la palabra de los actores centrales de esta investigación; los estudiantes de Odontología y los Odontólogos. Pensar la salud - enfermedad como un proceso remite a los modos de conceptualizar la causalidad o las determinaciones no sólo desde la dimensión biológica funcional, sino en su articulación con los distintos procesos sociales. Es lo social lo que vincula a la clínica con la salud, la prevención y la promoción. Salud es un concepto a construir desde las distintas determinaciones que lo producen, económica, social, política, jurídica e histórico social.³

En la formación académica de las distintas disciplinas vinculadas a la salud, el concepto de salud ha sido excluido por la hegemonía de un Modelo Médico (en termino de Eduardo Menéndez) cuyos rasgos dominantes son: biologismo, concepción evolucionista - positivista, ahistoricidad, individualismo, la salud como mercancía, legitimación excluyente de otras prácticas, identificación con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, medicalización de nuevas áreas problemáticas, tendencia a un enfoque dominado por la percepción sintomática, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, escisión teórica y práctica, tendencia a escindir la práctica de la investigación, identificación con el medio urbano como lugar de desarrollo.

Hoy, siguen primando, en la formación de los recursos humanos en salud, ciertos intereses liberales y tecnocráticos que sostienen una orientación biologista y curativa, pero las Ciencias Sociales incorporadas a la currícula, van permitiendo pensar a la salud como un valor y comprender que las enfermedades no son solo problemas sanitarios y clínicos, sino una construcción social que se sostiene a través de la cultura, los posicionamientos, políticos, económicos e históricos.⁴

² Saussure, Ferdinand: Curso de lingüística general, Nueva York, México, 1985.

³ Saenz, I. Epistemología, Subjetividad y Salud En: Educación, Salud y trabajo. Revista Iberoamericana, abril, 1999.

⁴ Coll, A.: Las ciencias sociales y la formación del personal de salud. Mimeo 2000

2. Metodología

→ Descripción de métodos y técnicas utilizadas

Se propuso una estrategia metodológica cuali-cuantitativa para lo cual en primer lugar establecimos un Marco de Referencia (o diagnóstico de situación inicial) a partir de la información recabada de las siguientes fuentes.

Etapa diagnóstica.

- Relevamiento de investigaciones precedentes y revisión de la bibliografía pertinente
- Entrevistas a informantes claves
- Se analizaron documentos, resoluciones, leyes, planes de estudios e información relativos a la formación, al ejercicio profesional y al mercado de trabajo en Odontología.
- Se sometió al material documental a dicho análisis para describir las características de la concepción predominante de salud y utilizarlo para la construcción de los indicadores

Este Marco de Referencia nos permitió aplicar las técnicas y herramientas seleccionadas, a los actores que formaron parte del referente empírico para recoger los datos de interés a nuestra investigación.

Lugares donde se realizó el trabajo (lugares de captación)

- Facultad de Odontología UNR
- Efectores públicos
- Sector privado (consultorios, instituciones, etc.)
- Obras Sociales (privadas, gremiales etc.)

Desarrollamos una triangulación metodológica, (esta es definida por Denzin (1978) como la combinación de metodologías para el estudio de un mismo fenómeno)⁵ a partir del diagnóstico inicial, sometiendo el material documental a dicho análisis para generar los insumos que aportaron a la construcción de las herramientas con las cuales exploramos el campo.

Uno de los ejes fue describir las características de la concepción predominante de salud, su incidencia en la formación, la relación que tiene esa concepción en la práctica profesional y el desarrollo que tiene en el mercado laboral. Para ello se generaron contactos con instituciones vinculadas o representantes de la profesión odontológica.

Se hizo un análisis cualitativo de las fuentes documentales en relación a las distintas currículas de la carrera de Odontología en Rosario, las cuales se cruzaron con la posición de los Odontólogos en relación a su ejercicio profesional.

El poder trabajar con técnicas cuali-cuantitativas nos permitió realizar un análisis a través del procesamiento y entrecruzamiento de las diferentes posturas y conceptos de los distintos actores. Esto posibilitó acceder al conocimiento de los distintos saberes y representaciones de los actores sociales en relación al objeto de estudio.

Como ya se enunció se utilizaron diversas técnicas para la obtención de la información. Análisis documental, cuestionarios, entrevistas con sus correspondientes instrumentos, los que se diseñaron acorde a cada actividad propuesta.

Otras de las herramientas utilizadas para ampliar la información en la búsqueda de antecedentes sobre el tema fue la utilización del motor de búsqueda Google, utilizando las palabras claves de la investigación. Los artículos extraídos tienen como referencia central. Universidades, equipos de investigación y organismos gubernamentales.

⁵ Vasilachis de Gialdino, Irene: Método cualitativo I. Los problemas teórico-epistemológicos Centro Editor de América Latina - Buenos Aires 1992. Citado por Irene Vasilachis de Gialdino. Pág. 65

Las técnicas básicas que se utilizaron son las siguientes:

- **Entrevistas a informantes claves:** que incluyeron los ejes temáticos centrales de la investigación. Estas entrevistas iniciales aportaron al diagnóstico inicial como una aproximación al campo. El procesamiento y análisis de las entrevistas se centró en la jerarquización de los testimonios, buscando similitudes y diferencias así como obstáculos y facilitadores. Las mismas se analizaron desde un punto de vista cualitativo lo que permitió identificar ciertas categorías de referencia en función de los dichos de los entrevistados.
- **Entrevistas a Odontólogos en cargos de dirección en organismos gubernamentales:** Con el objeto de recoger las características de las entidades que dirigen, las innovaciones tecnológicas efectuadas por la institución en los últimos años, perfil básico del profesional Odontólogo requerido, relevamiento de las actividades de asistencia y prevención y de capacitación profesional si existiese, etc. Se trabajó con guías de entrevistas previamente elaboradas. Previo consentimiento las entrevistas fueron grabadas y procesadas para analizar la evolución general de la población estudio y la comparación entre sí.
- **Etapas de recolección de datos en la Facultad de Odontología:** Se realizó mediante cuestionarios, de los cuales podían distinguirse dos tipos, uno para alumnos y otro para docentes. Inicialmente se administraron en las Cátedras de Histología, Fisiología y Odontopediatría, se realizaban contactos con los docentes que aceptaban el compromiso a completar el cuestionario pero la respuesta fue muy baja.
- **Diseño de Planillas en Excel:** Se diseñaron dos tipos de planillas en Excel, para cargar los datos de los dos cuestionarios (docentes y alumnos). Ambas planillas están programadas para cargar datos cuantitativos o cualitativos.
- **Cuestionarios a estudiantes y docentes.** La técnica de cuestionarios se aplicó como instrumento a una muestra de estudiantes y de docentes de la carrera de Odontología.

El cuestionario consta de preguntas cerradas y abiertas, de acción y de intención, las mismas incluyen todos los aspectos definidos en el Plan de Actividades. Se diseñó también un método explicativo que se implementó en la carga de los datos. El mismo funciona con sólo ir a un llamado dentro de la misma celda. Se pasaron todos los datos de los cuestionarios a estas planillas. Los cuestionarios se codificaron, para facilitar la corrección de errores de tipado. Se desarrolló la prueba previa o experiencia piloto, aplicando el cuestionario a estudiantes y docentes para corroborar y/o modificar el sentido de las preguntas formuladas en el mismo.

En lo conceptual se tomaron los objetivos de la investigación y el análisis de los tres subsectores.

Todo el material recogido en las distintas entrevistas aplicadas a diversos actores, el análisis de documentos y cuestionarios, fue sometido a un proceso de elaboración y análisis que implicó la construcción de matrices comparando las mismas y buscando recurrencias y singularidades.

Esta estrategia metodológica nos permitió la implementación de distintas herramientas a través de las cuales arribamos a conclusiones que aportaran a la construcción de un marco teórico disciplinar que permita la construcción de otra mirada en relación a la formación universitaria, su vínculo con la realidad social y la posibilidad de transformación de la misma en el campo de la salud bucal. Finalmente se procesaron los datos para la obtención de resultados y así posibilitar el diseño de programas de acción

Una de las finalidades de esta tesis es la transferencia a las autoridades universitarias, municipales y provinciales de las conclusiones de la investigación a fin de aportar a la construcción de estrategias de desarrollo que contengan estructuras y acciones de capacitación

La propuesta sería la de construir un programa de capacitación que pueda recoger la experiencia y que el mismo se constituya en una experiencia replicable no solo en nuestro referente empírico sino también en otras regiones del país

En síntesis. Se planifica generar insumos, líneas de conocimiento y referencias temáticas que aporten a la construcción de:

- ✓ Programas de capacitación y/o especialización en función de las características del mercado laboral.
- ✓ Desarrollo de estructuras no formales de capacitación o inclusión de programas en estructuras preexistentes.

El trabajo de campo de esta investigación fue realizado por residentes alumnos que tienen la condición de becarios ad-honorem y es parte de su formación la participación en un proyecto de investigación, dentro de la cátedra Residencias Clínicas de Pre Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario.⁶

⁶ **NOTA:** En la cátedra Residencias Clínicas de Pre Grado (de la que soy su profesor titular) existen distintos lugares de formación que abarca un espectro que va desde las distintas concepciones clínicas, salud colectiva, etc... , hasta el trabajo en investigación en distintas áreas vinculadas a la salud. Los residentes a través de su historia académica pueden elegir el área donde desarrollar su práctica. En este caso es el área XIII de investigación en el cual están los distintos proyectos de investigación en la cátedra a mi cargo. Los residentes son formados en la aplicación de las distintas técnicas a aplicarse en el trabajo de campo.

CAPITULO I • La dimensión bio social que cobra la formación de los profesionales de la salud. El caso de los Odontólogos

1. Introducción a una breve historización de la salud Bucal

Después de más de 30 años de trabajar en unidades académicas de grado, post grado y en efectores públicos de salud en temáticas referidas a la Salud Pública, cabe preguntarse, que nos ha sucedido que el año 2000 encuentra a la Argentina no solo sin salud para todos⁷, sino también, montados sobre un futuro incierto tanto para los profesionales de la salud como para los destinatarios de sus saberes.

Uno de los múltiples aspectos de este complejo problema del proceso salud-enfermedad en los grupos humanos es el referido a la articulación directa entre la formación de recursos humanos, las prácticas producto de esa formación y las reales necesidades de la población.

La experiencia recogida da cuenta de una ruptura en esta articulación. En general, las prestaciones, las prácticas propias de este modelo de "salud" sostenidas por los profesionales que formamos pareciera, por las estadísticas con la que contamos, que no estuviera satisfaciendo las necesidades de la población.

¿Existe un divorcio, un desencuentro entre el perfil de los profesionales formados y el que necesitaríamos formar?

¿Estamos formando el recurso humano necesario pero múltiples variables del campo de la praxis deforman ese perfil y lo tornan ineficaz?

Unos de los objetivos de esta tesis es revisar la currícula con la que se forman los Odontólogos y analizar con las herramientas pertinentes, la dimensión del impacto de las ciencias sociales incorporadas a los programas de estudio de la carrera de Odontología y si el basamento teórico ha dado consistencia a la teoría de una formación integral como recurso de mejoramiento de la calidad formativa, y por consiguiente un cambio en el perfil profesional, en el área de la salud, como son los Odontólogos.

La historia nos indica cual ha sido el desarrollo del saber, nos explica porque nos encontramos en la situación actual e incluso a veces nos permite predecir el futuro.

Desde esta perspectiva, Laín Estralgo, divide la historia de la salud en dos eras diferentes. La Pretécnica que abarca desde el nacimiento de la humanidad hasta el siglo sexto antes de Cristo y la Técnica que llega a nuestros días.⁸

La era Pretécnica se halla representada por las concepciones sacro-mágicas y empíricas. Los primeros documentos tienen una antigüedad aproximadamente de 5000 años donde aparecen rudimentariamente las primeras referencias al tema de lo bucal; utilización de palillos de oro para limpieza dental, citas con técnicas para fortificar dientes y prevenir enfermedades dentales utilizando miel y arena, etc.

⁷ Consigna lanzada por la OMS "Salud para todos en el año 2000".

⁸ Goirena J de Gandarias y B.Gorricho Gil: "Evolución histórica de la Salud Pública y Legislación"

Lain Entralgo plantea que el gran salto de la concepción sobre la salud, de acuerdo con la ideología occidental, se produce en Grecia, en el denominado período de La Hazaña, donde la enfermedad ya no es únicamente un castigo de los dioses sino una alteración de la armonía u orden de la naturaleza. Sus dos grandes postulantes son Alcmeon e Hipócrates.⁹

El Impero Romano con sus grandes obras de infraestructura, como los acueductos, cloacas y estructura sanitarias, generaron una cultura de la higiene que tuvo una gran difusión que se refleja en numerosos escritos en los que se cita, por ejemplo, el agua de rosa, el cuerno de ciervo, la piedra pómez, el empleo de mondadientes "dentis calpium", etc.

También en Roma, surge la figura de Santa Apolonia como patrona de los "cuidadores de la salud oral".¹⁰

El fin del Imperio Romano conlleva un retroceso en los conocimientos y en las prácticas en salud. Si bien anteriormente se había dado importancia a la acción del medio en la determinación de las enfermedades, la no observancia de medidas higiénicas, sumado al desarrollo del comercio internacional trae como consecuencia la aparición de las grandes epidemias como el tifus, cólera, etc.¹¹. Ante esta situación aparece, como práctica en salud, la "patente de sanidad" mediante la cual, los barcos, si la portaban, tenían libre acceso a los puertos. En Venecia aparecen los denominados "Guardianes de la Salud"

Los siglos XVI y XVII se caracterizan por su visión anátomo-clínica cuya versión es el paradigma llamado bio-médico-clínico. En este momento histórico se comienza a revitalizar las explicaciones de los sucesos de la naturaleza y del hombre a través de la razón, dejándose de lado aquella visión mítica característica del medioevo. Lo que deviene es el surgimiento de un pensamiento científico metódico y experimental.

Con el nacimiento del siglo XIX y con el reconocimiento de los microorganismos se establecen las bases para el desarrollo de la epidemiología a los fines de conocer los agentes etiológicos de las enfermedades. En este tiempo las teorías acidogénicas les permiten a Miles y Underwood relacionar las patologías dentales con los microorganismos. Nuevamente, alrededor de 1820, en Boston en el informe llamado Masachussets, se pone el énfasis en los servicios sanitarios y en la formación del personal para estos servicios, como así también la puesta en práctica de medidas de control sanitario-ambiental. De este modo quedaba claro que no solo se consideraban a los agentes microbios como responsables de las enfermedades sino que se propugnaba la importancia del entorno como medio para mejorar la salud. En 1839 aparece "The American Journal of Dental Science" y un año más tarde se constituye el Colegio de Cirujanos Dentales de Baltimore, que daría lugar a la primera Escuela de estomatología mundial. Posteriormente, en Londres, se crea el Colegio de Dentistas y la Sociedad Odontológica de Londres, y en 1844 nace en París la Escuela Dentaria.

En Argentina, no resulta posible dar cuenta de la consolidación de los estudios odontológicos sin tener en cuenta a la dimensión histórica-política donde se inscriben y articulan los procesos de institucionalización de la educación superior, iniciado a mediados del siglo XIX.¹²

⁹ Lerman Salvador "Historia de la Odontología" Tercera Edición. Edit. De Mundi Año 1974.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Goirena J de Gandarias y B.Gorricho Gil: "Evolución histórica de la Salud Pública y Legislación".

¹² Tedesco J.C. "Industrialización y educación en Argentina" DEAL, Marzo de 1978.

El enciclopedismo y el título de "Doctor" fue la característica distintiva de una educación superior coherente con un sistema oligárquico que permitió la formación de un sector de clase media preparado para el ejercicio de funciones políticas.¹³

En 1892, la Escuela Dental de Bs. As., establece cursos de dos años de duración que pasarán a ser tres en 1910.¹⁴

En 1911 Grotjahn publica su "Patología social", en la que sostiene que gran parte de las enfermedades están determinadas por factores sociales, dándole suma importancia a los factores culturales y socio-económicos en los problemas de salud. A partir de este diagnóstico, se comienza a configurar y definir el concepto de Medicina Social y toma una gran preponderancia la relación, factores sociales - salud - enfermedad.

El 7 de Abril de 1948 nace la Organización Mundial de la Salud que con un nuevo discurso cambia el concepto de enfermedad como ausencia de la salud, entendiendo a la misma desde el campo de lo Psíquico, lo físico y lo social.

A principios de este siglo, en el ámbito odontológico la versión fisio-patológica del paradigma bio-médico-clínico con su mecanismo fisiológico, se desdibuja, no trasciende en la construcción teórica biológica sino que hace un giro hacia la mecánica operatoria y quirúrgica en torno al quehacer, rondando en lo técnico y lo artesanal. En cuanto a la formación adquiere un carácter de especialidad, ya sea en el ámbito de la producción de publicaciones como en los ámbitos institucionales de estudios y enseñanza. La construcción teórica y práctica de la Odontología centra su eje en el positivismo, que se ve representado por una conceptualización de su marco teórico inminentemente objetivo, en búsqueda de resultados definitivos. Esta conciencia metodológica determina pautas normativas tanto en la forma de arribar al conocimiento como en el plano de su aplicación práctica.

En lo que concierne a la esfera de la relación entre la Odontología y la Epidemiología, esta última promovió la expresión de un proceso donde intervienen varios factores, presentando la tríada ecológica. agente-medio-huésped; utilizando también las categorías de prevalencia e incidencia expresada en términos estadísticos. Aún en este intento de comprender íntimamente el proceso salud-enfermedad, este abordaje queda inmerso en la acotada enmarcación de lo ecológico, desplazando así la historicidad y la socialidad de los factores implicados en dicho proceso.¹⁵

¹³ Lejarra Pablo: "La Reforma Universitaria (1918 - 1932) en "La clase media en el poder" Colección Historia Integral Argentina. Tomo Nº 6 Centro Editor de América Latina. Año 1974

¹⁴ Patrone Juan: "La Escuela dental de Buenos Aires" Comunicaciones al VI Congreso Dental Internacional. Londres, Imprenta "La Odontológica" Madrid. Agosto 1914

¹⁵ Novarese Ivana y Alessio Ana: "La Odontología como óptica científica, como lenguaje, como relación interhumana" inédito. Trabajo presentado como producción final Curso sobre Metodología de la Investigación. Fac. de Odontología. Año 1998.

2. Algunos antecedentes de experiencias e investigaciones en el campo de la salud

Este trabajo de tesis se asienta en trabajos anteriores realizados en el campo de la salud, básicamente en experiencias realizadas en la ciudad de Rosario y el denominado Sistema Metropolitano Gran Rosario.

Los antecedentes de la presente investigación se apoyan en un trabajo realizado por el equipo de investigación del **CESS** que investigó sobre la **ESTRUCTURA Y DINÁMICA OCUPACIONAL DEL MÉDICO** y publicada en los Cuadernos Médicos sociales. Plantea que en las modernas sociedades basadas en la economía de mercado, la producción de servicios médicos se organiza conforme a las reglas del mismo. El trabajo médico adquiere un determinado valor, dependiente de una serie de variables muy semejante a las que configuran la oferta y la demanda de cualquier mercancía.

El valor de la atención médica dependerá, por consiguiente, de los diversos grupos que acceden al consumo de la misma, de la consideración que hace cada uno de ellos de sus necesidades de salud y de su diferente capacidad de pago, ya se trate de pago individual, o realizado bajo formas socializadas. Muy sintéticamente, estos serán los principales elementos que determinen la demanda de atención médica.

Cuando analiza la capacidad de inserción del profesional en los servicios de atención, sean estos autónomo o en relación de dependencia, plantea que otra diferencia entre la práctica totalmente liberal y en relación que se crea con el sistema de Seguridad social, reside en que la primera hay una absoluta libertad de prescripción, mientras que en la segunda ésta puede estar restringida.

Esto es claramente constatable en la atención odontológicas donde hay una fuerte restricción por parte de la Seguridad Social en prácticas clínicas no nombradas o específicamente excluidas¹⁶

Por otro lado se tomo en consideración otra investigación realizada por el mismo Centro (**CESS**) y publicada por la Organización Panamericana de la Salud (**OPS**) Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990)** cuyo tema fue **EL MERCADO DE TRABAJO Y MÉDICOS DE RECIENTE GRADUACIÓN**¹⁷.

Sin pretender homologar prácticas disciplinarias diversas, considero que el poder referenciarlos en otras investigaciones del área salud, nos da importantes indicios para poder pensar una práctica como es la Odontología...

La investigación de referencia plantea un elemento interesante en relación al tema de la educación. Aunque íntimamente relacionados, dado que la educación médica tiene por finalidad exclusiva la formación del recurso humano técnico indispensable para la satisfacción de las necesidades de salud de la población, ambos procesos son independientes y están sometidos a un conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas, que hacen que no siempre el recurso humano resultante del proceso formativo se adecue ajustadamente a las necesidades de la producción de servicios. Los posibles desajustes suelen estar referidos no solo a cantidades, sino también a conocimientos, aptitudes y sistemas de valores incorporados y son un elemento más entre los que dificultan la inserción del médico en el mercado de trabajo.

¹⁶ Centro de Estudios Sanitarios y Sociales CESS Asociación Médica de Rosario. Estructura y dinámica ocupacional del médico: Rosario 1978

¹⁷ Equipo de investigación del CESS. Mercado de Trabajo y médicos de reciente graduación. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud 1990

También se tomó como antecedente para este trabajo las conclusiones del **taller sobre SALUD BUCAL EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD**, auspiciado por la **OPS**, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina (**COSAL**), la federación Odontológica Latinoamericana (**FOLA/ORAL**) y la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina (**OFEDO/UDUAL**) (1991)

En este trabajo se plantea que en América Latina a pesar de que la relación Odontólogo-población ha mejorado en la mayoría de los países, se estima que 90% de la fuerza de trabajo alcanza 10-15% de la población.

Varios factores podrían considerarse como limitantes principales, entre los cuales podemos identificar.

El tipo de ejercicio profesional dominante, es individualista, lo cual funciona primordialmente con Odontólogos concentrados en las ciudades, excluyendo a grandes sectores de la población que no tienen suficientes recursos económicos para sufragarla.

Los servicios institucionales cubren en la mayoría de los países solo a un pequeño porcentaje de la población (estimado dentro de un 5% hasta 10%) y es predominantemente de tipo mutilatorio.

Fuera del área profesional, servicios odontológicos son prestados a gran cantidad de la población por los llamados "empíricos" que también ejercen mayormente Odontología mutiladora.

El modelo prevalente en la prestación del servicio, ya sea financiado por el propio paciente o por la agencia de la que es derecho-habiente, se caracteriza por actuar frente a la demanda, adopta un enfoque curativo de los problemas, es decir, actúa sobre daños terminales y muchas veces irreversibles y a un costo elevado.

El desarrollo y utilización de personal auxiliar en Odontología y programas para su preparación ha sido muy limitado en los países de América Latina una clara distinción con lo que ha pasado en los países desarrollados de la Región y en el Caribe.

La tecnología en uso en la Odontología, en gran medida, data del tiempo en que los instrumentos mecánicos y los materiales dentales imprimían limitaciones a las técnicas odontológicas.

La Odontología moderna ha logrado hacer suyo mucho de los avances tecnológicos, especialmente en relación con los aparatos de corte y los materiales utilizados en la prevención y restauración de las enfermedades dentarias. Sin embargo, paradójicamente, esto ha producido una elevación de los costos del servicio, con lo cual la Odontología se ha convertido en un bien de consumo cada vez más inaccesible a la gran masa de la población.

Todas estas características tienden a reflejarse en la forma en que se imparte la docencia. Esta a su vez, repercute en la formación de nuevos profesionales que ejercen una Odontología insatisfactoria para la realidad socio-epidemiológica en la mayoría de los países del continente.

El hecho que el ejercicio de la Odontología se haya desarrollado de esta manera la ha hecho casi inaccesible para la mayoría de la población, por su alto costo y característica de los procedimientos. A pesar del grado de morbilidad e interés de la población no ha tenido prioridad en los programas de salud pública, siendo su acción hasta la fecha muy limitada.¹⁸

¹⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud - la salud bucal - Programa HSD de la OPD. Washington, 1993

Otra investigación tomada como antecedente fue la realizada por la Dra. Marta Siragusa, la lic. Marta Schapira y el Ps. Ignacio Saenz cuyo tema era **"PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS ENDODONTICAS ALTERNATIVAS". REPRESENTACIONES EN SALUD Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS**, presentado ante la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT). Programa 202. Proyecto de Investigación y Desarrollo. Facultad de Odontología.

Frente a este problema un primer interrogante sería. ¿Qué sucede con la formación de grado y post-grado y con las instituciones prestadoras?.

En principio se pueden identificar dos situaciones. la primera cuestiona explícitamente la práctica profesional, lo unidireccional de la formación, la "iatrogenia ingenua" portadora de riesgo. La otra cuestión es de mayor significación por su alcance, de características más difusas porque sus expresiones no son fácilmente objetivables. Aún así puede reconocerse por algunos indicios tales como.

- a. Difusión de un modelo profesional autosuficiente.
- b. La completud de un discurso científico cerrado en sí mismo.
- c. La seducción del enorme poder de la propaganda comercial que garantiza mayor producción y prestigio en menor tiempo, supliendo las inseguridades teóricas.

En la formación universitaria de grado además se reconoce un imaginario social de la profesión referido al éxito económico vinculado a la práctica privada. Esto condice con las proposiciones de las corporaciones, del Estado y la estructura socio-económica que inciden en el saber académico. Pero el recorte de la producción científica ha generado situaciones históricas donde la Universidad estuvo en algunos momentos por delante del "acontecimiento" y otros por detrás.

Desde la Universidad el discurso de ese saber académico subraya la posibilidad de poseer tecnología de punta como conclusión de esa circularidad de saber. Esta actitud es reforzada por las instituciones representativas de la profesión, por su incidencia en los procesos formativos; reforzando ese imaginario social que identifica calidad con tecnología.

Esta incidencia se expresa en la exaltación de la eficiencia por encima de la eficacia que se revela en la preocupación por los resultados económicos por sobre el cumplimiento de los reglamentos (Muñoz, Campione, Rubio, 1988).¹⁹

La presente investigación pretende profundizar sobre los desarrollos profesionales de la Odontología, las distintas modalidades de inserción en el mercado laboral, entendiendo a este por la presencia en los 3 (tres) subsectores publico, privado y obras sociales y toda la dinámica que se genera en la formación de grado y de post grado en relación a los servicios, la complejidad tecnológica y la necesidad de capacitación constante

Otro antecedente de la presente investigación es la tesis de la Lic. Martha Schapira en el Master de Salud Publica del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (2000)

¹⁹ Siragusa, M. Schapira, M, Saenz, I, "Practicas odontológicas y estrategias endodonticas alternativas". Representaciones en salud y formación de recursos humanos. SECYT 1994. Revista Iberoamericana de Educación Salud y Trabajo. Universidad Nacional de Rosario (Argentina) y la Universidad de Extremadura (España) N° 2-3 Marzo 2002

PROCESO DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA ODONTOLOGÍA ARGENTINA PERIODO 1880 /1940

Se trata de abordar la construcción histórica de una determinada profesión, en tanto fenómeno concreto, situado históricamente en determinados marcos socio-políticos, donde el Estado ha participado de manera disímil en el apoyo, legitimación y organización de las profesiones.

Además, la Odontología en tanto profesión del campo de la salud, considerada durante casi 50 años como "rama menor" históricamente subordinada a la Medicina, erigida en actividad hegemónica²⁰, amerita ser estudiada en su particular surgimiento como ocupación, su consolidación autónoma como profesión liberal y momentos de crisis, atravesada por condiciones políticas, económicas, académicas, ideológico - culturales y corporativas.

Los interrogantes centrales, ligados a la posibilidad de producir conocimientos en contextos específicos, se orientan a distinguir el peso relativo y diferencial de los múltiples componentes del proceso de profesionalización de la Odontología (la Universidad, el conocimiento específico, el Estado, las asociaciones gremiales, los ejercientes irregulares, la competencia intraprofesional, otras profesiones y ocupaciones del campo y el reconocimiento social), sus nexos y condicionamientos, atendiendo tanto a la heterogeneidad de los mismos y de sus actores, como a la particularidad de los conflictos y pugnas dirimidos esos escenarios, con el fin de consolidar la profesión.

La organización del sistema de servicios y la modalidad histórica con que se ha constituido la oferta en relación con la población, incluida la naturaleza de la demanda y sus cambios, constituye otra de las facetas del proceso de salud-enfermedad-atención, que merecen ser estudiadas, bajo la perspectiva de la sociología histórica de las profesiones.

Es recién en el siglo XIX cuando su enseñanza se incorpora a la Universidad, en calidad de 'ramo menor'.

Fue la Universidad el escenario central en el que los Odontólogos desplegaron su esfuerzo para lograr el monopolio y reconocimiento de su competencia en una jurisdicción exclusiva. Su inclusión en la misma, desde la creación de los primeros cursos y Escuelas a fines del siglo XIX, dependientes de las Facultades de Medicina, apuntó en un inicio a incrementar la visibilidad profesional, dado que la titulación universitaria encarnaba la autoridad de la ciencia como único sistema de conocimiento, considerado como garantía definitiva de validez.

La posesión de conocimientos y destrezas especializadas, construidas y transmitidas por la formación universitaria legitimada por el Estado, considerada superior al conocimiento empírico no acreditado, constituyó un mecanismo clave en la convalidación de una posición de privilegio en el mercado de trabajo, que permitiera obtener recompensas sociales y económicas.

Son quizás las huellas de una ocupación que logra profesionalizarse contando con escasos recursos simbólicos y argumentos idealizadores, apelando casi únicamente a la oferta de servicios basados en la habilidad manual en primera instancia y a la racionalidad científica-técnica, que la legitimara en momentos posteriores, junto al recorte relativamente eficaz con que logra definir y construir el objeto de su intervención centrado en la clínica, los que incidieron en las modalidades que adoptaron las relaciones con el Estado.²¹

²⁰ Citado por Schapira, M, Proceso de profesionalización de la Odontología argentina periodo 1880 - 1940. 2000 - Gyamarti, G.1990: "Salud y enfermedad: un paradigma bio-psico-social". Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.

²¹ Schapira, M, Proceso de profesionalización de la Odontología argentina periodo 1880 - 1940 - 2000

La complejidad y los cambios socio-tecnológicos que se están produciendo en el mundo generan nuevas relaciones vinculares en la sociedad.

Analizar el mercado de trabajo y la formación de recursos humanos específicos se constituya en un punto de urgencia de las Universidades.

La Odontología fue una de las últimas profesiones denominadas liberales en comenzar a padecer un mercado laboral cada vez más restringido, saturándose el mercado urbano de profesionales y no apareciendo como muy atractivo el trabajo en zonas rurales o de baja concentración poblacional.

En esta problemática concurren distintos factores que van desde la formación universitaria hasta las, políticas económicas neoconservadora que han modificado el mercado profesional.

Este proyecto pretende generar nuevas conceptualizaciones y estrategias que aporten a las estructuras de grado y postgrado universitarias una mayor adecuación de las currículas a la formación profesional y el desarrollo de nuevas relaciones vinculares con el mercado de trabajo. Teniendo en claro que las estrategias formativas redundaran en mejores servicios de los distintos subsectores y de una ampliación del mercado laboral de los Odontólogos.

Los grandes cambios en el campo de la producción en el final del milenio no solo han transformado a las tecnologías sino que también han cambiado las estrategias de gestión de recursos humanos, con la consecuente generación de nuevos perfiles sociocupacionales.

Es importante determinar las características del mercado laboral a fin de establecer las estrategias formativas que se pueden aportar al mercado laboral de la Odontología en los subsectores público, privado y de obra social a fin de posibilitar un ejercicio profesional adecuado.

Las políticas socio económicas instauradas en nuestro país, cuya expresión principal son las políticas de ajuste y racionalización, están produciendo un ensanchamiento de franjas de pobreza en la población, la cual queda marginada al acceso de bienes y servicios. Uno de los servicios a los cuales no puede acceder es al de la salud bucal.

CAPITULO II • Algunos conceptos acerca de la ética, la interdisciplina y el proceso salud enfermedad

LA ETICA DEL VÍNCULO

Investigar sobre la formación profesional y el ejercicio de la profesión implica posicionarse en valores que la deontología marca en los que se denomina "El **Código de Ética** de los profesionales del Arte de Curar y sus ramas auxiliares", y su vinculación con las **incumbencias** del Odontólogo

En su un sentido etimológico Ética, proviene del latín Ethica, y del griego Ethiká (plural neutro de Ethikó -moral-) relativo al carácter. Parte de la filosofía que se ocupa del estudio de la moral; es en realidad una disciplina que tiene como objeto de descripción y de reflexión de los actos humanos, aunque a menudo se identifiquen los conceptos de ética y moral. Recibe también el nombre de filosofía moral.

Una lectura más contemporánea del concepto nos remite a Jean Paúl Sartre quien sostuvo que los individuos tienen la responsabilidad ética de comprometerse en las actividades sociales y políticas de su tiempo. Según Ch. Spearman; "la Ética, explica el bien y el mal, como una norma de volición, es decir establecer normas o reglas en cuanto al valor de las mismas"

En tanto que la Ética se fundamenta en los juicios de valor podría considerarse como sinónimo de moral, término que proviene del latín Morale. Entre sus varias acepciones, la que compete para este trabajo es la que se define como. Conjunto de costumbres y normas de conducta que regulan la vida pública o privada.

Partiendo de la definición de moral surge la Deontología, como un modo diferenciador de la Ética, término creado por Bentham en 1834 a la que designó como Ciencia de los deberes o Teoría de las normas morales, o sea un tratado de los deberes relativos a un sistema social, profesional, etc. Se lo considera como sinónimo de Ética moral.

Las normas éticas son un sistema de valores acotadas a un momento de la historia, donde los conceptos del bien y del mal están marcados por la cultura y el sistema de creencia de la sociedad donde se desarrolla. De lo que se desprende que la ética como la lógica no es única, depende de la sociedad donde se erigen como norma, pero ese mismo valor no es necesariamente aplicable a otra sociedad. Si bien hay valores que atraviesan a todas las sociedades es la historia y la cultura la que determina su existencia.

Dentro de las cuestiones éticas y sociales contemporáneas con las cuales se enfrenta la Odontología, se incluyen aquellas relacionadas con:

- **la responsabilidad del personal profesional de la salud dental**
- **procedimientos de alto riesgo**
- **consentimiento informado para tratamientos dentales y orales**
- **evaluación de pares y calidad del servicio**
- **mala práctica dental**
- **gastos para un adecuado cuidado dental**
- **promoción de los servicios**
- **prácticas de Odontología ilegales o no calificadas**
- **la utilización auxiliaría dental y las relaciones interprofesionales**
- **cuidado dental de las personas de edad y de pacientes críticos**
- **las responsabilidades de la Odontología comunal**
- **la experimentación dental en sujetos (humanos)**
- **y énfasis ético en la educación del no-graduado, graduados y post-graduados, y en la educación dental en general.**

La prevención de las enfermedades orales y el cuidado de la salud oral para todas las personas, tanto para aquellos que tienen medios como para aquellos que no, son responsabilidades importantes de la Odontología comunal. Se involucran cuestiones éticas cuando se reconoce que la implementación de estos objetivos requiere la cooperación interprofesional de todos aquellos encargados del cuidado de la salud. Algunas cuestiones han generado más atención que otras.²²

La relación Odontólogo- paciente esta atravesada por la Ética del vínculo, donde la concepción de salud-enfermedad-atención se manifestara en todo el proceso clínico. Porque también existe un modelo odontológico hegemónico, traspolando el concepto de Eduardo Menéndez, donde el mercantilismo, individualismo y el biologismo (para solo señalar algunas de las modalidades) marcara las concepciones de salud y pondrá al paciente en el lugar del objeto, de valor de cambio.

“La situación en la atención odontológica ha cambiado y habría que ver si los Odontólogos están preparados para soportar dichos cambios, no sólo intelectualmente, sino emocionalmente”. “Tenemos que comprender que debemos ejercer la práctica de la Odontología con un criterio renovador, para lo cual debemos REDISEÑAR una nueva cultura odontológica adaptada a las nuevas demandas del mercado y basada en los siguientes conceptos”.

- Priorizar la PREVENCIÓN sobre la RECUPERACIÓN.
- Subsidiar la DEMANDA, pues ésta regula hoy los Servicios de Salud, es decir, que cada vez son más importantes las necesidades de los pacientes que las urgencias de los prestadores. La oferta profesional no tiene relación con la demanda poblacional, debemos adecuarla a la realidad del país.
- Aumentar la CALIDAD de la atención.
- Introducir nuevas formas de PRESTACIÓN.

²² Agranatti, Patricia Bioética en Odontología (Parte 1) (Argentina) Enero 2001 (Documento WWW) Recuperado: www.odontomarketing.com

- BAJAR LOS COSTOS, sin afectar la calidad.
- Revisar la ecuación COSTO EFECTIVIDAD".

"Cualquier actividad que el ser humano realice, y los servicios de salud no escapan a esta influencia, representando una exigencia cada vez más necesaria en las instituciones tanto públicas como privadas.²³

Esta posición de Antonio Podesta implica pensar al Estado como un ente regulador de las prácticas profesionales donde las prestaciones odontológicas que están atravesadas por lo social no queden librado al mercado al igual que las remuneraciones de los actos odontológicos.

La Odontología fue una de las últimas profesiones denominadas liberales puesto que hoy están atrapadas en la lógica perversa de un mercado, que los tiene como empleados (con bajas remuneraciones) con insumos dolarizados y con prestaciones que solo tienen la lógica mercantil dejando a un sector muy importante de la profesión excluida de esta asistencia. Esto también es ética.

Hay un paradigma que debiera marcar a todo los profesionales de la salud, que es la obligación moral y ética de la búsqueda del bien común que en el campo de la salud es pensar a la salud como un derecho inalienable que tienen todos los sujetos por el solo hecho de existir.

Es el Estado a través de los colegios profesionales que vela este principio ético, son las unidades académicas las que deben formar en estos principios, donde lo técnico este atravesado por lo humano y el bienestar humano sea la condición sin e qua non.

En esta época de economías de mercado la noción del "derecho a la salud" como cualquier derecho humano, solo se concibe en el plano de la ética y el imperativo categórico del Estado como garante de este derecho. El ejercer la profesión de Odontólogo como toda disciplina en el área salud implica que las normas y obligaciones del ejercicio de la profesión están indelegablemente ligada a lo que Patricia Agranati en su trabajo Bioética en Odontología denomina la sub-disciplina "ética dental.

²³ Podestá, Antonio F.: "La Odontología hacia el tercer milenio" Argentina. (Documento WWW) Recuperado: www.odontomarketing.com.

LA INTERDISCIPLINA EN EL CAMPO DE LA SALUD

Para hablar de interdisciplina en el campo de la salud, nos referiremos a un campo epistemológico que atraviesa las distintas prácticas e investigaciones que en el área salud se están desarrollando.

Alicia Stolkiner plantea que en el debate actual sobre lo interdisciplinario, se superponen con una cierta yuxtaposición dos tipos de prácticas. La de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. Esta yuxtaposición es esperable dado que la diferencia es de énfasis en cuanto al producto.

En el caso de la investigación el énfasis es la producción de conocimientos. En el caso de los equipos asistenciales el énfasis está en la producción de acciones. Nadie, no obstante, podría separar de manera absoluta la investigación de su efecto en las prácticas y nadie podría suponer que el desarrollo de acciones no produzca, o deba producir, simultáneamente, conocimientos. Más aún, sería esperable un futuro en que esta diferencia se diluyera a su mínima expresión.²⁴

La propia experiencia y la surgida de esta investigación plantean interrogantes en relación a lo interdisciplinario atravesando todos los campos del conocimiento y poniendo en crisis hasta el sentido de lo disciplinar.

La discusión epistemológica en el campo científico no se sostiene en sistemas unicastos, con objetos únicos. Los saberes y sus prácticas en el campo de salud desde hace décadas se entrecruzan, construyen sus propios objetos abriendo un panóptico de discursos.

En ese sentido las disciplinas de la Salud no quedaron exentas de estas interrogaciones que en la Salud Oral dio lugar a la Odontopediatría coligada a la Psicología. La odontopediatría en su vínculo con el paciente plantea desde la Psicología el sentido de la intervención a la que se va someter un niño, motivando no solamente al niño sino también a su familia. Poder poner en palabras las experiencias traumáticas o imaginarias de los adultos es avanzar en un vínculo diferente del cuidado y asistencia de la salud bucal.

El acto de la clínica abarca no solo al paciente sino también a sus familiares. Las experiencias traumáticas generan un nivel de representación que afecta a la propia prestación.

La Fonoaudiología interviene sobre los hábitos orales que inciden en la salud bucal, tomemos como ejemplo el uso del chupete y la deformación que puede provocar en el paladar, la succión constantes de dedos y objetos, paladar gingival, la deglución

²⁴ Stolkiner Alicia: La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas guardada en el caché (Documento WWW) Recuperado: <http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm> Abril 1999

atípica, etc. etc. Todos estos hábitos implican una intervención durante un periodo prolongado de las disciplinas; fonoaudiología y Odontología para la supervisión y control de la evolución del paciente

La investigación en los equipos interdisciplinario no se limita a lo asistencial, la Fonoaudiología, la Psicología, la Odontología, los comunicadores sociales, la Medicina, se constituyen en grupos de trabajo interdisciplinario, donde la asistencia (en su primera intervención) se transforma en un acto preventivo.

Intentar definir la interdisciplinariedad es adentrarnos en una complejidad donde las interrogaciones generan múltiples respuestas.

- ¿definimos la interdisciplina por el sentido que adquiere en la práctica en la que se conjugan distintas disciplinas?
- ¿Cuál es el sentido de la/s teoría/s en la práctica interdisciplinaria, se resume a un método, a una técnica?
- ¿la lectura de la realidad se determina desde un deber ser?
- ¿desde un objeto común que es leído desde las distintas disciplinas?

No hay respuestas únicas a tantos dilemas, no hay teoría única a tantas demandas. Pero la práctica en la clínica, en la investigación nos marca un posicionamiento que inicialmente es ético y al mismo tiempo nos posiciona en un punto de vista epistemológico que nos ofrece una mirada parcial como toda "verdad" que se construye, que se imaginiza, que se transforma en teoría.

Estamos frente a un concepto que no se resuelve por su definición sino que en él se implican tanto cuestiones intra científicas como extra científicas. Extra científicas, porque investigar en ciencias sociales, en salud o en disciplinas similares, es investigar en un contexto multidimensional, global y complejo. En este contexto, los conceptos cobran sentidos en la misma dinámica de las rutinas cotidianas. De esta manera, muchas veces los sentidos modales -y sin duda epocales -encubren o resignifican los significados mediante los cuales se pretenden direccionar los procesos de objetivación.³ Muchas veces las consideraciones terminológicas ponen en crisis la lógica de los sistemas descriptivos y clasificatorios; en general, estos ejercicios de tematización forman parte de la lógica decisional a la hora de diseñar una investigación; están asociados además a reflexiones éticas en los niveles de los discursos y de las prácticas profesionales.²⁵

Uno de los posicionamientos más extendido en el área salud es definir a la interdisciplina como puntos de vistas confluentes de diversas disciplinas donde la Odontología intercambia con otras disciplinas (Psicología, Medicina, Antropología, etc.) un saber común que tiene como producto un objeto único

²⁵ Coria, Kuky: Significados y sentidos de la interdisciplinariedad: claves para la práctica investigativa (parte I) Buenos Aires 2005. (Documento WWW) Recuperado: <http://www.sai.com.ar/KUCORIA/interdisciplina.doc>

Este planteo se sostiene en el imaginario de la construcción de un saber único que en los hechos termina en una confusión de lenguas al modo de la Torre de Babel. Intentar construir una práctica única que pueda dar cuenta de un hombre total, de un lenguaje único, como sumatoria de saberes, es sostener la ilusión de la unificación de los saberes, la existencia de un objeto común y un único producto del intercambio de todas las disciplinas que intervienen en el campo de la salud

En esta formulación se representan dos conceptos a ser analizados como es el intercambio de las disciplinas y su producto referido al objeto. Esta concepción de interdisciplina se sostiene en esa "ilusión unificadora del saber" que dicho objeto es el mismo y que cada disciplina tomará una porción de él (una especie de epistemología de la torta)

- ➔ que el objeto común es tomado desde las distintas disciplinas no por parte sino desde distintos puntos de vista.

En estos presupuestos existen posicionamientos positivistas en tanto que este objeto "común" como real - empírico no es el objeto de la ciencia, el objeto no es lo dado, sino que cada ciencia lo constituirá, lo construirá. Cada disciplina tiene su método y construye su objeto, entonces ¿qué es lo común acerca del cual se intercambia? Pero a pesar de todo esto, se puede decir que la propuesta consiste en integrarse en un trabajo de grupo.

En el campo de la salud pública la investigación interdisciplinaria está íntimamente ligada a las prácticas sociales donde se configuran los distintos equipos interdisciplinarios que accionan sobre la realidad de un país. Cuando los integrantes de un equipo interdisciplinario intervienen, no hablan las disciplinas como emblema, sino el saber de un sujeto que portara algo acerca del discurso de esa disciplina. Se trata de construir una situación problemática, en tanto investigación, o generar interrogaciones y respuesta acerca de un sujeto padeciente. Pero este espacio discursivo está marcado y contorneado por las instituciones que preexisten a las disciplinas. Este discurso marcará y constituirá sus prácticas, las ubicará, potenciará algunas, intentará borrar los efectos de otras o no podrá ubicar aquellas que se constituyen en malestar

UNA MIRADA DESDE LA ODONTOLOGÍA. INVESTIGACION E INTERDISCIPLINA

Se ha planteado un concepto de interdisciplina que se expresa en el trabajo en equipo, se ha definido que las prácticas interdisciplinarias están ligadas a las prácticas sociales. Por eso los equipos asistenciales se posicionan en acciones que devendrán en actos de salud. Reconocer experiencias, investigaciones donde las disciplinas no son compartimentos estancos, donde el sujeto se transforma en objeto de una teoría con aplicación clínica, (en un sentido metodológico) donde la subjetividad, su historia personal, familiar y social estará presente en la lectura sintomal. En ese sentido la prevención marca a todas las practicas del campo de la salud donde la Odontología puede prevenir un sin numero de enfermedades que hacen síntoma en el sistema estomatológico.

Se enunciará un breve recorrido de distintas experiencias de investigaciones, donde la práctica de la Odontología se entrecruza con otros campos disciplinares. Cruzamientos que permitieron y van a permitir, nuevas interrogaciones, nuevas formulaciones en la formación de un recurso humano sesgado por la practica disciplinar.

Una de los canceres mas frecuentes de todo el organismo es el carcinoma escamoso oral es el tipo histológico predominante de cáncer oral.

Los Odontólogos desempeñan un papel destacable en la prevención primaria del carcinoma escamoso oral, al actuar sobre los factores de riesgo del mismo (tabaco, alcohol). A un nivel superior, los Odontólogos también deben participar de la prevención secundaria, consistente en el diagnóstico precoz de la enfermedad, en el caso de que, lamentablemente, ésta se haya desarrollado. Diagnosticar la lesión a tiempo conllevará la realización de técnicas terapéuticas menos cruentas, así como la mejoría en el pronóstico.²⁶

En el Journal of Clinical Periodontology²⁷, se exponen los resultados de un estudio que investiga la posible relación entre la salud bucodental y el riesgo de muerte.

En los últimos años, numerosos estudios han intentado demostrar que las enfermedades orales, en particular la enfermedad periodontal, guardan relación con los síntomas de determinadas condiciones de salud crónicas.

De esta manera, se acepta, por ejemplo, que la enfermedad periodontal empeora la diabetes y viceversa, que dobla el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, que incrementa el riesgo de padecer una enfermedad respiratoria grave, o que influye en el nacimiento de recién nacidos prematuros cuando la infección se da en una mujer embarazada.

²⁶ Odontología y prevención del cáncer oral: Redacción de Geodental. Artículo publicado el 12/12/2001. (Documento WWW) Recuperado: <http://www.geodental.net> Reichart PA. Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures. Clin Oral Invest 2001; 5:207-213.

²⁷ Jansson L, Lavstedt S, Frithiof L. Relationship between oral health and mortality rate. J Clin Periodontol 2002; 29(11):1029-1034.

Pero, excepto en el caso de la enfermedad coronaria, existen pocos estudios que hayan investigado la relación entre una salud oral deficiente y el riesgo de mortalidad, por la inespecificidad que ello implica²⁸.

La periodontitis se considera un factor de riesgo tan importante como la elevación de la presión arterial, el consumo habitual de tabaco o el exceso de peso para desarrollar trastornos coronarios. Además, la enfermedad periodontal puede ocasionar otros trastornos sistémicos.

Estudios realizados en la Universidad de Columbia (Nueva York) han puesto de manifiesto que las enfermedades dentales aumentan en un 25% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

La principal causa de los problemas coronarios de origen dental es el paso de bacterias a la circulación sanguínea a través de las heridas gingivales producidas por la periodontitis.

La gingivitis y la periodontitis, además de aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, provocan la aparición de trastornos sistémicos a diferentes niveles.

- Digestivos (debidos a la deglución de gérmenes).
- Respiratorios (por inhalación de gérmenes).
- Metabólicos (los trastornos en la cavidad bucal pueden originar trastornos metabólicos, como, por ejemplo, en el caso de la diabetes)²⁹.

Otra investigación publicada en el Journal of Periodontology³⁰ sobre el "Nivel socioeconómico, embarazo y enfermedad periodontal" se plantea la relación existente entre el "status social y económico de la mujer embarazada y la evolución de su enfermedad periodontal".

En su introducción plantea que nadie parece poner en duda que las clases sociales más desfavorecidas son las que mayores problemas bucodentales presentan.

A modo de conclusión, los investigadores de este estudio señalaban que a medida que el nivel cultural del grupo de estudio disminuía, aumentaban las tres variables analizadas (índice de placa, índice gingival y profundidad de sondaje).

Así mismo, se observó que aquellas mujeres embarazadas que no habían recibido cuidados periodontales presentaban también unos mayores índices de placa y gingival, así como unos peores resultados al evaluar la profundidad de sondaje.

²⁸ Redacción de Geodental Actualidad científica "Relación entre salud oral y tasa de mortalidad. Artículo publicado el 23/07/2003 (Documento WWW) Recuperado: [http://www.geodental.net - redaccion@geodental.com](http://www.geodental.net-redaccion@geodental.com)

²⁹ Las infecciones bucales aumentan un 25% el riesgo de problemas coronarios: Artículo publicado el 14/01/2001 (Documento WWW) Recuperado: [http://www.geodental.net - redaccion@geodental.com](http://www.geodental.net-redaccion@geodental.com).

³⁰ Yalcin F, Eskinazi E, Soydinc M, Basegmez C, Issever H, Isik G, Berber L, Has R, Sabuncu H, Onan U. The Effect of Sociocultural Status on Periodontal Conditions in Pregnancy. J Periodontol 2002; 73(2):178-182.

Este tipo de estudios pone en claro la importancia del papel del Estado, en la promoción y educación para la salud, la prevención y la asistencia. La higiene bucodental es uno de los elementos primarios para el sostenimiento de la salud oral³¹.

Odontología y Discapacidad. El trabajar con pacientes con discapacidad implica una capacitación y un trabajo interdisciplinario donde la clínica adquiere un sentido diferente en tanto que no es solo un acto de una disciplina sino que la Odontología y la Psicología subsume su intervención no solo al paciente sino a la familia y entorno del paciente.

El trabajar con pacientes con discapacidad implica un campo de la clínica que excede el de la disciplina que opera con esos sujetos. No se trata necesariamente de una demanda de atención por parte de un paciente que asiste a la consulta odontológica, sino se trata de un sujeto humano portador de una patología que pensado en términos nosográficos implica una capacitación que excede a la Odontología misma. Que invoca a otras disciplinas, que hace que el sentido común se transforme en el sentido menos común. Porque no se puede asistir a un paciente con discapacidad desde la sola técnica odontológica. Porque lo psicológico incide en el sentido que tiene la familia para ese sujeto que asistimos, porque su mirada de la realidad pertenece a una realidad que no es la que nuestra mirada y nuestra formación sostiene. Su crecimiento físico mental tiene otros tiempos que en lo emocional y lo social adquiere un sentido que una sola disciplina no podría desentrañar.

En una investigación realizada sobre los "aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad"³² se planteaba que el crecimiento es el resultado de la interrelación que se establece entre tres factores.

1. **La dotación natural con que el niño crece.** que es lo genéticamente determinado; lo hereditario.
2. **Las experiencias primeras entre el niño y su madre.** ya que es ésta quien le dará fuerza y estabilidad, a través de ejercer un verdadero sostenimiento de las ansiedades y angustias del bebé.
3. **La relación con el medio ambiente.** que puede actuar de dos formas diferentes.
 - a\ **Infraestimulando.** Cuando los padres no pueden ejercer el sostenimiento del niño debido a su propia inmadurez emocional, cosa que produce en éstos, conductas de aislamiento y dificultades en su crecimiento.
 - b\ **Sobreprotegiendo.** Cuando los padres ejercen su sostenimiento en forma excesiva no favoreciendo las conductas de independencia e interfiriendo también en el crecimiento del niño³³

³¹ Nivel socioeconómico, embarazo y enfermedad periodontal: (Documento WWW)Recuperado: <http://www.geodental.net> - Redacción de Geodental artículo publicado el Journal of Periodontology 2002.

³² Ravaglia Clemente Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad. cravaglia@arnet.com.ar 2001

³³ Ibidem

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud son coincidentes en que las estadísticas demuestran que el 10 % de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades, por lo que médicamente se los denomina pacientes discapacitados. Son ejemplo de ellos. pacientes que padecieron poliomielitis y a los cuales le quedan diferentes trastornos motores que interfieren su movilidad. Pacientes con Síndrome de Down, donde el mayor porcentaje (cerca del 70 %) presentan un retardo mental compatible con la comprensión de las indicaciones que se le dan, que solo requieren cariño y paciencia para su tratamiento y que en la actualidad, a la luz de los nuevos métodos y enfoques psicológicos y psicopedagógicos, la mayoría podrían ser atendidos en consultorios comunes, donde se atienden otros pacientes o sus familiares, integrándolos a la Odontología en la misma forma que se está haciendo con muchos de ellos al integrarlos a la educación en Escuelas normales.³⁴

Cuando un niño nace con alguna discapacidad, irrumpe y frustra un deseo parental de normalidad. Nace una dependencia que en algunos casos es para toda la vida, donde el otro es puesto en el lugar de padre que busca una respuesta imaginaria que compense el duelo, la pérdida traumática del ideal soñado. Cuando un niño con discapacidad asiste a la consulta debemos tener en cuenta que su edad mental no condice con la cronológica y que quizás su maduración no se produzca nunca. Es este sentido el acto clínico odontológico con pacientes con capacidades diferentes implica el trabajo conjunto con Psicólogos que actúen sobre el paciente, la familia o su entorno. En síntesis recorrer entrecruzamientos de distintas disciplinas que investigan el sufrimiento humano nos dará otra mirada de la Odontología comprometida con un discurso, donde la nosografía no se puede definir solamente desde lo disciplinar.

En la actualidad las patologías bucales tienen en las caries, en la enfermedad periodontal y en el desdentamiento los más altos índices de prevalencia en el campo de la salud bucal y por tanto es uno de los problemas centrales de la Salud Pública.

El estado de salud bucal de la población está referenciado no solo a la nosografía clínica, sino a las condiciones socio-económico-culturales de un país. La multicausalidad es concurrente a los efectos que en el campo de la clínica se expresan en el proceso de salud-enfermedad-atención.

³⁴ Ibidem

CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD

Interrogarse acerca del concepto Salud Enfermedad implica adentrarse en un campo donde los distintos posicionamientos epistemológicos, generan prácticas que marcan la formación profesional dentro de un contexto socio-cultural que atraviesa dicha formación.

Analizaremos el concepto de salud según el enfoque de varias disciplinas que representan distintos paradigmas en el desarrollo del proceso salud-enfermedad-atención.

CONCEPCIONES MÉDICAS

La práctica de la Medicina no tiene una dirección unívoca puesto que dentro de la misma se sostienen diversas concepciones de salud. Aun en el presente esa práctica profesional está signada por el paradigma cartesiano.

Kornblit y Mendes Diz plantean que las concepciones médicas de la salud surgen, desde el punto de vista de la Medicina, como actividad profesional; sin embargo, hay diferencias entre ellas según se ponga el énfasis en la salud somático-fisiológica, en la psíquica o en la sanitaria.

“La concepción somático-fisiológica parte de la enfermedad en el organismo físico. La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar. Es evidente el peso que tiene esta concepción de la salud en la opinión colectiva y en la propia práctica médica. Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que si el organismo físico no posee alteraciones visibles existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad”.³⁵

“La concepción psíquica de la salud implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente. En la historia de la Medicina, la salud psíquica aparece como una categoría residual o, al menos, de importancia menor”.³⁶

La subjetividad y la indeterminación de las manifestaciones psíquicas han posicionado a la salud psíquica como una categoría residual en la historia de la Medicina en comparación a la salud somática. La sensación de bienestar psíquico es una experiencia subjetiva única, singular que la mirada médica no puede auscultar desde esa concepción. No se puede hacer una lectura de ausencia de virus o gérmenes con lo que se pueda establecer esa sensación de bienestar más que la manifestación del sujeto que la vive.

³⁵ Kornblit, AL, Mendez Diz A M “La Salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales” Buenos Aires. Aique.

³⁶ ibidem

“**La concepción sanitaria** de salud, propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una población más que en la salud individual, como acabamos de ver en las dos concepciones descritas más arriba.

Se caracteriza por tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socio-económico, etc. Realiza generalizaciones, a semejanza del diagnóstico individual de la Medicina clínica, orientadas a identificar el grado de salud o de enfermedad de una comunidad.³⁷ El sanitarismo establece valoraciones en la ecuación normal – patológico. Donde la “norma” se establece como el punto axial desde donde valorar la salud y la enfermedad de individuo o grupos sociales. La curva de Galton es ejemplificadora de esta concepción, cuanto más cerca se está del eje, mayor es el índice de normalidad, (se equipara normal a salud) Es desde esta normatividad que se hace una lectura nosográfica o social. Su análisis de la realidad se posiciona en un enfoque preventivo en el proceso de salud - enfermedad – atención. Esta concepción implicó en el campo formativo un avance muy importante.

Esta concepción surge en el siglo pasado, cuando el proceso de industrialización y urbanización, generaba el traslado de grandes masas de población las cuales vivían en condiciones infrahumanas. Esta situación acelera la necesidad de que el Estado adopte una actitud decidida a tutelar la salud de una población.

La concepción sanitaria de salud posee un contenido amplio ya que se refiere esquemáticamente a dos aspectos.

1. El medio ambiente físico, en el que se analizan las condiciones que facilitan u obstaculizan la difusión de la enfermedad teniendo en cuenta la totalidad del mismo. tierra, aire, agua, alimentos en sus diversas formas, etc.
2. Las personas que ocupan el medio ambiente, a las que se agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo y su adscripción a determinados grupos sociales de residencia, trabajo, etc. identificando problemas de salud, estableciendo programas para actuar sobre ellos y controlando los resultados de la acción.

³⁷ibidem

CONCEPCIONES SOCIALES

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la concepción de salud también responde a diferentes enfoques disciplinares, según se la conciba desde el derecho, la economía o la sociología, entre otras.

La concepción político-legal de la salud la considera como un bien general que interesa a todos. Cuando este bien es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en derecho exigible por los ciudadanos según una amplia variedad de reconocimientos³⁸. En ese sentido la post guerra (1945) dio lugar a concepciones de atención que en términos jurídicos-político-sociales se denominó Welfare State o estado de bienestar. Había terminado la segunda guerra mundial, la integridad física se erigió en un derecho exigido por los pueblos. Los Estados incluyeron en sus constituciones el Derecho a la Salud. El atentar contra la salud humana se constituye en una transgresión a la ley lo cual es punible desde el Estado. En el año 1948 las naciones unidas dan entidad jurídica a esta concepción político legal de la salud que se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos³⁹.

La concepción económica de la salud se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee en la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso⁴⁰

En ese sentido la salud ha eclosionado nuevamente en las estructuras económicas, la misma presenta un desarrollo dual donde el factor humano adquiere relevancia de acuerdo al lugar que ocupa en el proceso productivo. Por un lado el proceso de robotización y telematización de la producción ha generado un achicamiento de la base ocupacional y por el otro el lado una mayor capacitación y formación en las nuevas modalidades de producción. En ese sentido estos últimos adquieren una relevancia de valor estratégico.

Según la **concepción cultural** la salud como estado de aptitud para el desempeño de roles sociales se define tan variablemente como roles hay en la sociedad. Si tomamos como ejemplo el rol laboral, que puede desglosarse en multitud de puestos de trabajo, veremos que una misma situación afectará diferencialmente a dos sujetos, según el rol que desempeñen. Por ejemplo la inmovilización de una extremidad inferior implica falta de salud en el desempeño del rol de un trabajador de la construcción, mientras que no invalida al directivo o al técnico en el desempeño de funciones que no requieren desplazamientos.

La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cubrir, lleva a enunciar lo que se ha denominado "relatividad cultural de la salud y la enfermedad". Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que considera "normal" en dicho grupo y que esta definición incluye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él.⁴¹

³⁸ibdem

³⁹ Declaración Universal de derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en resolución 217 A (III) de 10 de Diciembre de 1948

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

⁴⁰ ibdem

⁴¹ ibdem

CONCEPCIÓN DE SALUD IDEAL

Supone un estado de salud no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria. Responde a una definición teórica de una situación deseable en salud. Sin embargo tiene importancia, pues estas concepciones son guías inspiradoras de los actos cotidianos, aunque se sepa que nunca se alcanzarán plenamente dichos objetivos.

La concepción de salud de la **Organización Mundial de la Salud** (1964), como "**estado de bienestar físico mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad**"⁴² Podríamos determinar que como concepción ideal de la salud esta tiene un carácter emblemático. Se trata de una conceptualización integradora de la salud de un individuo soportada en esa triada biopsicosocial.

Durante muchos años esa definición se erigió en paradigmática, si bien fue un avance importante en lo que significaba la salud para un individuo en tanto que no solo hablaba de la ausencia de afecciones o enfermedades.

La complejidad del concepto ha despertado en sanitaristas, epistemólogos, politólogos una serie de diversos posicionamientos. Se han enumerado, por ejemplo, diversos inconvenientes que aparecen en la conceptualización tradicional promovida por la OMS. En primer lugar, que ningún individuo puede gozar de un completo estado de bienestar, aunque este sea un ideal por el que debemos luchar; en segundo lugar, que la salud no es un estado definido, sino una relación de respuestas en proceso de cambio continuo. Se parte de la concepción de un hombre inserto en un medio social en el que confluyen e interactúan aspectos económicos, políticos, sociales, culturales e históricos.

Si bien se ha tomado como referencia a Kornblit y Mendez Diz⁴³ son muchos los autores que han conceptualizado la temática salud - enfermedad enunciando solo algunos para generar un marco teórico desde donde pensar la salud.

Floreal Ferrara⁴⁴ hace una crítica a la definición de Salud de la OMS cuando plantea que es un estado de bienestar otorgándole a la salud un rígido estatuto de sentirse bien o de estar bien lo que transforma a la definición en una tautología.

Otros términos como adaptación, madurez o equilibrio, se han planteado para definir ese estado de bienestar que en palabras de Floreal Ferrara "Ni la salud se define por su tautológica concepción de bienestar, ni por sus sustitutos que niegan el conflicto en cualquiera de sus áreas. El dinamismo requerido para interpretar a la salud - enfermedad, es poder entenderla como un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social y a la idea de acción frente al conflicto, de transformación de la realidad.

⁴² ibdem

⁴³ ibdem

⁴⁴ Ferrara Floreal: Teoría Social y Salud Catálogo Editora 1985

Así el concepto de salud debería ser elaborado para cada modo de producción, tal como el concepto para cada una de las enfermedades, recabando original y exigentemente esta construcción del concepto de su objeto, en la profundidad compleja del sistema productivo y sus relaciones, es decir, ahondando el carácter histórico y social de su esencia y existencia como concepto”.

Pensarlo como un proceso hace a la idea de dinamismo y este a la idea de acción frente al conflicto.

Aldo Neri⁴⁵, en cambio, va a definir a la salud diciendo “.....la salud de un pueblo es un hecho social más que la mera suma de hechos biológicos individuales, y es una expresión más del tipo y grado de evolución alcanzado por ese pueblo en un momento particular de su historia”

Más adelante va a decir que la Argentina es un país atípico porque está montado a horcajadas sobre los dos perfiles epidemiológicos; el de la etapa pre-industrial y el de la etapa pos-industrial, caracterizando a la 1º como la etapa de las enfermedades parasitarias, infecciosas, nutricionales etc. y a la 2º como la etapa de las enfermedades de la modernidad como el cáncer, el estrés, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, etc.

Ahora bien , retomando la definición de la OMS como decíamos, incorpora a lo social pero implícitamente sigue sosteniendo que la ENFERMEDAD se reduce a LOS PROBLEMAS QUE LE OCURREN A UN INDIVIDUO COMO EFECTO DE UN CUERPO EXTRAÑO QUE ROMPE EL EQUILIBRIO EN LA PSIQUICO, LO FISICO O LO SOCIAL.

Jaime Breihl⁴⁶, va a decir “los problemas determinantes de las enfermedades, son procesos que se gestan en la dimensión social de la vida y tiene sus raíces en los modos de organización de la sociedad y fundamentalmente en los correspondientes patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos”

En los tres autores precedentes la salud esta atravesada por lo social, por la estructura organizacional de la sociedad, por el conflicto en contraposición con la adaptación.

En ese sentido la definición de la OMS, lo social es tratado como un factor más del ambiente, encuadrándose dentro del modelo ECOLOGICO-CAUSAL (Agente-Huésped-ambiente). Esto equivaldría a biologizar lo social sin reconocerle especificidad propia. Una propuesta de causalidad social diferente debería permitir diferenciar los hechos sociales de los biológicos, sin una recaída de socialización de lo biológico.

Asa Cristina Laurell⁴⁷, define al proceso colectivo de Salud Enfermedad “...como un fenómeno social articulado con el resto de los fenómenos sociales. Es claro que se

⁴⁵ Neri, Aldo: Salud y Política Social Hachete Editora 1983

⁴⁶ Breihl Jaime: La Salud y la enfermedad como hecho social; un nuevo enfoque” Editorial Nacional Quito. 1990

⁴⁷ Laurell, Asa Cristina: Algunos problemas teóricos y Epidemiología social México 1987.

refiere al proceso de reproducción social que se concreta en las formas de desgaste y reproducción de las clases sociales, proceso que se determina por el modo de apropiarse de la naturaleza que se realiza en cada sociedad.

La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico y social del proceso salud –enfermedad, no está dado por el estudio de su apariencia en los individuos, sino en como dicho proceso se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el modo de enfermar y morir de los grupos humanos”.

La salud y la Enfermedad no pueden ser consideradas un “estado” son parte de un proceso multidimensional, en constante movimiento, según se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando. Estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En esta interacción se configura el nivel de salud. No es, pues, lo conflictivo lo que define lo patológico, sino la imposibilidad de resolverlo en cualquiera de las áreas “física, psíquica o social”. Esto es lo que genera la idea de enfermedad.

Castellanos⁴⁸, plantea que la descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no son independientes de **quien** y desde cual **posición** describe y explica. Los hechos que percibimos como fenómenos de salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones, propone, propone tres dimensiones o espacios de definición y explicación.

1. El espacio **general**. que explica los flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general (modo de vida).
2. El espacio **particular**. que expresa variaciones entre grupos sociales de una misma sociedad en un momento dado (condiciones de vida).
3. El espacio **singular**. que expresa las variaciones de los hechos entre individuos (estilos de vida)

El espacio de lo general incluye el de lo particular y éste incluye al espacio de lo singular. Los espacios superiores tienen una relación de determinación de la variedad posible de los espacios de menor jerarquía

⁴⁸ Castellano P, I, Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. OPS Boletín Epidemiológico ISSN 0255-6669 Vol. 10 Nº 4 Washington OPS 1990

MODELO DE DESCRIPCIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD ENFERMEDAD.

ESPACIOS	NORMAS	ACUMULACIONES
GENERAL	Normas básicas generales de una sociedad en un momento dado	Características de la sociedad que determinan los hechos generales
PARTICULAR	Normas de la reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de un grupo social y las normas del modelo asistencial	Características biológicas, ecológicas, ideológicas y económicas del y el grupo
SINGULAR	Leyes de variación de los agentes huéspedes y de los riesgos/leyes para cada tipo de patología/ leyes que regulan las instituciones asistenciales	Características del grupo demográfico y del modelo asistencial que condicionan los hechos del problema específico de salud (formas de vida y conducta individual. estilos de vida).

En un trabajo de revisión, Concepciones de salud y estrategias de intervención publicado en el Correo Científico Médico de Holguín⁴⁹ se plantea la importancia de los análisis epidemiológicos en salud y las diferentes estrategias de intervención individual y poblacional. Tomando como punto de referencia las grandes definiciones y concepciones de salud plantea que La aceptación de la salud enfermedad como un proceso, del sistema de salud como un componente del sistema social global y del concepto "salud en el desarrollo". En los últimos años se ha generado una preocupación universal en torno a la práctica de la Salud Pública y su teoría subyacente. Esto se debe en lo fundamental al aumento de la brecha entre las necesidades de salud de la población y su ambiente y los servicios orientados a satisfacerlas.

La Odontología como disciplina de la salud esta atravesada por el Modelo Médico Hegemónico, la formación de los Odontólogos aparece como descontextualizada en lo formulado en sus curriculum documentos y el hacer de esa disciplina. En la Facultad de Odontología de Rosario como así también en otras Universidades argentina, se esta produciendo un proceso de cambio curricular donde lo social es una parte importante en la formación clínica y se los forma no solo en la patogenia de la enfermedad bucal, sino también en los contextos donde los sujetos se desarrollan. Los factores de riesgos no son pensados solamente desde la fisiopatología, sino en sus hábitos alimenticios y de higiene. Pero haciendo una lectura de las historias clínicas, solo aparece la historia de la enfermedad y restauración a través de las piezas dentales CPO. Nada esta escrito de la historia del sujeto que porta esos dientes. Un breve análisis de esas historias clínicas, nos va mostrar la realidad sobre la salud

⁴⁹ Selva Suárez, L; Ochoa Alonso, A: Concepciones de salud y estrategias de intervención. Carácter histórico Dpto. de Medicina General Integral. FCM Correo Científico Médico de Holguín 2002. Cuba

bucal. Las mayorías de los pacientes que asisten por 1º vez solicitan la intervención cuando ya esta instaurada la enfermedad, otro análisis muestra a los pacientes que lograron a través de la intervención clínica restaurar su salud bucal y vuelven a la consulta. El índice de reincidencia es muy alto, donde piezas dentales que antes estaban sanas aparecen con alguna patología y finalmente el gran numero de desdentamiento en los sectores sociales mas carenciados. En síntesis en las historias clínicas no aparecen pacientes sanos a consultar acerca de cómo sostener su salud bucal, como prevenir las caries, o si un buen cepillado después de las ingesta previene enfermedades periodontales.

En la 1era consulta de un paciente a un Odontólogo se debería instituir como administración habitual, el análisis de su historia singular, su contexto social y cultural y su inserción en el mercado de trabajo.

Ante su demanda de asistencia auscultar su historia y su contexto para comenzar a desarrollar una estrategia de Prevención y Promoción de la Salud, ubicarlo en su demanda de asistencia, en como se desarrollo el proceso de patologización de sus dientes y tejidos blandos. Concientizarlo que su salud bucal depende en gran parte de su auto cuidado, de su higiene, de su ingesta, para posteriori comenzar su tratamiento dentro de un proceso de salud – enfermedad – atención.

En el trabajo realizado por A, Dávila, "Se realizaron en las Historias Clínicas los correspondientes **Odontogramas**, como así una evaluación particular en cada paciente, de las dietas, los hábitos alimenticios e higiénicos, el estado general clínico, los temores, las fobias, las concepciones sobre temas vinculados a la enfermedad y a la salud en Odontología etc. etc.

- ¿Cuántos de los pacientes que atendemos vienen enfermos a nuestros consultorios?
¿Cuántos concurren sanos?
- ¿A cuantos de nuestros pacientes enfermos colocamos en salud?
- ¿Los tratamientos restaurativos son eficaces, cuan eficaces son?
- ¿Si somos profesionales de la salud que hacemos por evitar la enfermedad?
¿Si nos concentramos solamente en restaurar lo que ya esta enfermo, llegamos a poner en salud al paciente?
- ¿Por qué no tratamos primero a la enfermedad y sus causas y luego reparamos sus lesiones?
- ¿Por qué en general se hace, al revés?
- ¿Existen dos Odontologías, una Restauradora y otra Preventiva?"⁵⁰

Esta interrogación da cuenta de la dicotomía que se expresa en la formación de los Odontólogos, su mercado de trabajo y el sistema de salud vinculado a la salud oral. Por un lado las Universidades en sus currículas formulan planteamientos que piensan a la salud enfermedad como un proceso, como un producto social, donde la prevención y la promoción de la salud es uno de sus objetivos finales en la formación de los

⁵⁰ Dávila, A: ¿Es eficaz un proyecto odontológico basado en una filosofía y un método pensado en la salud y no en la enfermedad? webodontologica.com 2000 Bs. As

Odontólogos y por el otro lado las obras sociales, las pre pagas, el sector privado y algunas esferas de lo público que conforman el mercado de trabajo sostienen una Odontología básicamente restauradora y posicionada en la enfermedad. Esta es la definición más clara del "morbicentrismo sanitario" que atraviesa el sistema donde la enfermedad es el target del conocimiento y el ejercicio de la Odontología es la búsqueda de esa ilusoria homeostasis de la salud y la enfermedad

Restaurar una pieza dental no es volver a la condición primaria o inicial del diente, sino es darle algún grado de salud y "bienestar" al aparato masticatorio de un sujeto enfermo. No existe ningún equilibrio restaurado, solo existe una amalgama, un emparche, una prótesis, en donde antes había un diente sano.

"Podría resumirse la evolución epistemológica de salud a través de las definiciones que la han caracterizado en las diversas etapas.

1. Ausencia de enfermedad
2. Completo estado de bienestar físico, mental y social
3. Proceso salud-enfermedad
4. Salud como producto social⁵¹

En la formación académica de las distintas disciplinas vinculadas a la salud, el concepto de salud ha sido excluido por la hegemonía de un Modelo Médico cuyos rasgos dominantes son: biologismo, concepción evolucionista - positivista, ahistoricidad, individualismo, la salud como mercancía, legitimación excluyente de otras prácticas, identificación con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, medicalización de nuevas áreas problemáticas, tendencia a un enfoque dominado por la percepción sintomática, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, escisión teórica y práctica, tendencia a escindir la práctica de la investigación, identificación con el medio urbano como lugar de desarrollo. Menéndez.

Las distintas disciplinas que conforman el campo de la salud (Medicina, Psicología, enfermería, fonaudiología, etc.) se agrupan desde un punto de vista previsional en la denominada Caja de Arte de Curar. Desde esta denominación "Arte de curar" se marca a la enfermedad como lo instituido; la clínica es transmitida, abordada y teorizada desde la patología.

Es lo social lo que vincula a la clínica con la salud, la prevención y la promoción. Salud es un concepto a construir desde las distintas determinaciones que lo producen: económica, social, política, jurídica e histórico social.

Pensar la salud - enfermedad como un proceso remite a los modos de conceptualizar la causalidad o las determinaciones no sólo desde la dimensión biológica funcional, sino en su articulación con los distintos procesos sociales.

Pensar el proceso de salud - enfermedad implica no solamente la búsqueda de causalidades teleológicas en la biología o en la tecnología médica, sino también en los distintos momentos históricos que dieron origen a formaciones sociales particulares que marcaron los modos de enfermar y de curarse⁵².

⁵¹ Selva Suárez, L; Ochoa Alonso, A: Concepciones de salud y estrategias de intervención. Carácter histórico Dpto. de Medicina General Integral. FCM Correo Científico Médico de Holguín 2002. Cuba

⁵² Saenz, I: Epistemología, subjetividad y salud Revista Iberoamericana de Educación Salud y Trabajo. Universidad Nacional de Rosario (Argentina) y la Universidad de Extremadura (ESPAÑA) N° 0 - Abril 1999.

CAPITULO III • Formación de Recursos Humanos en salud

Entidades formadoras de RRHH (OMS; OPS; UNESCO; GOB. MINISTERIOS de Salud, de Educación, de seguridad Social; UNIVERSIDADES)

La OPS en sucesiva reuniones con organismos gubernamentales (Ministerios y representantes Universitarios) de América Latina busco de que se crearan los "departamentos de Medicina Preventiva y Social" en la estructura de grado, como una manera de influenciar a la educación y formación de los médicos, propiciando modelos extramurales de enseñanza

A partir de Alma Ata (1978), con la implementación de la estrategia de atención primaria en salud la reconversión y formación profesional no se limito a la educación médica sino que se extendió a toda el área salud implicando a enfermería salud pública, Odontología y veterinaria y a la formación técnica. A través del tiempo ha tenido diversos grados de desarrollo en el mundo académico y de la salud publica.

A través del enfoque estratégico de Planificación de Recursos Humanos, de la estrategia de participación ciudadana-articulación interinstitucional, en el desarrollo de recursos humanos se busca.

1. Investigar las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal profesional en sus diferentes niveles, y de personal no formal en sus actividades en el área de la salud
2. Establecer un proceso de Educación Continua con enseñanza a nivel local basado en los problemas locales de capacitación en salud
3. Apoyar a los programas de capacitación y de formación de las instituciones públicas y ONGs de educación y servicios de salud (OPS/OMS/Colombia, 1991. 94). "... el BM presentó su "agenda para la reforma" del financiamiento de los servicios de salud en 1987. Desde ese momento, se inició un cambio en el liderazgo internacional de las políticas sociales, en general, y de salud, en particular, en cuanto a sus aspectos económicos.

Los economistas de la salud, ubicados en las agencias financieras multilaterales como el BM y el FMI, comenzaron a tener más incidencia en el diseño de las reformas sanitarias que los salubristas y planificadores de los organismos tradicionalmente encargados de estos asuntos, como OPS/OMS, UNESCO y UNICEF (Hernández, 1997. 203-204).

Este cambio tuvo fuertes implicaciones en el proceso de reforma de los sistemas de salud en América Latina y, puede decirse en todo el mundo, como ha sido mostrado por Porter (1999. 247-277).

El informe del BM de 1993, titulado *Invertir en salud*, hizo más evidente el cambio de liderazgo, al tiempo que presentó al debate mundial el nuevo modelo para el financiamiento de los servicios de salud de manera clara y contundente (BM, 1993)...⁵³

La globalización como proceso político económico, incidió en las estructuras políticas de los Estados, generando tendencias, afectando la planificación en distintos sectores. En el campo de la formación se trato de imponer un modelo de formación y planificación de los recursos humanos con un fuerte contenido biogista asistencial.

La salud se estudia como una mercancía que, supuestamente, entra en el "libre juego de la oferta y la demanda". Dentro de este sistema en la década del 90 se privatizaron los servicios estatales y se descentralizaron los mismos, pero no con una planificación estratégica sino como abandono por parte del Estado.

⁵³ La Organización Panamericana De La Salud y El Estado Colombiano. Cien Años De Historia. Documento WWW) Recuperado: http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/_ftn1#_ftn1

⁵³ Diseño de Una Metodología Para La Planificación de Recursos Humanos Del Sector Salud - Consulta De Expertos-. (Documento WWW) Recuperado: http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/_ftn1#_ftn1

RECURSOS HUMANOS – AREA SALUD

La Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a Odontología y Estomatología (CIE-OE) considera que para el desarrollo de los recursos humanos de salud es necesario un planteamiento interdisciplinario, intersectorial y de múltiples servicios, que reconozca las funciones complementarias de los dispensadores de servicios de salud y valore la contribución de las distintas disciplinas.⁵⁴

Para un sistema de salud la formación de los RRHH y la capacitación permanente es uno de los elementos vitales para tener servicios de calidad y eficacia, donde la equidad se erija como valor fundamental

El desarrollo de los RRHH de salud debe sostenerse en la evaluación constante por parte de los entes de formación y contralor y en la investigación como modo de avanzar en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

- Promover el desarrollo de entornos de calidad del ejercicio profesional, y de oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional y de sistemas equitativos de remuneración, como aspecto positivo de los programas de reclutamiento y retención.
- Reconocer y reflejar la diversidad cultural de la sociedad en el desarrollo de los recursos humanos. Hoy la ciencia y la tecnología en el campo de la salud están indisolublemente ligadas.

Las políticas en salud plantean coberturas y cuidado de la salud que tiene una aplicación en todo el sistema de atención.

En la ciudad de Rosario la cobertura en el área odontológica se desarrolla en los tres subsectores tanto a nivel provincial, municipal como en el Facultad de Odontología que se ha constituido como Hospital Escuela Odontológico. Esta unidad docente asistencial implica por un lado la atención a través de los distintos servicios que la conforman y las cátedras de la Facultad que desarrollan un proceso de enseñanza – aprendizaje coligado al proceso de salud – enfermedad – atención.

Esta investigación esta radicada en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Rosario porque en ella se conjugan las dos proposiciones básicas de esta tesis que es la formación de los recursos humanos y su relación con el mercado laboral. En ese sentido “un Hospital Escuela Universitario permite el aprendizaje en base a la resolución de problemas, lo que garantiza por una parte la pertinencia de la Universidad (compromiso con las necesidades sociales), y por otra la fertilidad del acto de salud desarrollado en ese ámbito.

⁵⁴ Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología (CIE-OE): Tercera edición Esta publicación tiene por objeto proveer bases prácticas y convenientes para codificar y clasificar datos relativos a los trastornos bucales y dentarios. En ella se incluyen todas las enfermedades y trastornos que se presentan en la cavidad bucal y estructuras adyacentes

El Hospital Escuela Odontológico de la Universidad Nacional de Rosario presta servicios intramuros a la población de toda la región, ya que es el único efector de salud equipado con elementos de alta complejidad para una integral atención de la salud buco-máxilo-facial. La enseñanza que se imparte en el mismo, permite priorizar el paradigma alternativo como perspectiva epistemológica de la carrera, y en especial la Investigación en la Acción como enfoque metodológico e ideológico -asociado con los problemas de mayor relevancia social. Lo que también significa la formación de una comunidad científica con una visión paradigmática en común.

El aprendizaje en base a la resolución de problemas reconoce al campo de la salud (en su sentido transdisciplinario) como contexto básico de investigación e intervención, y como contexto que vincula las ciencias de la salud con las ciencias sociales.

La construcción del conocimiento desarrollado en un ámbito hospitalario permite, además, aplicar los principios de la bioética y la bioseguridad como faro que guíe la docencia, la investigación y la práctica clínica de las ciencias de la salud.

Uno de los aspectos más relevantes ocurrido en los últimos años en la enseñanza de la Odontología, es el cambio de una enseñanza centrada en procedimientos curativos-restaurativos por una centrada fundamentalmente en la prevención y promoción de la salud. Esto implica un compromiso social que se ve respaldado por la labor de campo que el estudiante realiza en los servicios y consultorios externos.⁵⁵

En ese sentido la actividad formativa y extramuros de un Hospital Escuela conjugan lo enunciado por CIE – OE donde lo interdisciplinar e intersectorial se desarrolla en un proceso formativo con sentido social comunitario.

La información que se analiza en esta investigación esta centrada fundamentalmente en la década del 90 en función que durante esos años se implemento y consolido un sistema de concentración del capital y de exclusión de grandes sectores de la población.

En el área salud esa realidad socio-económica del país, fragilizo toda la estructura publica de atención. Por un lado se ha incrementado la demanda de la población de esos servicios y la devaluación producida ha incidido fuertemente en los costos de la atención de la salud. Lo que puso en situación crisis a la seguridad social del país.

⁵⁵ CD Hospital Escuela Facultad de Odontología de Rosario FOR UNR 2002.

RECURSOS DEL SISTEMA**RECURSOS HUMANOS^{56, 57}**

El número de graduados médicos ha descendido un 12.2%, pasando de algo más de 4.000 mil egresos a menos de 3.800 entre 1992 y 1998⁵⁸. Durante el mismo período también disminuyeron ligeramente los egresados de Odontología y aumentaron los de Psicología.

Hasta 1989 se formaban anualmente 500 enfermeras y a partir de ese año aumentaron los egresos hasta unas 1.000 enfermeras por año⁵⁹. No se cuenta con información sobre las tendencias esperadas para el futuro inmediato.

EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SECTOR DE LA SALUD⁶⁰

Tipo de Recurso	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nº total de Médicos	88.800	ND	ND	ND	108,800	ND	ND
Nº. total de Odontólogos	21.900	ND	ND	ND	28.900	ND	29.231
Nº total de Enfermeras (incluye auxiliares + empíricos)	69.000	ND	ND	ND	86.000	ND	140.000
Nº total de técnicos medios de Laboratorio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nº de egresados de postgrado en Salud Pública	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Razón de médicos/10,000 hab.	26.8	ND	ND	ND	30.2	ND	ND
Razón de Enfermeras Profesionales /10,000 hab.	5.4	ND	ND	ND	8.1	ND	ND

Fuentes. OPS, Indicadores Básicos 1998; M. Brangold. "Administración Estratégica y Servicios de Salud" Organización Panamericana de la Salud "Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985 - 1995. Análisis de situación y líneas de trabajo.", Buenos Aires, Publicación Nº 43, 1995; OPS/OMS, Recursos Humanos en Salud, septiembre 2000.

La formación en salud pública y administración en salud se realiza en una amplia gama de instituciones. En 1999 existían más de 60 entidades con programas de postgrado en estas áreas (instituciones académicas del área de ciencias de la salud, así como otras áreas universitarias, gremiales, hospitalarias, gubernamentales y otros) En su mayoría, son financiados directamente por los propios profesionales.

⁵⁶ Mera, Jorge A. 1978. Número y distribución de médicos en la Argentina. Medicina (Buenos Aires) 38: 308.

⁵⁷ Zalduendo, Eduardo A. et al. 1962. Oferta de mano de obra especializada universitaria y técnica de la República Argentina. Editorial del Instituto Di Tella, Buenos Aires.

⁵⁸ OPS/OMS: "CSA" Tomos I y II, 1994

⁵⁹ OPS/OMS: "Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo", Buenos Aires, Publicación Nº 43, 1995

⁶⁰ (Documento WWW) Recuperado: http://www.observatorio_rh.tripod.com

LEGISLACION PARA LA FORMACIÓN DE RRHH

Existen políticas definidas para la formación de los profesionales de la salud.

Desde 1995 la Ley de Educación Superior establece una serie de requisitos para aquellas profesiones cuyo ejercicio está regulado por el Estado y que pudieran poner en riesgo, entre otros bienes, la salud de la población.

Para estas **carreras, denominadas "de riesgo"**, la Ley establece procedimientos de acreditación que serán llevados a cabo por un organismo descentralizado del Ministerio de Educación (ME), la **Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU)**⁶¹.

La Ley también estableció que las **carreras de postgrado** - sean de especialización, maestrías o Doctorados - deberán ser **acreditadas por la CONEAU** o por entidades reconocidas por el Ministerio de Educación.

En **1998**, se encontraba en proceso la **primera acreditación** de especialidades en **Medicina**.

Por otra parte, el MSAS, a través del componente de **Control del Ejercicio Profesional del PNGCAM** está relacionado con el desempeño profesional de todo el equipo de salud, aunque dichas funciones están constitucionalmente reservadas a las provincias. Ello dificulta el análisis del número de médicos pues los profesionales están inscritos en tantas provincias como ejercen.

También **están elaborándose normas para la organización y funcionamiento de los servicios de salud**, los cuales explicitarán los requerimientos de espacio, equipamiento, recursos humanos y procedimientos según niveles de riesgo.

En el año 2001 la autoridad sanitaria de Argentina ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS.

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de salud
4. Participación de los ciudadanos en salud
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en salud pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. ⁶²

⁶¹ Ministerio de Cultura y Educación: "Ley de Educación Superior", Buenos Aires, 1995

⁶² En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.

BREVE HISTORIA DEL SURGIMIENTO DE LA PRIMERA UNIDAD ACADÉMICA DE ODONTOLÓGIA EN ROSARIO

En la ciudad de Córdoba en 1918 los estudiantes se revelan al poder conservador y clerical de los claustros universitarios y generan la democratización de los mismos a través de lo que se conoce como "la reforma universitaria". Producto de la misma los estudiantes se habían organizado en todo el país y habían llamado la atención del Gobierno Nacional que interviene a la Universidad. En Santa Fe los estudiantes (que tenían entre sus objetivos transformar la Universidad Provincial en Nacional) se agruparon en la denominada Federación Universitaria de Santa Fe que "entrevista al Presidente Irigoyen y ese mismo año logra el aval del Primer Congreso de Estudiantes Universitarios reunido en Córdoba. Finalmente, la UNL es creada por Ley Nacional el 17 de octubre de 1919, constituyéndose en la "hija de la Reforma" y la primera institución con sedes en cuatro provincias."⁶³ Como antecedente primario en el año 1889, el Gobernador José Gálvez, crea la Universidad Provincial de Santa Fe que a partir de una ley nacional en 1919 se transforma en la Universidad Nacional del Litoral.

En 1916 producto de la Ley Saenz Peña (sufragio universal, secreto y obligatorio) la clase media, las importantes corrientes inmigratorias y sectores de pequeños campesinos irrumpen en la vida política Argentina en la persona del Presidente Hipólito Irigoyen. En este contexto político se da la reforma universitaria en Córdoba y también da lugar a la creación de la 4ª Universidad nacional. La ley sancionada era la 10861 que en su art. 2ª planteaba la creación de la Facultad Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de Rosario. De esos "ramos menores" iba a surgir la Escuela de Odontología. En 1921 el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública reglamenta los estudios de dicha facultad y se los divide en cuatro secciones. Medicina, Farmacia, Odontología y Obstetricia.⁶⁴

En relación a los planes de estudios de la Escuela de Odontología (Reglamentación Ley 10861), la concepción dominante es la que disocia al organismo en órganos y funciones y tiende a situar la enfermedad en el nivel de las condiciones anatómicas y fisiológicas, aisladas de la estructura del conjunto ⁶⁵. Los planes tienen una estructura muy fragmentada; primero las ciencias básicas, luego la Pre-clínica y por último la clínica.⁶⁶

En la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de Rosario se construirá un pabellón en el Hospital Centenario, para la Escuela de Odontología.

En el año 1930 se aprueba un "plan de estudio para la Escuela de Odontología...aprobado por el cuerpo de profesores de la misma, es con pocas variantes el mismo plan que fuera propuesto por la comisión ad-hoc designada por el H. Consejo Directivo de la Facultad en el año 1930 y coincide en mucho con el que rige actualmente en la Escuela de Buenos Aires. No hay en él ninguna concepción que signifique una innovación que pudiera calificarse de aventurada, es la expresión de 15 años de experiencia en la propia casas y el producto de la aplicación juiciosa u condicionada medio, de la estructuración de Escuelas americanas y europeas". ⁶⁷

⁶³ Pag Web de la Universidad Nacional del Litoral, historia.

⁶⁴ Schapira Marta V. "La práctica odontológica, su lugar en las prácticas del campo de la salud, construcción histórica y sistemas de representaciones" Inédito Informe anual de su investigación. 1996

⁶⁵ Canguilhem G.: "Lo normal y lo patológico" Siglo XXI Argentina Editores, Bs.As. 1971

⁶⁶ Schapira Marta V. "La práctica odontológica, su lugar en las prácticas del campo de la salud, construcción histórica y sistemas de representaciones" Inédito Informe anual de su investigación. 1996

⁶⁷ Universidad Nacional del Litoral - Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y ramos menores- Plan de Estudio de la Escuela de Odontología. Imprenta de la Universidad- Santa Fe- 1938

En esta introducción al plan de estudio, aparece con nitidez lo que Eduardo Menéndez definió como el modelo médico hegemónico; la innovación de crear esta Escuela de Odontología no se apartaba de los cánones que regían a la Medicina y el control curricular que la misma imponía a sus ramas menores.

Este plan de estudio sancionado por el Consejo Directivo el 8 de Septiembre de 1937 y aprobado por el Consejo Superior el 25 de Septiembre del mismo año planteaba un perfil contradictorio; por un lado en la descripción del objeto de la enseñanza odontológica decía "la Escuela debe fundamentalmente desarrollar en el estudiante, el sentido preciso de la responsabilidad que le cabe como agente llamado a tutelar la preservación y recobro de la salud del individuo, a través de su acción sobre el sistema buco-dental, habilitándole con elementos de educación e instrucción suficientes para ejercer a ciencia y conciencia sus funciones" párrafos mas adelante planteaba que "dentro de las asignaturas del presente plan, las materias "Metalurgia, Materiales y mecánica aplicadas", "Técnicas de Prótesis" y los dos cursos de "Clínica de Prótesis", forman una unidad científica y docente, suficientes como para constituir los elementos básicos de un Instituto, este plan conglomeraba las disciplinas citadas constituyendo el Instituto de Prótesis. Ello ha de permitir realizar el supremo ideal universitario bajo la mira de su acción docente, científica y de orientación, que actualmente no se contempla en esta forma orgánica en ninguna Escuela Odontológica del país.⁶⁸

Este Plan de Estudio signara por muchas décadas la formación de los Odontólogos a pesar de las distintas modificaciones que tuvo esta formación, no se aparto de su concepción biomédica. El sustratum biológico, el arte y la destreza técnica y la operatoria clínica darán lugar al reconocimiento de la Odontología como una practica médica que buscara su identidad profesional.

Este plan de estudio implicara el punto de partida de la Odontología como disciplina independiente de la Medicina, no solo por lo distintivo de su objeto de estudio, sino por la práctica social que implicara en el tiempo el reconocimiento de su identidad.

No es objeto de esta investigación hacer un análisis exhaustivo del artefacto pedagógico que fueron los diversos curriculum en los que se formaron los Odontólogos pero si plantear hitos representativos identitarios del profesional Odontólogo. Solo quisiera destacar por el sentido que adquiere en la actualidad la asignatura dictada en 5º año (Plan 1937) "Odontología Legal y Social y Economía Dental" la cual tenía un fuerte componente vinculado al Higienismo y justificado desde la Medicina Publica. En ella se sostenían o rozaban con las cuestiones éticas, institucionales, judiciales que se derivaban.

En los Fundamentos del Proyecto de Plan de Estudios para la Escuela de Odontología (1957) preparado para la Comisión Ad-Hoc, de acuerdo a las normas e estructuración aprobadas por el Consejo Directivo plantean una serie de modificaciones curriculares como que la Asignatura Odontología Legal y Social y Educación Dental (el plan vigente era el aprobado en 1937) pase a denominarse Economía Dental, Odontología Legal y Social, en sus considerandos decía "La transposición de términos del titulo se explica por el mayor desarrollo que se estima necesario imprimir a la parte de Economía Dental sin menoscabar por ello la Odontología Legal y Social" y en esa reforma también se sigue sosteniendo el Instituto de Prótesis

⁶⁸ Ibidem

Esto tiene varias lecturas por un lado se consolida la disciplina Odontología como una práctica profesional, con entidad propia desde el punto de vista teórico disciplinar insertándose en el mercado laboral. Por el otro lado, comienza a consolidarse una práctica académica formativa, que en la introducción del Plan de Estudio, decía "la misión de la Escuela será estructurar un egresado con un amplio cimiento biológico, diestro operador y de sentido clínico suficientemente cultivado"

Se estaba delineando un perfil claramente profesionalista, biólogo y asistencial, que se desarrolló en todas las unidades académicas de las Universidades argentinas. Esa originaria autonomía de su ejercicio profesional, ubicaba a la Odontología como una práctica liberal en esos años.

Continuando con esta breve cronología, el 4 de Noviembre de 1947 se sanciona la nueva Ley Universitaria (Ley 13.031) sancionada por el gobierno del Gral. Perón. Una de sus consecuencias es la aprobación del Plan de Estudio de Odontología aprobado por el Honorable Consejo Directivo con fecha 17 de Noviembre de 1949.

Con el golpe militar de 1943, irrumpe en la escena política el peronismo que tendrá un vínculo conflictivo con los claustros universitarios. Por un lado comienza a tener mayor presencia el Estado, las Universidades habían sido intervenidas en 1943 y en los años sucesivos continuaron intervenidas. La ley 13.031 se planteaba un ordenamiento de las Universidades, creando institutos, que serían quienes correlacionen la enseñanza y la investigación científica. Las exigencias sociales y políticas de esa época dieron lugar a un importante desarrollo de políticas sociales en salud. En este tiempo, si bien los discursos y las acciones en el campo de la salud, tienden a impulsar en la formación de recursos humanos, el desarrollo de la salud pública, la presencia del nivel de lo preventivo en las Escuelas de Odontología, se sitúa en lo puramente teórico.⁶⁹

En el año 1957 se produce una nueva modificación del plan de estudio⁷⁰, seguía vigente el plan de 1938. El planteo era "armonizar con los planes de las otras Escuelas del país" en líneas generales se sostenía la estructura del plan vigente, entre otras; se elevaron a cátedras a Técnicas de Prótesis, técnica de operatorias, se incluyó Farmacología en la cátedra Terapéutica e Higiene, la incorporación de Economía Dental en la materia Odontología legal y social entre otras modificaciones.

De la lectura del Plan de estudio surge con claridad el sentido fuertemente biólogo y de cultura médica en la orientación con la que se formaban los Odontólogos. En los considerandos de la creación de Semiología se planteaba "un desenvolvimiento provechoso y el futuro Odontólogo actuará como un especialista responsable, **considerando a su enfermo en todo momento como una unidad biológica**"

El 27 de Junio de 1959 la Asamblea Universitaria eleva a categoría de Facultad a la ex – Escuela. En el primer punto de la resolución plantea "Transformar la actual Escuela de

⁶⁹ Fernández Emilio": Regímenes alimenticios en la prevención de caries dentarias" Revista del Circulo odontológico de Rosario. Nros. 1 al 4 Enero a Diciembre de 1947.

⁷⁰ Fundamentos del Proyecto de plan de Estudio para la Escuela de Odontología preparado para la comisión ad-hoc, de acuerdo a las normas e estructuración aprobada por el Consejo Consultivo - Facultad de Medicina – UNL 14- -5- 57

Odontología que, forma parte de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, en Facultad de Odontología, con asiento en la Ciudad de Rosario".⁷¹

En 1968 se crea la Universidad Nacional de Rosario a través de la Ley 17.987. La misma se estructura sobre la base de las unidades académicas en Rosario y Casilda.

En Febrero de 1968 se presenta el Plan de Estudio res. N° 3505, en 1971 se modifican nominalmente algunas asignaturas. Con la corta primavera democrática del año 1973 se incrementaron las practicas extramuros pero no influyo en la concepción dominante de la formación de los Odontólogos.

En la presentación del proyecto del Plan de Estudio de la carrera de Odontología Res. C.S. N° 150/76 del 30/11/76. expte. Rectorado N° 24.889/1, expte. Facultad N° 12.279/76. Nuevamente las Universidades fueron intervenidas por el poder de Facto y en el pedido de homologación del Plan se plantea "nuestra Facultad, necesita imperiosamente una remodelación de todos sus estamentos"... Como concepto general se plantea la odontologización de la carrera de Odontología. En el organigrama de coordinación horizontal y vertical significativamente la asignatura Clínica Integral (creada en ese plan) atraviesa todas las asignaturas. La misma pertenece al Departamento de Odontología Integral, que contiene las nuevas asignaturas; Pre clínica I y II y también, Economía Dental y Odontología Legal. En el proyecto de plan se planteaba "la integración de todos los conocimientos anteriores parcializados, mediante la creación de una asignatura (práctica) Clínica Integral, donde se hará el análisis y la síntesis de su aprendizaje, cerrando de esta manera el círculo de enseñanza iniciado en Pre Clínica" Si en la reforma de 1957 se plantea modificar el orden de la enunciación de la asignatura de Odontología legal y Social y Economía Dental por Economía Dental y Odontología Legal y Social. Lo que configuro no solo un cambio en el orden del Título de la materia, sino en la formación de los profesionales, donde la ecuación costo-beneficio para algunos estamentos sociales, era parte constitutiva del plan de tratamiento. En este Plan (1976) se borra definitivamente la palabra Social, "Economía Dental y Odontología legal.

Desde la creación de la Escuela de Odontología la formación estuvo centrada en un concepto bio-medico. Pasaron décadas, con distintos interregnos democráticos, con gobiernos de facto, y las reformas que se implementaron en la carrera de Odontología, fueron parciales, pero en esencia no se apartaron de la concepción biologista, estraxionista y reparatoria. La concepción de sujeto fragmentado daba cuenta de la rémora que dejo el modelo medico hegemónico en la formación de los Odontólogos.

⁷¹ Resolución de la H. Asamblea Universitaria con fecha 22 de Julio de 1959 Firmada por Oscar Marótolí - Decano y Francisco Pendido - Secretario Facultad. Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario

UN HITO CONTEMPORANEO LA REFORMA CURRICULAR DE 1985

Con la irrupción democrática (1984) se inicia en la Universidad un proceso de democratización y apertura a las cuestiones sociales que fueron relegadas, ignoradas o reprimidas por el proceso militar. La enfermedad no era concebida solamente como la ruptura de esa mítica homeostasis. Se hablaba de un ciudadano, de un sujeto de derecho, sujetado a una historia, a una familia, a un sector social, a una singularidad. Se comenzaba a debatir que la salud no era la pérdida de ese equilibrio, que no se podía escindir la salud- la enfermedad y la atención.

Era un proceso constituyente y constitutivo de la existencia humana y en esa dianoia universitaria fui convocado a participar en ese proceso de cambio.

El Decano Interventor⁷² convoca a profesionales de las ciencias sociales y humanas para comenzar a estructurar el Area Social del plan de estudio. Soy designado Profesor Titular interino (luego revalidado por concurso)⁷³ participando en el Consejo Académico Normalizador⁷⁴ como representante del claustro docente. Una de las actividades específica en relación a la reforma curricular fue el trabajo en la Comisión de Enseñanza⁷⁵. Un Psicólogo en una carrera con horizonte tecnológico - biológico. Se discutía la triada de la OMS de la salud como bio - psico - social, el paradigma biológico como unicidad, la clínica como mirada obnubilada por la patología y se comenzó a debatir la currícula vigente que estaba planteada en una concepción biológica - pre clínica y clínica. Se plantean las primeras modificaciones de 1º año, dándose de baja a las cátedras de Preclínica e Introducción a las Técnicas de Materiales Dentales

Se incluye por primera vez la necesidad de incorporar un enfoque relacionado con la epidemiología y un compromiso mayor con la salud pública. Asimismo, se introduce la "necesidad de dar a la formación científico-técnica del profesional Odontólogo un sentido social y humanístico".

De esta manera en el plan de estudios aprobado en 1985⁷⁶ se incorporan las cátedras de Odontología Social I, II, III, IV y Residencia Odontológica de Pre Grado. El área de la Odontología social, sanitaria y preventiva atraviesa todas las instancias de formación del futuro Odontólogo. En la justificación del plan de estudio decía; "en el ordenamiento de las asignaturas se ubico en los primeros años aquella tendientes a brindar una formación biológica básica que permita el abordaje de la especificidad odontológica a partir de tercer año, poniéndose énfasis en las practicas clínicas. Paralelamente, durante toda la carrera, se orienta al alumno en un sentido social y humanístico acentuando los criterios de prevención".

Con la creación del área de Odontología Social se comienzan a trabajar ejes teóricos, tales como; salud - enfermedad como proceso histórico y social y la relación histórica - socio - cultural entre la práctica odontológica y un saber científico en el campo de la salud.

⁷² Decano Interventor Dr. Juan Carlos Millet Facultad de Odontología UNR 1985

⁷³ Cátedra Odontología Social II. Desde Abril 1985 a Noviembre de 1990.

⁷⁴ Res. 649/85 Consejero docente Consejo Académico Normalizador Consultivo. FOR UNR 1985

⁷⁵ Res. 651/85 Consejero a la Comisión de Enseñanza FOR UNR Septiembre 1985

⁷⁶ Res: 787/85. Aprobación del Plan de Estudio de la carrera de Odontología que regirá a partir del curso lectivo 1986. 25 de Noviembre de 1985

Se puede pensar que la presencia de las ciencias sociales impulsada por un grupo de Odontólogos y profesionales de otras disciplinas tales como. Antropólogos, Historiadores, Lic. en Planificación, Psicólogos y Médicos, constituyo un elemento importante para avanzar en la construcción de un profesional de la salud vinculado a la realidad socio sanitaria del país.

Se trataba de construir en forma interdisciplinaria un nuevo perfil de Odontólogo. Han transcurrido más de 20 años de esta reforma curricular, es hora de analizar el recorrido histórico de la misma, si tuvo algún impacto en la formación y en el ejercicio de la profesión. Las ciencias sociales y humanísticas atravesaron en esos años la currícula. Crearon cátedras (las Odontologías sociales) y un departamento que las incluye, el Departamento de Odontología Social, Sanitaria y Preventivo. La dimensión de lo social se instauro en el plan de estudio, la currícula no hablaba ni de lo físico, ni de lo mental. Hablaba de la dimensión humana del sujeto que padece y este era el sentido literal en la formación.

En ese proceso de reforma curricular (año 1984) se me designa Director Normalizador del Departamento de Odontología Integral. El cual después de un proceso de discusión y producción entre Odontólogos, Psicólogos, Antropólogos, etc. se transforma en el Departamento de Odontología Social, Sanitaria y preventiva, proyecto del cual soy uno de los gestores y autor. Fui designado (a propuesta de todos docentes del área) Director del mismo hasta que presente mi renuncia por ingresar a la carrera de investigador en el Consejo de Investigación de la UNR

Esta reforma curricular genero un debate epistemológico y clínico acerca de la concepción de salud - enfermedad - atención en la Facultad de Odontología. Como se planteo anteriormente es hora de evaluar ese proceso en su totalidad, analizar el perfil del Odontólogo prescripto y el que egresa. La idea es aportar desde lo meta cognitivo recursos teóricos metodológicos que den cuenta del mejoramiento cualitativo de la formación del profesional Odontólogo.

CAPITULO IV • Sistema de Salud

SISTEMA DE SALUD.⁷⁷ ANTECEDENTES DE LA CRISIS

Para comenzar a analizar el sistema de salud de la Argentina y en particular la Salud Bucal se hace necesario analizar los cambios producidos en la Sociedad a partir de la reconversión tecnológica y capitalista que se ha producido en el mundo y que en Latinoamérica adquiere el carácter de programas económicos de "ajuste y cambio estructural" sustentadas en las políticas neoliberales.

Argentina tuvo un ciclo que se caracterizó por la conjugación de un proceso de democratización del régimen político que tendía a ser políticamente incluyente pero con un proceso de modernización de la estructura productiva socialmente excluyente. Las políticas de ajustes que se dieron en la década de los 90, denominadas "proceso de reestructuración económica", pusieron en tensión la estructura social de convivencia.

Argentina ha sido un laboratorio de políticas neoliberales, que en los denominados círculos académicos se definieron como de capitalismo salvaje. Durante la década anterior la misma era el ejemplo de país emergente por todos los organismos internacionales.

Con el peronismo (Menem) en la década del '90 se entronizó el más poderoso bloque conservador que se haya constituido (dentro de la democracia) en la historia Argentina, y el gobierno de De la Rúa fue incapaz de revertir este proceso de concentración y pauperización, y en los hechos fue un continuismo de dichas políticas con algunas excepciones que no alteraron las políticas vigentes.

El denominado caso Argentino por los organismos internacionales, es la expresión más acabada del fracaso con mayúsculas de las políticas neoliberales aplicadas bajo las recetas del Fondo Monetario Internacional (FMI) y demostrativa del fracaso de las políticas clientelistas y su consabida corrupción local.

Al inicio de este proceso la macro economía y las cuentas nacionales cerraban con grandes números positivos, pero después de una década de supuestas Reformas de Estados, privatizaciones y ajustes, las variables sociales (verdadero soporte del ajuste) han crecido en sus índices negativos; pobreza, desempleo, marginalidad, inequidad en el acceso a la salud y a la educación, regresividad en la distribución del ingreso etc...

⁷⁷ Algunos de los cuadros fueron confeccionado y sistematizado en base a un documento publicado por la OPS, el 25 de Febrero de 2002. "Perfil del sistema de servicios de salud República Argentina" Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud - Organización Panamericana de la Salud (2da. ed. 25 de febrero de 2002)

⁷⁷ PNUD 1996 Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Esta creciente desigualdad se expresa claramente en cifras; mientras el 20% más pobre de la población mundial posee sólo el 1,4% del ingreso mundial, el 20% más rico se apropia del 85% de ese ingreso.⁷⁸

En Argentina las políticas de ajustes en este proceso de reestructuración económica han puesto en tensión la estructura societal de convivencia. Una de las características de la sociedad Argentina y expresión clara de los mecanismos de movilidad social ascendente fue la denominada clase media que producto de este proceso estuvo al borde de la extinción.

Los niveles de desocupación han llegado a la cifra récord de 24%, (según información del Ministerio de Economía, 2002) la recesión se expande y se profundiza con la consiguiente contracción del mercado interno, los índices de consumo han caído notablemente, se ha producido la ruptura de la cadena de pagos, la declaración de cesación de pago en forma unilateral por la Argentina (el denominado default) ha producido la caída de la Bolsa, nos encaramamos al tope de los países de mayor índice de riesgo país, retiro de los capitales extranjeros, aumento de las tasas de interés, desaparición del crédito, cierre compulsivo de Bancos con la consiguiente concentración financiera, fuerte presión impositiva, ajustes en cadena es la lógica de la devaluación y pesificación que se ha dado en nominar efecto tango.

Esto retrotrajo el imaginario colectivo a las épocas de inestabilidad, hiperinflación, saqueos, pero no solamente de grupos de familiares y excluidos sociales, sino también de saqueos a través de las entidades bancarias (nacionales e internacionales) que han retenido en el mejor de los casos (otros se fugaron a sus casas centrales) más de 69.000 millones de euros que quedaron atrapados en el denominado "corralito"

Esa clase media que pensó en la intangibilidad de sus depósitos (dinero), en la existencia de la propiedad privada ⁷⁹ comenzaron a transformarse en los nuevos pobres.

Los 14,5 millones de pobres calculados en Diciembre del 2001, cuando los estallidos sociales y protestas políticas acabaron con la presidencia de Fernando de la Rúa, pasaron a ser 19 millones, según el gubernamental Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).⁸⁰

Históricamente el sistema de salud en Argentina se ha caracterizado por una falta de coordinación y articulación entre los 3 sub. sectores, como veremos mas adelante se han producidos acuerdos entre 2 sub. sectores pero nunca una política integradoras de los tres producto de las fallidas experiencias intentadas en distintos gobiernos democráticos.

⁷⁹ Sea cual sea la suerte de los ahorristas, que aún siguen movilizados y con acciones en la justicia extranjera, por ej. en España y EEUU, la desconfianza de la sociedad en el sistema financiero se expresa en una impresionante baja de la actividad de los bancos.

⁸⁰ La base del cálculo de la pobreza, según el INDEC, es una familia de cuatro integrantes en que el ingreso total no supera el equivalente a 160 dólares mensuales.

Hubo intentos como fue el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) durante el breve interregno democrático (1973-1976) En las "Bases para un proyecto de reforma sanitaria nacional" el Dr. Liotta, sub-secretario de Salud Pública de la Nación de entonces decía. ".....es inconcebible que en materia de salud pueda haber una realidad privada y otra pública. Esta falsa antinomia pública- privada, debe ser superada con una reunión de recursos y de esfuerzos que garantice al sistema propuesto, una prestación médica integral, suficiente, oportuna y continua. Propiciamos a través de este sistema nacional el ejercicio de una sola Medicina, con un solo requisito para recibir atención médica, estar enfermo, sea cual fuere la condición económica o la situación geográfica de quien la demande. Durante el gobierno democrático de Raúl Alfonsín, su ministro de Salud Dr. Aldo Neri planteo al parlamento la aprobación de un Seguro Nacional de Salud que tuvo como contrapartida la oposición de las corporaciones vinculadas a intereses financieros, políticos y sindicales. Estas corporaciones (sindicatos, Corporaciones de profesionales, Empresas privadas de la salud, laboratorios farmacológicos, etc.) siempre se han opuesto a la articulación de los tres sub sectores, lo hicieron con el SNIS durante el gobierno peronista (1973-1976) y también con el gobierno radical de Alfonsín (1984-1998) Puesto que la instauración de un sistema único y universal atentaba a sus interés corporativos y de privilegios en el plano de lo político, económico y financiero. A través de lo que Susana Belmartino denomino el "pacto corporativo" se planteo un grado de articulación entre las obras sociales y el sector privado.

A partir del año 1993 comienza un proceso de desregulación del sistema de obras sociales, produciendo en el sistema reacomodamiento de subsistencia entre los distintos sectores. Teóricamente la desregulación se hacia en función del principio liberal de la competencia entre ellas para generar mejores niveles de asistencia. Para dar un ej. Desde el inicio del proceso de desregulación las obras sociales pasaron de ser 312 en 1994 a 275 en 1999

DESREGULACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES

INICIO	1993
OBJETIVO	Buscó aumentar la competencia entre ellas.
CONSECUENCIAS	Su número se ha reducido (de 312 en 1994 a 275 en 1999)

DECRETO N° 9/93

Estableció que los beneficiarios pueden elegir libremente su Obra Social. El decreto se aplica a todas las Obras Sociales Nacionales. Sin embargo, no habilita a los beneficiarios de las Obras Sociales sindicales a elegir las Obras Sociales del Personal de Dirección pero si habilita a los beneficiarios de éstas a elegir cualquier Obra Social.

DECRETO N° 292/95

Eliminó formalmente la doble cobertura generada por el múltiple empleo y/o por ser familiar directo de un trabajador en relación de dependencia, obligando a unificar los aportes a una única Obra Social. Asimismo, se establece la libertad de elección de Obra Social para los jubilados.

DECRETO N° 1.141/1996

Completó la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las Obras Sociales Sindicales.

DECRETO 84 DEL 3 DE FEBRERO DE 1997

Establece que las personas podrán cambiar de obra social una vez al año.

DECRETO N° 1400/2001

Garantizó a las Obras sociales Nacionales un ingreso mínimo de \$20 per cápita por el titular y \$12 por cada familiar a cargo. También fijó un régimen para la cobertura de prácticas de alta complejidad.

DECRETO N° 486/02

Debido a la situación socioeconómica del país se estableció la emergencia sanitaria que contempla una racionalización del PMO para adaptarlo a las disponibilidades financieras de las obras sociales y una redefinición del MSAS como fijador de las políticas generales, quedando a cargo de las Provincias la prestación de los servicios públicos de salud.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS)

Se constituyó por **Decreto N° 1615/96** en jurisdicción del Ministerio de Salud y Asistencia Social

FUNCIÓN

I. Controlar las Obras Sociales.

II. El cumplimiento del Programa Médico Obligatorio

- a. (PMO) por parte de los agentes del seguro de salud.

III. Asegurar la calidad y cobertura del sistema.

IV. La recuperación de costos de los hospitales públicos

- a. (Denominados ahora Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada).

Los hospitales públicos brindan cobertura a la población que lo solicite y de hecho actúan como un reaseguro para las Obras Sociales pues mantienen un flujo de atención sin cargo para población asegurada (pese a la vigencia del Decreto 939/2000)

POLÍTICA SANITARIA

Esta breve historización conceptual del sector salud, nos permite introducirnos en como se expresan las políticas en salud en la Argentina Partiendo de la premisa que en nuestro país no existe un sistema de salud, si pensamos a este como un sistema con distintos de niveles de coordinación jurídico económica y social.

Los servicios de salud son diferente según la provincia o ciudad de la que se trate Para dar uno de los pocos ejemplos en positivo, en Rosario la Salud Publica Municipal ha asumido un rol preponderante en defensa de la igualdad de oportunidades para todos los habitantes de la ciudad, posibilitando el acceso a derechos esenciales, entre ellos la salud. Es por ello que destina aproximadamente el 50 % de su presupuesto al área social y dentro de ella el 28 % a la salud pública.

Volviendo a como se estructuran y relacionan entre los 3 (tres subsectores) podríamos significarla como de una anarquía dolosa; no existe un orden claramente delimitado por el Estado en tanto que todos los intentos por generar una legislación (como viéramos anteriormente) que diera un marco regulatorio a los tres subsectores fue frustrado por las corporaciones (profesionales, sindicales, políticas) como lo enunciara anteriormente y dolosa porque esa descoordinación tiene una intencionalidad donde el subsector privado tiene primacía en connivencia (depende de los momentos históricos)con otros sectores corporativos como el sindical.

“En los Estados democráticos modernos no existe un modelo de país en el cual el Estado no tenga una intervención decisiva en el Sector Salud. Entre el caso extremo de máxima intervención del Estado, como financiador universal y titular de un sistema nacional de Salud (ejemplos el Reino Unido y España) y el caso de intervención restringida como financiador federal y garante de la prestación a colectivos determinados (pero muy importantes) de población (EEUU con Medicare y Medicaid) el abanico intermedio de situaciones nacionales reconoce distintos grados de intervención del Estado en la cobertura de salud de sus habitantes. Nunca su ausencia”.⁸¹

En ese sentido hablar de política sanitaria implica delimitar en el campo político un área en la cual se cristalizan en prácticas sanitarias ciertas concepciones referidas a salud y comunidad. Las mismas responden siempre a una concepción de Estado y a una determinación socioeconómica que produce su efecto en la política sanitaria.

Toda política en salud expresa una estructura social determinada; son las demandas económicas y de poder las que la configuran respondiendo a un determinado “modelo de sociedad”.

En nuestro país dicha estructura se divide en tres sub-sectores.

- público
- privado
- obras sociales

Cada uno de ellos esta dirigido a grupos sociales con distinta inserción en el proceso productivo y diferente capacidad de consumo.

En términos generales podemos decir que el nacimiento de la enfermedad como problemática y de la salud como objetivo se ligan históricamente a los grandes problemas económicos, brindar a la sociedad individuos fuertes, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza de trabajo, su mejoramiento y reproducción. Según Foucault “fue como instrumento de manutención y reproducción de la fuerza de trabajo” que la Medicina fue necesitada por el funcionamiento de la sociedad moderna.

⁸¹ Padula, Carlos Sistema Sanitario en la Republica Argentina mimeo 1999

1. Sub-sector Obras Sociales

Las primeras obras sociales aparecen bajo la forma de mutualismo, organizadas por el aporte migratorio europeo, que tenía como expresión la solidaridad gremial de los primeros grupos anarquistas (1856); fue así como se fueron sumando otros grupos que adquirieron distintos grados de desarrollo; de todos modos el elemento diferencial que da origen a las obras sociales es la contribución de los empleadores en la década del 40.

En 1944 se crea la Comisión de Servicio Social bajo la supervisión directa de la Vicepresidencia de la Nación, encargada de impulsar la implementación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas.

Este es el punto de partida de la organización de las obras sociales tal cual como se las conoce hoy puesto que sus antecedentes más importantes fueron las sociedades de socorro mutuos que construyeron los inmigrantes a mitad del siglo XIX.

Más allá de las vicisitudes por las que dichas obras sociales han atravesado y que tienen que ver con las distintas políticas instrumentadas, surge con claridad que a través de la lucha política, los trabajadores logran a través de sus propias organizaciones la reivindicación del derecho a la interrupción del trabajo y del derecho a "enfermar" como era el ideario de los viejos anarco socialistas.

El vínculo entre obras sociales y sindicatos, que se anuda en los años de emergencia del peronismo (1945) y aún hoy no ha podido ser desatado, significó para estos fondos de enfermedad un destino asociado a los vaivenes del sistema político.

Susana Belmartino plantea que el sindicalismo se constituyó en uno de los polos de poder en el interior del sistema de seguridad social médica, las corporaciones de profesionales lograron a partir de los años 60 erigirse como sus contrapartes necesarias en la negociación de los contratos para la atención de sus beneficiarios. Este pacto corporativo debilitó la intervención del Estado la principal instancia de regulación del sistema.⁸²

A partir de este momento, las obras sociales comenzaron a actuar preferentemente como financiadoras, abandonando la política de instalación de hospitales y clínicas ambulatorias propias con profesionales remunerados por salario que había sido característica en los años 1940 y 1950.

Las corporaciones profesionales, organizadas en asociaciones de base local, federaciones provinciales y confederación nacional y manteniendo la diferenciación según profesiones (médicos, Odontólogos, bioquímicos, Psicólogos) y entre

⁸² Belmartino S. Transformaciones internas al sector salud. La ruptura del pacto corporativo, Desarrollo Económico, 35, 137:83-103, 1995.

⁸² Susana Belmartino⁸² La Reforma de la Atención Médica en Argentina

profesionales independientes e instalaciones con capacidad instalada (hospitales privados y clínicas de diagnóstico y tratamiento y/o especialidades), obtendrán a su vez condiciones de oligopolio de oferta, haciéndose cargo de la contratación de los servicios brindados por sus integrantes y la administración de los respectivos contratos.⁸³

Este subsector también denominado de Seguro Social Obligatorio está organizado en entidades que se agrupan por ramas de actividad. Esta seguridad social a la criolla como la denominara Aldo Neri brindan servicios básicamente a través de contratos con terceros prestadores. Su capacidad instalada es reducida y se asienta básicamente en el subsector privado y en los servicios que brinda el sector público

OBRAS SOCIALES Entidades encargadas de la gestión de la seguridad social.		
COBERTURA	18.300.000 millones de personas	
DISTRIBUCIÓN	300 entidades de distinta magnitud e importancia.	
20 entidades (± el 7%)	cobertura 7.626.534 beneficiarios	40%
43 Obras Sociales (± el 15%)	cobertura 9.446.015 beneficiarios	51%

QUIENES LO INTEGRAN	
1. PERSONAL DIRECTIVO Y GERENCIAL	Con iguales características y funciones que las de los trabajadores comunes.
2. OTROS ORGANISMOS PÚBLICOS	Fuerzas Armadas y poderes legislativo y judicial los cuales tienen sus propias OS.
3. EMPLEADOS PÚBLICOS	Cada provincia tiene una OS que cubre a sus empleados públicos de su jurisdicción.

⁸³ Susana Belmartino⁸³ La Reforma de la Atención Médica en Argentina

2. Sub-sector Privado

En este Sub sector esta se encuentran los hospitales y clínicas privadas, los profesionales independientes, los sectores intermedios (ligados generalmente a corporaciones profesionales) y las llamadas Empresas de Medicina Prepagas

Como antecedente a las políticas que implementara el peronismo a través de Carlos Saúl Menem en la década de los 90, surge con el denominado Proceso de reorganización Nacional (nombre que eufemísticamente se planteo a si mismo la última dictadura (1976-1983)) la implementación de políticas liberales privatista. Que tenían como formulación esencial el principio de subsidiaridad el estado no se hace cargo de la salud, la delega en instituciones privadas, alentando la mercantilización de la salud. Ejemplo de esto es lo que expresa el documento de la Comisión de Salud Pública (Ministerio de Planeamiento)-año 1978..."se sostiene como fuente de financiación de la salud si no exclusivamente casi exclusivamente, la responsabilidad individual. Cada cual deberá pagar o deberá solventar aquello que usa o consume"... "Fomento de la iniciativa y actividad privadas, reservándose la intervención del estado para los casos de ausencia o impotencia de esa iniciativa o cuando lo exijan razones superiores de justicia o seguridad..."

Esta concepción de subsidiaridad del estado reforzó, estimuló, el subsector privado, en desmedro de los otros dos, favoreciendo la incorporación de alta tecnología y aparatología médica.

Ejemplo de esta preeminencia es que si bien aproximadamente el 75% de la población (1970-1990) estaba bajo la cobertura de la obra social, éstas no tenían ni tienen efectores propios de salud, sino que las prestaciones las cubren a través de contrataciones con el sector privado; así, el 4% de las camas del país estaba cubierto por las obras sociales; el resto a través de dicha contratación con el sector privado.

La mercantilización de la salud a la que hacíamos referencia es, según Foucault. "la entrada del cuerpo en el mercado por intermedio del consumo de salud". Así plantea que la Medicina primero fue necesitada por el funcionamiento de la sociedad moderna como instrumento de manutención y reproducción de la fuerza de trabajo y allí encuentra la economía política. Hace el cuerpo su primera entrada al mercado. Pero no sólo en este sentido entra el cuerpo en el mercado; también lo hace cuando la salud se recorta como objeto de consumo en cuanto puede ser producida por unos (laboratorios farmacéuticos, alta tecnología) y consumida por otros (enfermos potenciales); allí entra en el mercado nuevamente. Entonces en esta doble entrada podemos marcar cómo la Medicina en una primera etapa surge como soporte de los cuerpos que sostendrán el circuito productivo.

No es casual que en el siglo XVII, cuando el mercantilismo comienza a desarrollarse en Europa, se generan los primeros intentos de dar una cobertura mayor de salud a la población. La política mercantilista apunta a lograr una mayor producción de la población, a una ampliación del mercado interno, generando mayor circulante. Desde lo sanitario, el interés está dirigido a aumentar el número de la población económicamente activa. Esa segunda entrada a la que hacíamos mención, trae como consecuencia que ciertas prácticas médicas, al transformar al cuerpo en un objeto de consumo (medicamentos, alta tecnología, medicación) produzcan en sí mismas una ganancia. Asimismo, Foucault señala que la entrada del cuerpo y la salud en el sistema de consumo y de mercado no elevaron correlativa y proporcionalmente el nivel de salud.

QUIENES LO INTEGRAN	
PROFESIONALES	De la salud independientes
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	(Hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales
BENEFICIARIOS	De las OS que mediante acuerdos individuales y colectivos se prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Este es el mayor sector asistido.

El sector privado comprende entidades de

EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGAS (Llamadas Seguro Voluntario)			
Año	Empresas	Beneficiarios	Facturación
1994	300	2.000.000	U\$D 2.500.000.000

PROCESO DE CONCENTRACION			
Año	Empresas	Beneficiarios	Facturación
2001	196	58% Capital Federal 19% Gran Bs. As. 23% Resto del País	U\$D 2.100.000.000
Asociados			
Adherentes Individuales		Afiliación Corporativas	
65%		35%	
Diez empresas líderes del mercado			
Facturación		Demanda	
46,3%		41%	

LAS EMPRESAS MÁS GRANDES TIENE UN INGRESO PROMEDIO MENSUAL POR BENEFICIARIO QUE DUPLICA AL DE LAS MENORES.

Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) 1995
Sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadores privados que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. Supervisados por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social) ⁸⁴ .

⁸⁴. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Superintendencia de Riesgos del Trabajo: "Boletín mensual", Buenos Aires, Año 1, N° 1, 2 y 3, 1996

CONTEXTO SOCIAL

En el Censo Nacional 2001 la población total del país fue de 36.027.041 habitantes y producto de la profunda crisis terminal que se había desatado en el país producto de la aplicación de políticas neoliberales en la década del 90. El gobierno nacional instituye por ley la Emergencia pública en materia sanitaria, social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.

Indicadores sociales seleccionados 1991-2001

Año	Población por debajo de la línea de indigencia (GBA)	Población por debajo de la línea de pobreza (GBA)	Desempleo (aglomerados urbanos)
1991	3.0	21.5	6
1992	3.2	17.8	7
1993	4.4	16.8	9.3
1994	3.5	19.0	12.2
1995	6.3	24.8	16.6
1996	7.5	27.9	17.3
1997	6.4	26.0	13.7
1998	6.9	26.7	12.4
1999	6.7	25.9	13.8
2000	7.7	28.9	14.7
2001	12.2	35.4	18.3

Fuente. SIEMPRO, con base en EPH INDEC

3. Sub-sector Público

Partiendo de que la salud de un pueblo es un hecho social, el Estado será el responsable y garante de la política sanitaria que tenga su eje en el sector público y que desde las pautas que genere reubicará a los otros dos sectores. En función del modelo de sociedad subyacente en el mismo tenderá a redimensionarlos, sustituirlos o borrarlos.

La institución hospitalaria se hace cargo de una demanda social donde fenoménicamente aparece "la cura" como el objeto fundante, pero implícitamente, se hace cargo de lo que la sociedad deja de lado.

La Salud Pública Argentina estuvo atravesada por una concepción hospitalocéntrica. Históricamente en el se representaron las políticas de Estado, en algunos momentos fue el eje de la política sanitaria y en otros quedó reducida a la asistencia de los indigentes sociales.

Esta última es la expresión en el sub-sector público de las políticas de la subsidiaridad del estado que tiene sus bases en el proceso de centralización y monopolización capitalista. Su objetivo no estaba colocado en el desarrollo del aparato productivo sino del financiero, acentuándose aún más la estructura de dependencia.

Uno de los efectos de esta política es la desocupación y por ende un "excedente" de mano de obra calificada, no interesándose el Estado por el mantenimiento de esa capacidad de trabajo. Expresión de esto es el progresivo dismantelamiento del Hospital público por un lado y la acentuación de la medicalización de la salud y el excesivo costo que se le imprime a las prestaciones en salud para el sostenimiento de una estructura de ganancia de un reducido grupo (en relación fundamentalmente a la incorporación de alta tecnología).

Retomando lo que se denomina "medicalización de la salud", diremos, en términos generales, que se trata de la respuesta desde el campo exclusivamente médico a la demanda de salud de la población. La práctica médico-asistencial es una de las posibles respuestas a la demanda de salud, cuando desde un proyecto se la hegemoniza, transformando la asistencia de un paciente en la única respuesta a la problemática en salud; en los hechos lo que se está produciendo es el borrado de los reales determinantes de la salud de una población. condiciones de vida dignas (vivienda, educación, reconocimiento de las características culturales, comunicacionales, etc.).

Esta medicalización de la salud da solamente una respuesta asistencial limitada y centralizada en unos pocos Hospitales a los cuales la población no tiene fácil acceso (por distancia, dificultades económicas, por características administrativas de los Hospitales, etc.)

En las últimas décadas, fundamentalmente desde 1990 se transfirieron los Hospitales Públicos Nacionales y dependencias públicas a las Provincias y Municipalidades con capacidad de gestión... Esta mal llamada descentralización hizo transferencia de los recursos fisco y humanos a las provincias y municipios pero no desplazo el presupuesto que las mismas tenían en la estructura pública nacional.

Durante el Gobierno de Carlos Menen se implemento el Decreto de Autogestión Hospitalaria. Se delega la responsabilidad a la Dirección del Hospital, en términos simbólicos, se cambia la función hospitalaria. En vez de asistir y proteger la salud de la población, tienen que entrar en "libre juego del mercado" para captar fondos. Esta concepción de subsidiaridad tuvo su antecedente más cercano en las políticas implementadas por Martínez de Hoz durante la última dictadura.

Esta concepción neoliberal produce el abandono de políticas en salud con función social - comunitaria. Se debe avanzar en poner el en énfasis no solamente en el sujeto enfermo y su asistencia sino en el reconocimiento de la dimensión colectiva y de una intervención sobre los conjuntos sociales.

Este subsector esta constituido por efectores públicos; hospitales de diversa complejidad, centros de salud y instituciones del área específica...

Camas Hospitalarias distribuidas según Dependencia Administrativa 1980 y 1995

Datos Generales	1980	1995
Total General	145690	155749
Total Oficial	62,50%	54%
Total Obras Sociales	5,50%	2,80%
Total Sector Privado	32%	43%
Otras Mixtas	NA	0,05%
Sector Oficial	1980	1995
Total Oficial General	91034	84094
Nacional	11,60%	2,80%
Provincial	62,20%	65,70%
Municipal	18,57%	24%
Otras	7,60%	7,60%

Fuente. Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina. Dirección de Estadística e Información de Salud.

Puede observarse la disminución relativa de camas públicas, a favor del sector privado.

En el sector público destaca la disminución de las camas nacionales y el incremento de las provinciales a partir del proceso de transferencia de establecimientos y servicios.

La evolución de la distribución entre ambulatorios y hospitales por sub. sectores se muestra las siguientes tablas.

Establecimientos Asistenciales Según Dependencia Administrativa 1980, 1990 y 1995

	Sin Internación ⁸⁵		Con Internación	
	1980	1995	1990	1995
Total General	6038	12775	3013	3310
Total Oficial	57,50%	45%	39%	37,20%
Total Obras Sociales	4,15%	1,30%	3,75%	1,66%
Total Sector Privado	38,35%	53,60%	57%	61%
Otras Mixtas	NA	0,12%	NA	0,09%

Fuente. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

Establecimientos Asistenciales Según Dependencia Administrativa. Sector Oficial

	Sin Internación		Con Internación	
	1980	1995	1990	1995
Total Oficial General	3471	5740	1177	1231
Nacional	0,77%	0,16%	2,04%	0,57%
Provincial	76%	65,71%	73,80%	69,53%
Municipal	19,85%	30,76%	18,18%	19,25%
Otras	3,37%	3,36%	5,90%	10,64%

Fuente. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

- **El proceso de descentralización ha incrementado la dependencia municipal de los establecimientos en el período considerado.**
- **Para 1999 se observa una consolidación de esta tendencia.**
- **No existe información respecto al estado de mantenimiento de los equipos, ni sobre el presupuesto de operación destinado a su conservación y mantenimiento en el nivel nacional.**
- **El mantenimiento de los equipos está siendo tercerizado habiendo disminuido por el personal propio, que sólo cuenta con formación empírica.**

Total Est.	Establecimientos con Internación				Establecimientos Sin Internación				Promedio de Camas Disponibles			
	Total	Nac.	Prov.	Mun.	Total	Nac.	Prov.	Mun.	Total	Nac.	Prov.	Muni.
7428	1286	5	900	381	6142	2	3899	2241	76363	1594	52526	22243

⁸⁵ Entre los establecimientos sin internación se incluyen aquellos que cuentan también con internación breve u hospital de día.

QUIENES LO INTEGRAN	
MINISTERIOS NACIONALES PROVINCIALES Y SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES	Responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones
RED DE HOSPITALES PÚBLICOS	
SALUD AMBIENTAL	Suele estar en el ámbito de responsabilidad ministerial en las provincias, pero sólo representa un sector muy específico en el nivel nacional, donde existe una Secretaría de Estado responsable del tema ambiental.
FUERZAS ARMADAS	Tienen su estructura propia asistencial, cada rama por separado, y producen algunos insumos como, por ejemplo, medicamentos.
AREA DE EDUCACIÓN	Es responsable de la formación de grado y postgrado en salud a través de las Universidades y Hospitales Universitarios. También mantiene servicios de sanidad escolar para acciones de prevención y promoción de salud.
AREAS DE AGRICULTURA Y GANADERÍA	Son responsables del control de los alimentos y de la salud animal, entre otras la atención de epizootias tales como la fiebre aftosa.

LA SALUD BUCAL

Las políticas sanitarias erráticas, la corrupción y los sucesivos planes de ajuste implementado han tenido y tienen fuerte incidencia en las Políticas de Salud Pública, que esta inerte ante la creciente demanda de la población, el desfinanciamiento de las obras sociales (seguridad social) y la obsolescencia de la estructura. Estas políticas no consideran la atención a la salud como un valor social a ser garantizado.

Las políticas neoliberales en Argentina se plantearon la **racionalización y reforma del estado como el paradigma resolutorio**, pero este discurso solo se expresó en un **abandono de la capacidad reguladora del estado ante el mercado**. Privatizando las empresas públicas, la desregulación y flexibilización laboral con su consecuente rebaja salarial y básicamente enunciando una reducción y control estricto del gasto público que rápidamente sucumbió ante clientelismo político desarrollado desde el Estado.

Estas políticas han tenido un alto costo social con incrementos de grandes cinturones de extrema pobreza y tuvieron su mayor expresión en el default del Estado Argentino

ALGUNOS ELEMENTOS PRELIMINARES PARA EL ANÁLISIS

En la actualidad la Salud Bucal de la Argentina se caracteriza por un deterioro de la asistencia, producto de la improvisación gubernamental (más allá del trabajo de los profesionales), insuficiencia de recursos generales y desinserción de los mismos de una política de salud pública.

Con la irrupción de la democracia, en la Argentina se produjo un cambio conceptual en relación a Salud en general y la bucal en particular. En el gobierno de Raúl Alfonsín se creó la Dirección de Salud Bucal.

La crisis financiera de la seguridad social, que se inició en la década del 70, generó una disminución importante en los aportes y coberturas, estableciéndose un aumento de la demanda de servicios en los efectores públicos.

El carácter altamente medicalizado del modelo prestador en la Argentina, en donde las mayores acciones del sector público, como así también el 85 % del presupuesto de la seguridad social, apunta a lo curativo dejando de lado lo preventivo.

Tiene en el ámbito de la Odontología una gran influencia, donde el sistema estimula el uso de tecnologías sofisticadas y de alta complejidad, generando una cultura consumista donde el medicamento tiene alta incidencia en el gasto total de salud. Pero que el acceso a esa tecnología solo lo pueden realizar los sectores de mayor poder adquisitivo.

Los sucesivos planes de ajustes, las injustas políticas distributivas, han sido parte importante del agotamiento del actual modelo público de salud pero no todo es adjudicable a la última crisis de la Argentina sino que las malas, o incorrectas, o inexistentes políticas de salud en algunas Pcia. han contribuido a la fragmentación, atomización y falta de coordinación de los distintos recursos físicos como humanos y lo que es más grave aun, la insatisfacción de las necesidades de la población usuaria.

SALUD PÚBLICA ODONTOLÓGICA

El desarrollo de políticas públicas en el campo de la salud bucal si bien adquiere características diversas en relación al tipo de sociedad donde se aplican, es cierto e importante que en países como los de América latina y en particular Argentina que a partir de entrar en default entro en una de sus mas grave crisis económico-social que los parámetros centrales donde deben posicionarse dichas políticas es en la prevención de la enfermedad orales y la promoción de la salud. Aunque hoy en Argentina la 1º tarea sea la asistencia como una manera de prevenir los altos índices de desdentamiento en la población.

En ese sentido los programas comunitarios, la atención primaria en salud; son factores importantes para el desarrollo de dichas políticas, que puesta en el campo odontológico se expresan en la fluoración de las aguas y las sal, en el análisis socio epidemiológico que muestran los diversos factores de riesgos para la salud en general pero que ha quedado demostrado la incidencia que tienen en las enfermedades dentales y orales, como el tabaquismo, las dietas pobres, como así también las ingesta de dulces, etc.

De forma reciente, los resultados de algunas investigaciones han señalado posibles asociaciones entre infecciones orales crónicas y diabetes, enfermedades del corazón y de los pulmones, infarto, bajo peso natal y nacimientos prematuros. Este informe estima estas nuevas asociaciones y explora los factores que se pueden encontrar bajo estas conexiones patológicas sistémico-orales.⁸⁶

Otro analizador importante es la situación socioeconómica de un país que se puede conceptualizar como otros de los factores de riesgo en el cuidado de la salud.

- La desocupación, que implica perder la seguridad social entre otras variables.
- la desnutrición
- el deterioro de los sistemas de atención
- la falta de recursos para pagar los tratamientos

Todos estos ítems son elementos y dispositivos ha tener presente en las elaboración de estrategias para la generación de políticas que tienda a revertir esa "epidemia silenciosa" como se las ha denominado a las enfermedades dentales y orales.

Esas estrategias implican políticas públicas concertadas entre los tres subsectores, con participación de los entes formadores.

A fines del año 2003 la Organización Mundial de la Salud presento un informe sobre el estado de salud bucodental en el mundo (World Oral Health Report 2003)⁸⁷.

Plantea que los hábitos dietéticos poco saludables, el tabaco, el consumo de alcohol y el estrés son factores de riesgo comunes en muchas enfermedades, incluidas las bucodentales.

La OMS hace eje en las políticas de salud pública para la preservación de la salud bucal planteando que 5 billones de personas padecen caries dental, lo que equivale, aproximadamente, a un 80% de la población mundial. Dentro de este contexto las condiciones de vida son elementos determinantes alertando la OMS sobre la incidencia de caries, enfermedad periodontal y procesos neoplásicos de boca y faringe entre los países desarrollados o en vías de desarrollo. El Dr. Poul Erik Petersen, responsable de este informe, plantea que una salud bucodental deficiente puede acabar teniendo repercusiones sistémicas y, como resultado, mermar la calidad de vida de las personas. En el caso de

⁸⁶ US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General-- Executive Summary. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.

⁸⁷ Geodental. Actualidad científica Último informe de la OMS sobre el estado de salud bucodental en el mundo (Documento WWW) Recuperado: <http://www.geodental.net/article-7121.html-17/03/04>

los problemas periodontales, el informe comenta que muchos niños muestran signos de gingivitis, así como muchos adultos se encuentran en un estadio inicial de la enfermedad periodontal; siendo del orden del 5-15% el porcentaje de personas con enfermedad periodontal grave, que puede acarrearles la pérdida de dientes. El informe de la OMS destaca también que el cáncer oral es la octava neoplasia más frecuente entre la población masculina mundial, y alerta sobre el aumento de esta patología en países como Dinamarca, Alemania, Escocia, Europa Central y del Este, y, en menor grado, Australia, Nueva Zelanda, Japón y Estados Unidos.

Así mismo, el informe expone el incremento de los problemas de mordida en el niño, que, si bien, en determinadas ocasiones, pueden tener un origen congénito, en otras pueden deberse a una dieta demasiado blanda, que no permita un buen desarrollo de los maxilares, y a la adopción de malos hábitos (como, por ejemplo, la onicofagia). Mientras que, hasta la fecha, los problemas bucodentales presentaban una menor gravedad en muchos países africanos, el cambio en las condiciones de vida, el consumo creciente de azúcares y la exposición inadecuada a los fluoruros han acabado causando un aumento en la prevalencia de caries dental en estos países. Además, hay que tener en cuenta que en estos países hay unos cuantos problemas añadidos.

El acceso a los programas de salud oral está limitado, el porcentaje de Odontólogos es bajo (1 Odontólogo por cada 150.000 personas, mientras que, en la mayoría de los países industrializados, la proporción es de 1 Odontólogo por cada 2.000 habitantes), y, encima, el coste de los tratamientos está fuera de las posibilidades de la mayoría de la población.

Entre un 5% y un 10% del gasto sanitario de los países industrializados se destina, según la OMS, a tratar todas estas enfermedades bucodentales; unos porcentajes que están muy por encima de los recursos de muchos países en vías de desarrollo.

Los objetivos que se marca la OMS para hacer frente a esta situación son.

- Actuar sobre las barreras socioculturales.
- Actuar sobre los factores de riesgo modificables (medidas de higiene bucodental, ingesta de azúcares...).
- Animar a hacer un uso apropiado de los fluoruros para prevenir la caries dental.
- Orientar y concienciar a los distintos profesionales de la salud sobre las medidas preventivas disponibles.
- Poner un especial énfasis en los programas de salud para la gente mayor.
- Potenciar los programas de educación bucodental, tanto a nivel local, como nacional, como regional, como global.
- Prevenir, o, en su defecto, diagnosticar y tratar precozmente, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, responsable de distinta patología oral.

La OMS plantea con claridad que la higiene y salud bucal de la población debe estar sostenidas por políticas públicas donde el eje esté puesto en la prevención. Desarrollar estudios socio epidemiológicos en el campo de la salud bucal para poder a partir de allí elaborar políticas de salud que mejoren no solo la salud bucal sino la calidad de vida de la población.

SALUD BUCAL en el MUNICIPIO DE ROSARIO

El Municipio de Rosario a través de la Secretaría de Salud Pública viene aplicando desde hace años políticas en prevención y promoción de la salud. Uno de los dispositivos centrales es la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Es importante aclarar esta estrategia que en el campo de la salud pública Argentina (en distintas administraciones) no comprendieron su completo significado.

Al cumplirse 25 años (1978-2003) de Alma-Ata David A. Tejada de Rivero subdirector general de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985 y dos veces ministro de Salud de Perú planteó "para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro. el lema "Salud para todos" ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad".

Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de "Salud para todos" y a la estrategia, también social y política, de la "atención primaria de salud", no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces.⁸⁸

"El cuidado integral de la salud para todos y por todos"

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA – ROSARIO.

DIRECCIÓN DE SALUD BUCAL DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO.

La tarea que se propone el municipio de Rosario es intensificar las acciones en "prevención" y "promoción" de la salud a incrementar el trabajo en la red (de salud).

Su propuesta es. "trabajar es salud no solo contra la enfermedad"

En esta propuesta consiste su compromiso de trabajo.

⁸⁸ Tejada de Rivero, David A. Alma-Ata: 25 años después Organización Panamericana de la Salud. 2003

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ES LA ESTRATEGIA

El municipio de Rosario enfoca la "atención primaria" en sentido positivo y dinámico, no sólo por la ausencia de enfermedad.

Esta estrategia permite abordar las acciones de promoción y educación, brindando a los grupos sociales el espacio de participación para que en su medio juntos encuentren soluciones posibles a sus problemas.

Para lograr esto, es fundamental el trabajo Interdisciplinario del equipo de salud (Odontólogos, médicos, trabajadores sociales, Psicólogos, asistente personal administrativo, representantes de la comunidad, etc.) asignándole al centro de salud un rol importantísimo.

La Dirección de Salud Bucal del Municipio de Rosario cuenta en los cinco distritos de la ciudad con veinte centros de salud que poseen atención odontológica. Este dato es del año 2003 en la actualidad (2007) la dirección de Odontología ha extendido su radio de acción a 22 centros de salud.

Distrito Norte

1. Centro de Salud "1° de Mayo"
2. Centro de Salud "Casiano Casas"
3. Centro de Salud "Dr. Salvador Mazza"
4. Centro de Salud "Juan B. Justo"

Distrito Oeste

10. Centro de Salud "Dr. David Staffieri"
11. Centro de Salud "Mauricio Casals"
12. Centro de Salud "Sta. María Josefa Rossello"
13. Centro de Salud "Vecinal Juan Pablo II"

Distrito Sur

19. Centro de Salud "Vecinal Domingo Matheu"
20. Centro de Salud "Luís Pasteur"
21. Centro de Salud "Sur"
22. Centro de Salud "Vecinal Las Heras"

Distrito Noroeste

5. Centro de Salud "Ceferino Namuncurá"
6. Centro de Salud "Dr. Roque Coulin"
7. Centro de Salud "Emaús"
8. Centro de Salud "Jean Henry Dunant"
9. Centro de Salud "San Martín"

Distrito Sudoeste

14. Centro de Salud "El Gaucho"
15. Centro de Salud "Las Flores"
16. Centro de Salud "San Marcelino Champagnat"
17. Centro de Salud "San Vicente de Paul"
18. Centro de Salud "Vecinal San Francisco Solano"

En ellos integrados al equipo de salud, miembros de las Escuelas y comunidad en general, se realizan asistencia odontológica y además se desarrolla el "Plan de Salud Escolar" (cuyo lugar de trabajo son las Escuelas), el "Plan Materno Infantil" (con días y horarios específicos) y el "Plan de Salud Odontológica en sala de espera". Esto respecto a la atención primaria de la salud.

En los hospitales Alberdi, Carrasco, Roque Sáenz Peña, se incluyen además del segundo nivel de atención el "Plan Materno Infantil" (en el Roque Sáenz Peña) y próximo a implementar un plan de prevención y promoción de salud odontológica en las salas de internación hospitalaria.

Por último, la alta complejidad odontológica se lleva a cabo en el "Heca" y el "Hospital Vilela" en adultos y niños con internación.

Estas acciones no son costosas, pero su implementación requiere de un gran esfuerzo por parte de los Odontólogos.

PLAN DE SALUD BUCAL MATERNO INFANTIL.

Este plan está enfocado a la mujer embarazada, ya que éste estado fisiológico produce modificaciones en la boca y de no ser tenido en cuenta a tiempo trae algunas complicaciones que van desde la aparición repentina de múltiples caries, sangrado de encías, movilidad dentaria, hasta la posible pérdida del diente.

Por eso el equipo de salud (personal de admisión, porteros, obstetras, trabajadores sociales, Odontólogos, etc.), se comprometen en la tarea de educación y promoción para la salud para que en esta etapa que presente la mujer, la salud bucal también sea un estado fisiológico.

La derivación se realiza a través de cualquier miembro del equipo de salud con una orden de examen bucal para que asista en los días y horarios asignados para su atención exclusivamente y con el cepillo de dientes.

La recepción se hará por parte de los Odontólogos para el programa de salud bucal en embarazadas. En esta cita se explicará en que consisten las acciones del "Plan de Salud Bucal Materno Infantil".

El Odontólogo orienta a la embarazada en este plan que comienza con las prácticas Preventivas de educación a higiene y conjuntamente se programan los turnos para complementar la parte asistencial.

Se fija como objetivo llegar al parto en estado bucal óptimo.

Este plan deberá tener una continuidad de hasta 6 meses posterior al parto, para seguir los controles y asegurar en lo posible salud bucal en la mujer.

En este período se deberán incorporar conceptos de auto cuidado, modificación de los hábitos higiénicos y alimentarios y la fecha estimativa de erupción de los dientes tempranos del bebé, período en el cual la madre podrá intervenir en la promoción de salud bucal.

PREVENCIÓN Y PROMOCION PARA LA SALUD.

Plan bacteriano y Técnica de cepillado.

La placa bacteriana se define como un agregado microbiano fuertemente adherido a los dientes u otras estructuras bucales sólidas (coronas, restauraciones mal adaptadas, aparatos de ortodoncia, prótesis). Está constituido por microorganismo de los restos de alimentos y flora bucal.

Se encuentran dos tipos de placa bacteriana SUPRA-GINGIVAL (depositado sobre la corona de los dientes) y SUB-GINGIVAL (ubicada en el surco gingival y/o bolsa periodontal).

La placa bacteriana produce las dos enfermedades más comunes en la boca.

Caries dental

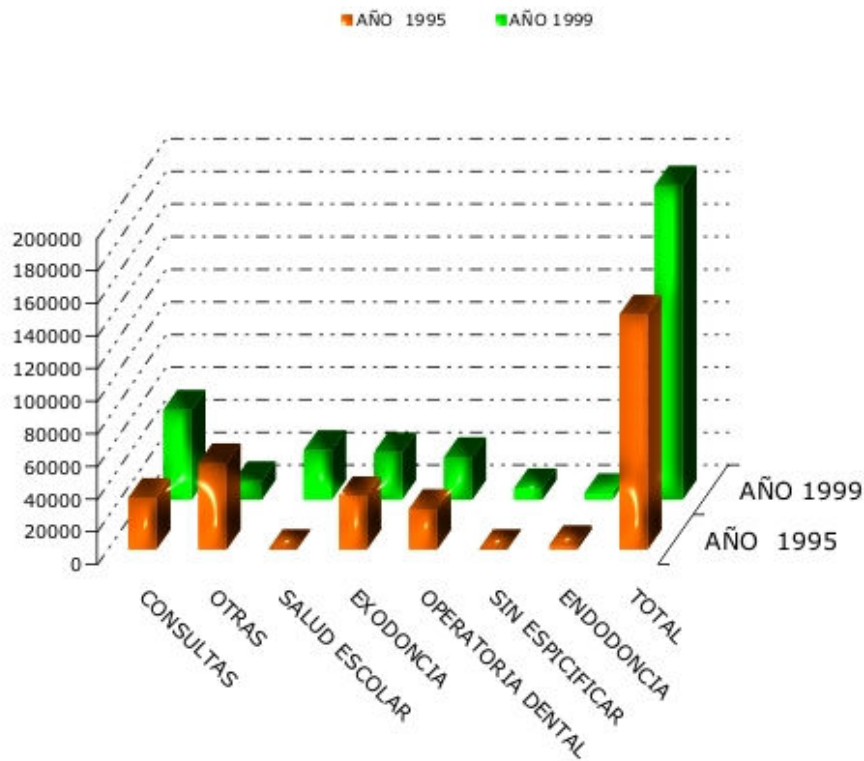
- Enfermedad periodontal (infección de encías y hueso comúnmente llamado **Piorrea**)

La placa bacteriana se elimina mediante técnicas de cepillado, las mismas son llevados a cabo como prevención y promoción para la salud en el CEMA, todos los días en horarios asignados por los Odontólogos para dicha tarea.

CUATRO AÑOS DE GESTIÓN SIGUIENDO LOS EJES DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL.

- Servicio de Odontología
- Total de prestaciones según tipo y salud escolar.

TIPOS DE PRESTACIÓN Y SALUD ESCOLAR	AÑO 1995	AÑO 1999
Consultas	31.540	55.031
Otras.	52.717	11.260
Salud escolar.	-	30.273
Exodoncia	32.632	28.963
Operatoria dental.	24.580	26.063
Sin Especificar.	-	6.977
Endodoncia	2401	3930
Total	143.870	192.497



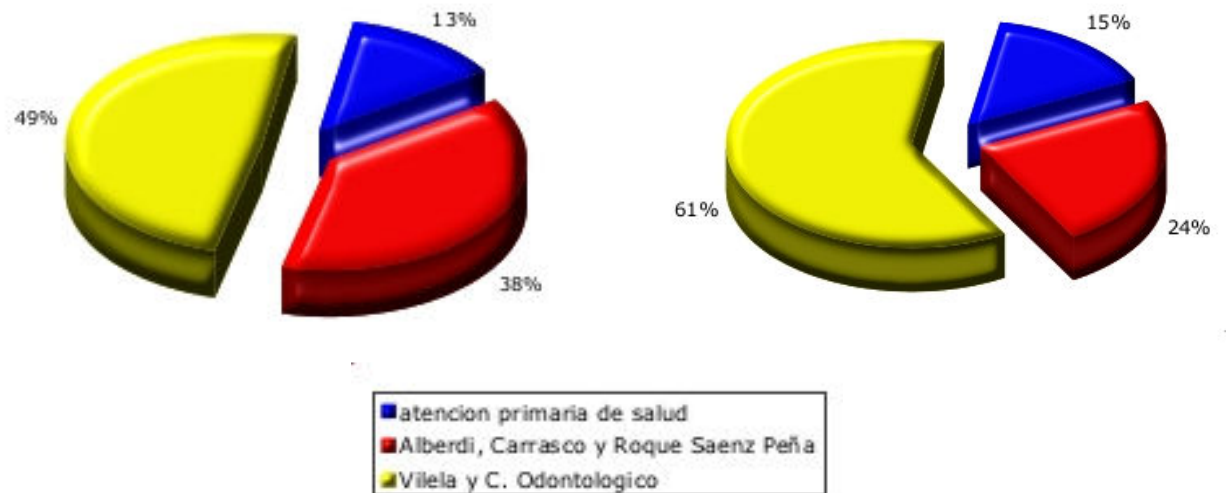
En las categorías **OTRAS** se incluye.

- **RADIOLOGÍAS** Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
- **SALUD ESCOLAR** se implementó en el año 1999.
- **EXODONCIA** abarca cirugía Bucomaxilofacial y Exodoncia y cirugía bucal.
- **OPERATORIA DENTAL** comprende Odontopediatría y Operatoria Dental.
- **ENDODONCIA** corresponde a tratamiento de lesiones pulpares.

Esto se asimila para poder comparar el año 1999 con el año 1995.
Las prestaciones fueron realizadas en APS, hospitales municipales y centros odontológicos.

- ⇒ Servicio de Odontología.
- ⇒ Total de prestaciones según el nivel de complejidad.

Año 1995



Recursos Humanos Dirección de Odontología Municipal

- ⇒ 78 Odontólogos,
- ⇒ 8 asistentes dentales,
- ⇒ 4 mucamas,
- ⇒ 6 pasantes,
- ⇒ 6 concurrentes
- ⇒ 3 administrativos.

ENTREVISTAS A ODONTÓLOGOS EN CARGOS DE DIRECCION EN ORGANISMOS GUBERNAMENTALES

Se busco de concertar entrevistas con las Direcciones de Salud Bucal de la Provincia de Santa Fe y de la Municipalidad de Rosario, concretándose solamente con los Odontólogos a cargo de la Dirección de Salud Bucal dependiente de la Secretaria de Salud Publica de la ciudad de Rosario.

El objeto de estas entrevistas era el de recoger las características de las entidades que dirigen, las innovaciones tecnológicas o de dispositivos efectuadas por la institución en los últimos años, perfil básico del profesional Odontólogo requerido, relevamiento de las actividades de asistencia y prevención y de capacitación profesional.

Se trabajó con guías de entrevistas previamente elaboradas las que fueron grabadas y procesadas analizando la evolución general de la población estudio. Las mismas se analizaron desde un punto de vista cualitativo lo que permitió identificar ciertas categorías de referencia en función de los dichos de los entrevistados. Se realizaron 2 entrevistas semiestructuradas.

Dirección de Salud Bucal - Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Entrevistas al Director de Salud Bucal Dr. Eloy Barat y a la Dra. Eva Banquer Jefa de Odontología Preventiva.⁸⁹

La Dirección de Odontología trabaja en APS y en los 3 niveles de prevención. Uno de los elementos centrales de las políticas en salud Bucal se sustenta en campañas de prevención primaria. Se realizan tratamiento de cepillado en todas las Escuelas, dependientes de algún Centro de Salud, los centros CRECER y las demandas espontáneas. Se trabaja el cepillado centralmente con flúor, cuando los chicos son mayores, (cada 3 meses-6 meses) según necesidad. "Realizamos campañas de prevención en Escuelas y en centros de salud a través de talleres, llevados a cabo por promotores de salud, que son Odontólogos que trabajan a su vez interdisciplinariamente con otros especialistas, ya que nosotros los que trabajamos en salud pública creemos que el Odontólogo "sólo no vale" y este pensamiento es una de las primeras frustraciones con las que se encuentra el Odontólogo al salir de la Facultad". Estos promotores de la salud "Tienen la función de empezar a contemplar esto que desde la Facultad no se contempla que es la "Salud Pública Bucal".⁹⁰

En relación a la participación en Salud Publica Odontológica de organizaciones como OPS – OMS plantean que los aportes no son constantes, en ese sentido la Dra. Banquer plantea que "La verdad, no, porque desde la O.P.S. Estaban llegando partidas de flúor para fluorar las aguas de Rosario, y eso se cortó, por lo tanto las aguas de Rosario, no están fluoradas. Es importante que estén fluoradas porque es una medida de prevención primaria, pero no están fluoradas, por eso necesitamos hacer estas medidas de prevención primaria lo antes posible, para los chicos para activar técnicas de cepillado, crear el hábito de higiene y hacer algún complemento de flúor". El Dr. Barat plantea que en el campo específico de la Odontología es muy difícil la

⁸⁹ Entrevista realizada en la Dirección de Salud Bucal – Secretaria de Salud Publica – Municipalidad de Rosario Agosto 2004

⁹⁰ Entrevista al Director de Salud Bucal Dr. Eloy Barat

comunicación y obtención de documentación sobre el fluor, fluorización de las aguas, etc., por la burocracia propia de estos organismos y por falta de presupuesto. "Por lo tanto es más fácil obtener la información que uno necesita de una fuente bibliográfica, como una revista científica o comunicaciones de ese tipo escritas, donde uno puede sacar algo".

Los funcionarios plantean la importancia que tienen los datos estadísticos o epidemiológicos sobre Salud Odontológica pero esa es una contradicción constante que en nuestro país fue una de las grandes carencias. Lo que no permitió planificaciones que se sustentaran en la realidad de la Salud Bucal de la población. En la Dirección se están llevando adelante registros estadísticos en ese sentido el Director Barat tiene una posición muy crítica respecto de los niveles epidemiológicos porque sostiene que en la práctica estos no son reales. "Yo con todo esto que estuvimos hablando le diría a las autoridades del Colegio Odontológico que no dé más certificados bucodentales, ya que los niños en edad escolar y los que van a las piletas de natación, nosotros pensamos que el 100% de ellos necesita atención odontológica, ese es nuestro criterio epidemiológico.

Todos necesitan prevención y educación para la salud, no necesita atención sólo aquel que contiene un agujero en la muela, necesita atención odontológica también aquel que tiene la boca sana". El mismo plantea que en toda su carrera como Odontólogo (más de 40 años) ha participado en diversas jornadas y congresos, ha escuchado funcionarios y profesionales y los índices epidemiológicos siempre eran los mismos en términos relativos. "Yo podría hablar del 87%, del 94%, etc., todas estas variaciones las sabemos de memoria, yo las escuché por primera vez en el año 62, en el primer Congreso que asistí en Prevención y Educación para la Salud. Al primero que escuché los índices epidemiológicos eran los mismos que escuché decir a dos ministros de salud años después que consistía en un plan de salud para los próximos cuatro años donde se pensaba disminuir solamente un 5%, pero que esto se iba a ir dando incrementalmente hasta que al cabo de 20 años los índices iban a ser significativamente menores".

En relación si han realizado investigaciones sobre Educación o Salud Bucal la Dirección de Salud Bucal producto del trabajo en terreno plantea que. "Sí se están haciendo, por lo menos desde este Departamento, se están haciendo, investigaciones del Sistema de Atención Primaria, referencia y contrarreferencia de pacientes, desde prevención, el desarrollo o sea, la actividad que estamos cumpliendo en las Escuelas".⁹¹ "Acá se está haciendo todo lo que contemple Salud Bucal Escolar, se están buscando índices y se está viendo no solamente la parte práctica donde las Escuelas la maestra o la directora dicen. ino hay más chicos con dolor de muelas o con la cara hinchada durante las horas de clases! ¿Qué hicimos? "asistencialismo", no, hicimos "prevención". Entonces, esto es lo práctico ahora a su vez esto tratamos de ponerlo en los números, porque también creemos que esto es necesario cuando vamos a los congresos, no llevar las declaraciones de una maestra, ni de otra".⁹² Una de las estrategias centrales de esta Dirección es el trabajo interdisciplinario, porque los índices no son productos solamente de las estadísticas o de análisis de la morbilidad Bucal sino que son producto del trabajo en forma conjunta con los equipos de salud de los Centros y los de salud Bucal.

Todos estos registros están publicados en actas de congresos, en la revista de estadística y epidemiología de la Secretaria de Salud de la Municipalidad.

⁹¹ Entrevista a la Jefa de Odontología Preventiva. Dra. Eva Banquer

⁹² Entrevista al Director de Salud Bucal Dr. Eloy Barat

En respecto a la formación universitaria, los funcionarios plantean que se avanzado mucho en la currícula el tema de la Prevención en Salud Publica pero que aun no están plenamente capacitado para trabajar en el sub. Sector publico. "Yo creo que todavía es un tema que está en discusión, se han creado cátedras, hay trabajos sobre los mismos, hay un crecimiento al respecto, pero todavía está la pelea del "asistencialismo contra la prevención", como si fueran cosas antagónicas y esto yo lo veo como Odontólogo en la parte práctica donde hay Odontólogos que están en áreas de mayor complejidad que piensan que los Odontólogos que estamos en centros de salud, somos mas haraganes, menos inteligentes" Esta concepción se genera no solamente en los distintos status de las cátedra en la Facultad sino en el imaginario social que se construye a través de la formación. "yo creo que este tema hay que trabajarlo desde la formación y en la Facultad todavía hay cátedras que son más importantes que otras, porque es más importante una cátedra que contemple como se realiza un implante, una extracción, una ortodoncia, etc., es decir, todo aquello que está en relación directa con el mercado laboral odontológico que le va a dar al estudiante Odontólogo un mejor bienestar económico. Para mí, lo importante es que podamos sostener que hay que ver al paciente que hoy y aquí tiene un dolor de muelas, primero hay que ver la urgencia pero sepamos ver la boca del paciente y ver que en el momento en que vemos esa muela enferma hay otras que están sanas isepámoslas ver!, porque si no las vemos, no hacemos nada por ellas y al cabo de un tiempo van a estar enfermas todas y aunque curemos una, las otras se van a enfermar. Entonces sepamos ver lo sano, porque el Odontólogo alumno desde la Facultad no esta preparado para ver lo sano y mientras esto sea así vamos a seguir trabajando en reducir la enfermedad ahora y no en prevenirla desde antes".

"Un ejemplo de prevención es que si nosotros tomamos una mamá embarazada y le enseñamos el cuidado Bucal en cesárea y luego al nacer su hijo, ésta recibe un acompañamiento de su cuidado Bucal, ese niño va a tener el aporte de flúor y va a tener dientes más sanos en relación a otros niños a las cuales sus madres no se les ha informado de ese cuidado. Ahora esto es así y lo sabemos todos, pero ¿qué nos pasa a la sociedad que sabiendo esto como es no lo podemos aplicar? y esto tiene que ver con el perfil del Odontólogo que al saber esto no lo trabaja porque no lo reeditúa económicamente y aún gente con formación gremial trabaja en la parte de obras sociales y quieren privilegiar el arancel de las prestaciones de salud, privilegian y pelean para que las obras sociales le paguen mejores aranceles por los trabajos que son más "dignos" pero salud está desvalorizado en el arancel".⁹³

Ante la pregunta si existía algún tipo de actualización o capacitación profesional odontológica desde la Municipalidad que adecue las currículas a la formación profesional en función de la demanda laboral los funcionarios sostuvieron que en la Dirección de Odontología se están realizando cursos de capacitación en "multiplicadores de Salud o de Sistemas de Tratamiento masivos, pero no como tratamiento específico, sino como Prevención, Educación para la Salud, específicamente eso, Educación para la Salud"⁹⁴ También se han desarrollados pasantias para continuar con la formación centralmente en los conceptos de atención primaria y Salud Comunitaria. El Dr. Barat plantea que "nosotros desde la Municipalidad organizamos cursos, talleres, en la Facultad de Odontología con los concurrentes. Para que tengas una idea, lo primero que hacemos con los concurrentes, es un plan de vacunación a todos, es decir, nos empezamos a comunicar diciendo me interesas vos primero y al trabajar en salud pública tratamos de estar lo mejor posible. Entonces, se les hace un plan de salud gratuitamente, después de eso sí empezamos con los talleres completos. Lo que nosotros queremos obtener es un Odontólogo que empiece a caminar un camino con los pies sobre la tierra, seguro, para lo cual le informamos cómo es esto, en que consiste la práctica Bucal en "Salud Pública", le

⁹³ Entrevista al Director de Salud Bucal Dr. Eloy Barat.

⁹⁴ Entrevista a la Jefa de Odontología Preventiva. Dra. Eva Banquer

pedimos a ellos a su vez en la medida de sus posibilidades que nos cuenten cuáles son sus ideales, sus expectativas para no frustrarse inútilmente, si realmente lo que nosotros tenemos de oferta no es lo que ellos quieren. Si es posible conectar esto, seguimos con la otra etapa. Empezamos con los talleres de "Seguridad", como cuidarse, como protegerse ellos y el paciente durante una práctica profesional, después de eso, se pasa a los talleres de cómo "preparar el mantenimiento del equipo", ¿qué es lo que pasa con los elementos del equipo con los que trabaja?, ¿Cómo los puede cuidar mejor? Y luego seguimos con todos los planes de salud.

La mayoría de las veces se plantean discusiones muy interesantes porque los alumnos nos muestran que vienen impregnados de otras ideas y tenemos que empezar a cotejar y a entendernos mutuamente".

Cuando se les pregunto acerca de la orientación que eligen los estudiantes, en relación a trabajar en el sub. sector publico o el privado, la Dra. Banquer respondió "Yo creo que los estudiantes lo que quieren es trabajar y aplicar lo que ellos adquirieron como conocimientos y prácticas en la Universidad, al campo social; el problema está en que no tienen inserción laboral porque a pesar de que hay mucha demanda para la atención de Salud Odontológica, no hay posibilidades económicas, ni desde los alumnos para instalar una actividad ni desde Salud Pública para incorporarlo, ni desde la sociedad para financiar sus propios tratamientos para la salud"

El Dr. Barat plantea que los Odontólogos (mayoritariamente de reciente graduación) que plantean su incorporación al sub. sector publico después de la capacitación recibida se plantea si continúan o no en la concurrencia "luego de toda esa puesta en comunicación mutua de saber quienes son ellos y ellos de saber quienes somos nosotros y cual es el camino que nos toca recorrer juntos y cada tanto de acuerdo a lo que surja en la práctica nos volvemos a reunir en nuevos talleres a veces inclusive con gente que trabaja en otras áreas de la Municipalidad hacemos talleres de "aprendizaje a través del juego", a través de dramatizaciones, entonces, vamos viendo y es interesante cuando alguno de nosotros puede dramatizar la experiencia de la gente frente al contacto con el Odontólogo ya través de la experiencia nos podemos hacer de pacientes, nos acercamos bastante al otro que se siente vulnerable ante el Odontólogo".

Cuando se abordo el tema de los discapacitados, Eva Banquer planteo que se trabaja básicamente en prevención, pero no existe un Departamento especifico para tratar a esos pacientes "se atiende como parte integrante del sistema de atención, un discapacitado solicita atención y se lo atiende exactamente igual, sin ningún inconveniente, el problema es que no hay un programa específico para discapacitados y yo no creo que sea un problema, porque sino hay una segregación que se realiza y toda persona tiene derecho a recibir su atención normalmente, no hay algo específico para discapacitados como no hay algo específico para gente celíaca, como no hay algo específico para pacientes H.I.V., acá se atiende a todo el mundo por igual, se atienden también discapacitados" El Dr. Barat también plantea que "no hace falta dormir a los chiquitos cada dos años con todo el riesgo que ello implica sino que podemos inducir a los padres o encargados del chiquito y a él mismo. Ya que nosotros contamos con la experiencia donde sí tratamos al chiquito con su necesidad y en el momento en que lo conocemos el problema de su boca es de tal magnitud que necesito anestesia local para atenderlos. Pero, también hemos visto que esto se sigue haciendo sistemáticamente sin darle a ese chico la posibilidad de trabajar sin anestesia local. Nosotros tenemos chicos en esas condiciones que llevan trabajando en salud con nosotros desde hace muchísimos años, para ser más preciso en el año 1995 se empezó a trabajar con estos niños a los que se han ido incorporado muchos más, por lo que ha crecido nuestra experiencia hasta ahora (ocho años)

que es una cifra interesante para la salud pública, teniendo en cuenta que a estos niños se los anestesiaba cada dos años”.

En relación a las modalidades y dispositivos en Salud, la Secretaria de Salud Pública de Rosario está desarrollando un sistema de atención domiciliaria “y no esperar que venga la demanda espontánea de los pacientes hacia Salud Pública” en esta demanda espontánea ya no se estaría trabajando a nivel de prevención primaria, sino a nivel de prevención secundaria o terciaria, porque generalmente cuando alguien tiene alguna demanda es porque tiene una molestia a nivel odontológico. Quienes concurren a los centros de atención es porque tienen condiciones mínimas para poder hacerlo, “pero hay otros que no están en condiciones de hacerlo, porque no tienen posibilidad de llegar ni siquiera hasta el Centro de Salud”

Cuando se trabaja en terreno con la comunidad muchas veces la planificación en un sentido tecnocrático nos demuestra la falencia de ese tipo de planificación. La experiencia que desarrolla el equipo de salud Bucal pone de manifiesto que es lo urgente para la comunidad y cuáles son sus prioridades. “una de las respuestas que tenemos que es importante son las reuniones que tenemos con la gente del barrio, como anécdota que sirve como respuesta. vamos a los barrios a trabajar en salud Bucal y por lo general pensamos todos a un mismo nivel y hablamos de las necesidades que tienen, todo esto hace a “empezar a entender”, ahí nos damos cuenta cuáles son las prioridades que el barrio considera que son más importantes para abordar, y lo primero que se le ocurrió a un vecino fue la falta de teléfono, entonces tomamos nota de eso porque queríamos ir viendo en la crónica de la reunión, después de trabajarlo que es lo que pasaba y que era lo que nos pasaba a nosotros también con esa reunión. Luego aparecieron otros vecinos que decían, acá hay muchos chicos que se drogan, entonces anotábamos drogadicción, violencia familiar, etc. Y así se fueron dando una serie de ideas sobre cuáles eran las necesidades, nosotros esperábamos cada vez más ansiosos que alguien dijera “Odontología”. Hasta que uno dijo, no hay ningún dispensario cerca para la boca.

Cuando después vimos la crónica, estábamos en el lugar 27 de prioridades.

Ahora de todo esto, anotamos en el pizarrón todas las cosas que se habían dicho y quedó como prioridad primera, el teléfono, porque representa la posibilidad de auxilio para los problemas urgentes en salud, representa la policía para los casos de violencia. O sea, fuimos entendiendo cuáles eran las prioridades, la gente las ubicó perfectamente, a partir de ahí nos frustramos un poco menos. Esta anécdota yo se la cuento a los jóvenes que empiezan en sus prácticas, porque uno a veces cree que ha hecho todo bien y a veces los resultados no son como uno esperaba. Porque a veces nosotros les estamos hablando a una persona que tiene un gran drama y nosotros le estamos diciendo como tienen que cepillarse mejor la boca y esa persona no tiene oído para oír. Vos me preguntas cuáles son las necesidades de la gente y las necesidades de la gente nos exceden como Odontólogos por eso trabajamos en equipo, con un asistente social, con el equipo de salud mental, con médicos, con enfermeros, con los administrativos, ¿por qué? Porque nosotros pensamos en sus necesidades más urgentes y ¿cuáles eran?, el teléfono por eso nos conectamos con las oficinas correspondientes para conseguirles el teléfono.

Pero cuando nos toca el turno a nosotros, a nuestra especialidad, notamos que la gente todavía necesita mucho asistencialismo del primer nivel como limpiar la boca, infecciones, extracciones, etc. Nosotros no avanzamos, volvemos a ratificar que no hicimos nada, este problema, mientras seguimos sacando muelas, vamos a llegar indefectiblemente al año 3000 con los mismos índices porque hoy sacamos esta que es la molesta y vuelve la próxima vez cuando molesta la otra y así hasta que no tiene más muelas. Cuando no tienen más muelas, entonces, nuestros índices

mejoran, esa persona ya no tiene más extracciones porque ya se las hicimos todas, no importa pero algo hemos logrado, que a partir de este año no tiene más extracciones.

Las necesidades siguen siendo las urgencias de extracciones y en segundo lugar que lo que nosotros detectamos como problemas no tomados socialmente por ejemplo el tema de la malformación dentaria que es una zona todavía muy gris, pero es claro que la ortodoncia es tan cara y no descubrimos ninguna metodología para hacer "prevención" (porque el ortodoncista factura) o explicarle a la gente cuáles son los malos hábitos que lo provocan".⁹⁵

En relación al concepto de salud - enfermedad y la posibilidad de inserción laboral del Odontólogo, el planteo fue "no sé si la tiene pero tendría que tenerla..." la Dra. Banquer no plantea que exista un concepto de atención diferente en los niveles públicos que en los privados. "Es atención, no importa que el concepto varíe. La atención es la atención cuando más sofisticación en uno, más tecnología en uno, la resolución del caso o problema existe; entonces tiene que tener una relación con los que se reciben de Odontólogos, tienen que tener un concepto de demanda-resolución del problema, debe existir" En general los alumnos y docentes de la Facultad de Odontología en su respuestas al cuestionario plantearon mayoritariamente que adhieren al concepto de salud enfermedad que plantea la Organización Mundial sin disquisiciones de niveles o sectores sociales. "desde la Odontología no vamos a estrechar nuestro panorama, tenemos que pensar también, que vamos a recomendar algunas prácticas en pacientes que a lo mejor no tienen agua potable o que no tienen acceso a gas natural, ni a gas de garrafa, y que entonces tenemos que adecuar, por ejemplo, nuestras dietas a personas que en su medio tienen que desarrollar su actividad, le puedes recomendar una dieta ideal en un paciente que no tiene posibilidades de mantener en una heladera productos lácteos, por ejemplo, le recomendamos. "coma yogurt", porque no puede comer cosas duras o "procese la comida" y no tiene ni electricidad ni sabe lo que una procesadora, entonces tenemos que adecuar toda esta actividad a esa gente, tratando de brindarle la posibilidad de la atención igual que a los demás, al que tiene procesadora le recomendamos y al otro le explicamos como tiene que hacer puré de papas, por ejemplo, para poder alimentarse; la carne picada para poder alimentarse de la misma manera, cuando por ejemplo, en un traumatizado que tenés que ligarle los dientes, y que no tiene que comer comidas sólidas porque no puede, le vas a decir "licue la comida", no puede licuarla, entonces tenés que darle otra dieta, adecuar la atención al medio donde se desenvuelve y por supuesto, tratar de lograr un confort y una atención igualitaria"... "Es importante que todo el mundo lo sepa y que todo el mundo lo asimile. No es lo mismo un concepto que se incorpora teóricamente como algo que se considera un medio de vida, que desde tu profesión pienses eso no como un concepto, una teoría incorporada, sino como un concepto básico de vida"

El concepto salud enfermedad atención no está escindido de la realidad social, la misma cambio en todos estos años de crisis y también cambiaron las modalidades de asistir, en ese sentido "La salud pública municipal Bucal a través de años va dando prestaciones y como estas van cambiando se va descentralizando la atención, la gente llega más a los centros de salud que a los lugares de mayor complejidad donde se pensaba que los iban a tratar mejor. Entonces ahora se atienden en los centros de salud, aumenta la demanda y esto se debe a la realidad socio-económica en la que vivimos, es más barato atenderse en el barrio que pagar un transporte.

Lo otro con respecto a mostrar cosas, como van variando, es el perfil del Odontólogo municipal porque hay más prestaciones de salud y los otros sectores se mantienen igual. Ahora toda esta modificación para que tenga valor debe ser medida con mucho más tiempo, porque estas

⁹⁵ Entrevista al Director de Salud Bucal Dr. Eloy Barat

lecturas son muy cortas de pocos años, entonces, cronológicamente es mucho más complejo el núcleo de población que estamos entrevistando ahora.

Nosotros tenemos perfiles de pacientes que antes tenían asistencia en obras sociales pre-pagas y ahora se atienden en servicios públicos, entonces, estas personas llegan con otra boca, no es la misma boca de ese señor que antes atendíamos, no es una persona marginada, no es una persona excluida del sistema".⁹⁶

La Dirección de Odontología ha sistematizado su trabajo en los 3 niveles de atención, "nosotros consideramos que todo el esfuerzo que se realiza para restaurar, o sea, atención secundaria, no tendría éxito sino se implementa la atención primaria también. Es que nosotros acá hacemos atención secundaria, tenemos un taller todas las mañanas y algunas tardes para atención primaria, para prevención primaria también, porque tenemos un taller de cepillado, de educación para la Salud, donde le explicamos como evoluciona el proceso de exfoliación y nacimiento de los nuevos dientes, que atención tienen que tener las madres para los chicos, respecto a la dieta, alimentos cardiogénicos, técnicas de cepillado, y se hace flúor permanentemente con gente que esta en atención, se están haciendo la prevención secundaria y a la vez, están reforzando la prevención primaria, tenemos ahí un box con asientitos y proyecciones para...que entran por allí, se hacen la técnica de cepillado. Estos son juguetitos que hacemos, que llevamos a las Escuelas, o donde tenemos que llevar. Bueno en estas plaquetas hacen un cepillado de adultos y de niños y hacen revelado de placa, para saber donde no se cepillaron bien y aplicación de flúor...después esto es material que estamos preparando para llevar a una Escuela donde hacemos otro tipo de prevención primaria, que son los cariestáticos, realizando aplicaciones sobre dientes que tienen peligro de contraer enfermedad caries"

La Dra. Eva Banquer nos plantea a la Salud como un derecho, "Es un derecho de los demás, pero además, es un concepto filosófico desde mí, que yo pienso que estoy atendiendo tu vida, o sea, no es una teoría, yo impongo mi derecho a mi salud, cada cual tiene que imponer el suyo, pero yo brindo a los demás y voluntariamente, porque tengo incorporada esa filosofía de vida, no es una teoría que se me metió en la cabeza, es una filosofía de vida".

⁹⁶ Entrevista al Director de Salud Bucal Dr. Eloy Barat

SALUD BUCAL en la UNIVERSIDAD NACIONAL de ROSARIO.

La Facultad de Odontología de la UNR es uno de los actores más importante en el cuidado de la salud bucal en la ciudad de Rosario. Con la creación del Hospital Escuela Odontológico, esta unidad académica funciona como una unidad docente – asistencial.

Los consultorios y servicios se conjugan con las distintas cátedras que componen la currícula de la FOR. El proceso de enseñanza – aprendizaje, se desarrolla en íntima relación con la práctica, la cual está resguardada desde un punto de vista ético por la estructura docente de la Facultad. Esta actividad de asistencia a la comunidad plantea un posicionamiento ante el acto odontológico no solo como una actividad clínico-formativa, sino en la construcción de un perfil de Odontólogo comprometido en lo social.

La crisis económico-social ha dejado a miles de ciudadanos sin posibilidad de asistencia. En ese sentido durante el año 2002 en la FOR se realizaron más de 100.000 prestaciones. La actividad extramuros no solo se proyecta a las áreas carenciadas de la ciudad sino que a través de distintos programas asiste a poblaciones lejanas como Tartagal y Orán, en la provincia de Salta como así también en la Puna Jujueña (programa de atención para aborígenes y pobladores carentes de recursos y muy alejados de los centros asistenciales de salud).

Cátedras como Odontología Social IV desarrollan desde el año 1998 en el norte argentino programas comunitarios de atención, promoción y educación para la salud.⁹⁷

El Hospital Escuela Odontológico participa, además, de un programa de Interacción Hospitalaria Extra Universitaria, con el Servicio de Cardiología y la Unidad de Trasplantes Renales del Hospital Provincial del Centenario, y con el área Parasitología de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacia.

En los hechos es un efector público específico del área de la salud bucal, brindando un servicio a la comunidad donde no solo se asiste a través de la clínica sino que la prevención y promoción de la salud es uno de los elementos constitutivos de la formación y la investigación científica. En ese sentido la reforma curricular del año 1985⁹⁸ cambió el sentido de la formación, centrada fundamentalmente en una clínica curativas - restaurativa por una enseñanza donde la prevención y la promoción de la salud sea una transversalidad en toda la formación.

La enseñanza que se imparte en el mismo, permite priorizar el paradigma alternativo como perspectiva epistemológica de la carrera, y en especial la Investigación en la Acción como enfoque metodológico e ideológico -asociado con los problemas de mayor relevancia social. Lo que también significa la formación de una comunidad científica con una visión paradigmática en común.

El aprendizaje en base a la resolución de problemas reconoce al campo de la salud --en su sentido transdisciplinario-- como contexto básico de investigación e intervención, y como contexto que vincula las ciencias de la salud con las ciencias sociales.

La construcción del conocimiento desarrollado en un ámbito hospitalario permite, además, aplicar los principios de la bioética y la bioseguridad como faro que guíe la docencia, la investigación y la práctica clínica de las ciencias de la salud.⁹⁹

Esta unidad docente – asistencial está compuesta por más de dos mil quinientos alumnos/as, los docentes y no docentes y los graduados/as que participan de la institución.

⁹⁷ Universidad Nacional de Rosario - Programa de Atención Primaria y Educación para la Salud – Facultad de Odontología Año 2002.

⁹⁸ **Plan de estudios de la carrera de Odontología, Expediente N° 14062 -Resolución N° 787/85.**

⁹⁹ Hospital Escuela Odontológico Facultad de Odontología UNR Santa Fe 3160 Rosario Argentina (Documento WWW) Recuperado: info-odonto@fodonto.unr.edu.ar

Los componentes docente-asistenciales que componen el Hospital Escuela Universitario, son.

Servicio de Diagnóstico
 Sala de Guardia
 Consultorio Odontológico para Atención de Pacientes con Patología Previa
 Servicio de CAOPHeN
 Servicio de Análisis Bioquímicos
 Diagnóstico Anátomo-Patológico
 Servicio de Clínica Médica
 Servicio de Radiología
 Servicio de Anestesiología
 Servicio de Informática Odontológica
 Centro de entrega de medicamentos
 Economato
 Clínica de Cirugía Maxilofacial
 Clínica de Operatoria Dental
 Clínicas de Prótesis Completa, Parcial Removible y Parcial Fija
 Clínica de Periodoncia
 Clínica de Odontopediatría
 Clínica de Ortodoncia
 Clínica de Endodoncia
 Clínica de Estomatología
 Clínica Integrada de Residencia de Pre-Grado
 Asistencia Psicológica a pacientes oncológicos.
 Sala de Esterilización de alta complejidad
 Consultorios Externos. Cirugía, Operatoria Dental, Prótesis, Periodoncia, Ortodoncia, Odontopediatría y Estomatología.
 Convenio de Internación de día en el Hospital Provincial del Centenario.
 Pasantías de alumnos de 3º y 4º año en las salas del Hospital Provincial del Centenario, como integración de su formación médico-asistencial.
 Museo de Ciencias Morfológicas, dependiente de las Cátedras de Anatomía Normal y Anatomía y Fisiología Patológicas.

En el anexo se puede consultar un material que desarrolla cada uno de los componentes docentes asistenciales del Hospital Escuela Universitario.

En la introducción del Plan de Estudio de la carrera de Odontología del año 1985, plantea "el carácter integral que debe tener la formación del Odontólogo, ajustándola no sólo a los avances científicos y tecnológicos vinculados a la profesión, sino también a los problemas de salud dental de la población" Además de las actividades

asistenciales a través de las distintas clínicas la Facultad ha desarrollado en todos estos años Campaña de Educación para la Salud Bucal en diversas instituciones de la ciudad y del país.

En la ciudad a través de la Secretaría de Extensión Universitaria y las Cátedras de Odontología Social se realizan charlas en instituciones educativas con el fin de incorporar en los niños hábitos de higienes como la técnica de cepillados y la importancia del mismo en el cuidado de la salud bucal.

Para el desarrollo de estas campañas se utilizan diversas estrategias de intervención; desde actividades lúdicas, escenificación del tema a abordar a través de obras de teatros, como cualquier otra representación que pueda transmitir que es la placa bacteriana y la relación que tiene con la generación de caries.

Si bien todas las cátedras y servicios tienen una vinculación con la comunidad son las Cátedras de Odontología Social las que llevan adelante un "Programa de Atención Primaria y Educación para la Salud" acercando a la Universidad a la comunidad y planteándose la misma como punto de entrada al sistema de la salud bucal.

La Facultad de Odontología ha armado una red, a través de convenios, con distintas instituciones en las que se instalaron centros de salud en zonas periféricas de Rosario y del gran Rosario, desde donde se aborda la atención primaria de la comunidad de la zona, por docentes y alumnos que cursan el quinto año de la carrera. Conjugando una necesidad social en el campo de la salud y la generación de aprendizaje a través de un conocimiento crítico, inserto en la realidad y al servicio de la comunidad.

Ante el retiro del Estado en la Salud Pública y la crisis que padece el sistema, las Universidades se transformaron en importantes efectores de Salud

Entrevista realizada al Profesor Titular de la Cátedra de Odontología Social IV Dr. Eduardo A. Williams.¹⁰⁰

Desde la época de estudiante tuve una profunda preocupación por lo social.

Fue así como con vecinos de una villa asentada en los terrenos de la Universidad creamos un dispensario odontológico. Con el ingreso a la docencia, comencé a pensar en que la formación del recurso humano debe ser acorde a las necesidades de nuestra comunidad.

Luego, con la implementación del nuevo plan de estudio en el año 1986, en cuyo diseño participe con un criterio transformador se impulsó una nueva filosofía preventiva, equilibrada con la formación terapéutica, cuyo contenido se instrumentó a través de la creación de las cátedras de Odontología social.

Ya aprobado el plan, había que llevar a la práctica el contenido del mismo, con el aporte de cada uno desde su lugar y responsabilidad.

La cátedra de Odontología Social IV tuvo como primera necesidad la formación de un cuerpo docente con estas nuevas filosofías, tarea que no fue sencilla.

Pero con entusiasmo, preparación y formación se fue logrando un criterio todavía no agotado en la necesidad de producir un recurso humano con conocimiento de las realidades socioculturales de la comunidad. Por esto se implementó el funcionamiento de distintos centros de atención en la ciudad de Rosario y sus alrededores, en las cuales los alumnos supervisados por los docentes desarrollan sus actividades con un criterio social y preventivo utilizando como herramienta principal la educación para la salud con el fin de lograr el mantenimiento de la misma y mejorar la calidad de vida.

Observando las distintas influencias culturales en concepto salud-enfermedad, es que surge la inquietud de desarrollar actividades en poblaciones con distintas características regionales.

A través de la relación con un grupo de misioneros católicos, tomamos conocimiento de las necesidades de comunidades con características culturales distintas y que viven en extrema pobreza, siendo los pobres más pobres del país.

Es así como en el año 1998 comenzamos a planificar el primer viaje a comunidades de la Puna Jujeña, formando un reducido grupo de alumnos voluntarios y docentes de la cátedra con los cuales se planificó una estrategia de atención a estas localidades, algunas de ellas instaladas a más de 3500mts. de altura sobre el nivel del mar.

En los años siguientes, a pedido de las propias comunidades y por el entusiasmo manifestado por los alumnos, se continúa este programa que año tras año ha ido creciendo en número de participantes y de actividades desarrolladas, llegando en el año 2002 a superar nuestras expectativas por el interés de participación de estos futuros profesionales para la salud y sumándose al programa localidades de la provincia de Salta como Tartagal y Orán y sus alrededores. A todo esto se le agrega la desinteresada colaboración del Ejército Argentino y Gendarmería Nacional.

El resultado de estas experiencias marcan en la formación del futuro profesional un antes y un después, que ya que el mismo es capaz de comprender y vivir en el terreno como los distintos planes de salud deben ser elaborados sin exclusión de comunidades o residentes marginales que quedan fuera de la mayoría de las estrategias elaboradas por los distintos ministerios.

Creemos que esta experiencia que despierta la sensibilidad social del participante cumple con el objetivo primordial de la Universidad para con la comunidad y logra devolver en parte lo que esta aporta para el mantenimiento de la enseñanza pública.

A través de las continuas evaluaciones de los relevamientos estadísticos realizados todos los años se verifica una importante mejoría de la salud de estas comunidades quedando para el futuro la continuidad en aquellas en las que el programa recién se implementa.

¹⁰⁰ Revista F.O.R.

Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba (año 2002)

Dentro de la estructura pública de atención podemos ejemplificar el trabajo de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba que a través de programas de extensión, se ha transformado en el principal efector de salud dental de la ciudad de Córdoba (año 2002) realiza un promedio de 1.600 prestaciones diarias a cerca de mil personas que no tienen los recursos económicos para acceder a la atención privada de salud. De esa manera, los alumnos que realizan las prácticas que demanda la carrera están supliendo la atención de salud bucal que no brindan otros centros provinciales y municipales en la ciudad.

La Facultad tiene aproximadamente 200 sillones y una población de 2500 estudiantes de Odontología que ofrecen servicios a la comunidad durante los 7 días de la semana. Además, la Facultad tiene un convenio capitado con PASOS, la obra social de los estudiantes de la UNC, y con DASPU, que agrupa al personal docente y no docente. Esta situación en junio del 2002 que es cuando se da a conocer esta noticia la ciudad de Córdoba superaba el 20% de desocupación con la consabida pérdida de su obra social y los que tenían algún tipo de cobertura estaban limitados a los tratamientos odontológicos básicos. Por otro lado la estructura pública había limitado en los hechos su nivel de atención por la crisis, como el aumento que se produjo (a posteriori de la devaluación del dólar) en todos los insumos que se cotizaban a valor dólar.

La alimentación es uno de los principales factores que influyen en la salud bucal de las personas. "En tiempos de crisis y por razones estrictamente económicas, es evidente como la alimentación se reduce a una mayor ingestión de hidratos de carbono que, solos o conjugados, son los causantes de la proliferación de caries o enfermedades periodontales". De hecho, las políticas de acción implementadas a nivel oficial apuntan a la concientización del cuidado de las piezas dentales desde niños. "La promoción de la salud tiene directa relación con el nivel socio cultural de los pueblos donde se desarrollan los programas de este tipo y Córdoba dio muestras de ello. es una de las provincias con mayor nivel de preservación de las piezas dentales de sus habitantes".¹⁰¹

¹⁰¹ Córdoba: Universidad es el principal efector de salud dental de toda la ciudad. (reportaje a Nelson Rugani) Artículo publicado en el diario de Córdoba La Mañana: Edición del 13 de Junio de 2002

Dentistas voluntarios desarrollaron un Programa Preventivo de Salud Oral para Niños Escolares de Santa Fe

En el campo de la salud oral pública y del voluntarioso se han desarrollado en las últimas décadas una serie de experiencias que son significativas.

Programa Preventivo de Salud Oral para Niños Escolares de Santa Fe, Argentina. Desde el año 1994 hasta 1998 un grupo de dentistas desarrollaron un Programa preventivo de salud oral. El objetivo del programa se centró en una muestra de 4 Escuelas con una población aproximada de 600 niños, 42 maestros y 1 funcionario

1. Escuela para sordomudos
2. otra en las afueras de un pueblo en un área pobre
3. Escuelas de comunidades indígenas
4. Escuelas de comunidades indígenas

Objetivos.

- Presentar a los niños de edad escolar al dentista.
- Obtener una buena relación dentista-paciente, trabajar con la educación para salud oral dentro de un ámbito ideal, como es la Escuela.
- Para integrar a todo el personal escolar al proyecto.
- Realizar aplicaciones de fluoruro tópicas a los niños por un o dos dentistas.
- Para mejorar la salud oral general a un bajo costo.
- Para llevar a cabo acciones de salud y reproducirlas en diferentes áreas necesitadas de la Provincia.

Se posicionaron en un modelo preventivo donde el tratamiento clínico era un momento de la práctica realizada. Se instruyó a los maestros en el manejo del cepillado y la preservación de la salud oral de los niños. Distribuyeron cepillos a los niños de las 4 Escuelas y bajo la supervisión de los maestros y los dentistas los niños realizaban su cepillado de dientes diariamente.

Una vez por mes también bajo vigilancia profesional, los niños aplicaron flúor fosfato a sus dientes. Los sellantes de fosas y fisuras fueron puestos por dos dentistas a todos los niños después de 2 meses de iniciado el proyecto. Se indicaron las extracciones necesarias de los dientes, para ello se llevaron a los niños a los centros médicos más cercanos. La presencia de caries se cuantificó por medio del CPOD al comienzo del proyecto y se verificó al final del mismo, después de 4 años. El CPOD de los niños de 12 y 13 años se comparó con el grupo control de la misma edad en otras Escuelas de la zona. Después de 4 años de programa de salud oral, el CPOD de los niños de 12 y 13 años de edad era 1.26 y el CPOD del grupo control era 3.05. El 46% de los niños afectados al programa estaban libres de caries cuando se comparó con el grupo control con un porcentaje de 34. Sólo el 15% del grupo testigo estaba libre de caries al principio del programa.

Es posible desarrollar un programa preventivo de salud dental en las Escuelas. El éxito del programa basado en escolares depende de la participación del maestro. Se observó una reducción de 50% de caries al final del programa.¹⁰²

¹⁰² Grupo de dentistas voluntario que aplicaron durante 4 años un Programa Preventivo de Salud Oral para Niños Escolares de Santa Fe su Director el Dr. Hugo Rossetti, el co director Dr. Fabio Bottan y como miembro los Dres. Ma. Victoria García, Valeria Nepote, Jorge Rodríguez Zia Marta Scavuzzo, Lorena Spiler, Simon Sipler y Maria Rosa Perales.

ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA DE ROSARIO¹⁰³

Una de las instituciones emblemática de la Odontología en la ciudad de Rosario es ASOR (Asociación Odontológica de Rosario) es un organismos gremial y entidad prestadora de servicios odontológicos

Es uno de los entes que provee cobertura odontológica a más 80 obras sociales publicas y privadas brindando servicio a mas de 300.000 personas.

Dicha entidad nuclea la adhesión de la mayor parte de los Odontólogos de la ciudad de Rosario. Desde el punto de vista operativo consta de consultorios y móviles odontológicos y un sistema de guardias activas y pasivas para las emergencias. No solo cumple actividades preventivas asistenciales, sino que concurren los pacientes para la realización de una auditoria previa al tratamiento indicado por el Odontólogo Además cuenta con un sistema de abono directo, único en su tipo destinado a cubrir las necesidades insatisfechas de pacientes sin cobertura, con una cartera de pacientes que lo ubica como líder del mercado.

Este sistema permite, con una baja cuota mensual, elegir libremente a su profesional en la ciudad y en todo el departamento Rosario, como así también una amplia cobertura desde el momento de su incorporación y la libre asociación desde el nacimiento del afiliado y sin límite de edad.

¹⁰³ Asor en Internet

CAPITULO V • Los interlocutores de la Facultad de Odontología. Universidad y Mercado laboral.

Entendemos por interlocutores a aquellos actores sociales y profesionales que transitan el escenario de la formación y aplicación. Los sujetos sociales en el campo de la salud, tienen ideas que se ejecutan en tareas asistenciales y preventivas, todo depende de los articuladores teóricos ideológicos en los que transiten. Alumnos docentes por excelso de la formación y transmisión del conocimiento transitan esta larga avenida del conocimiento, donde la formación, el mercado de trabajo, el concepto de salud y las señales del marketing consumidor marcaran su práctica profesional.

Desarrollaremos el trabajo de campo realizado en la Facultad de Odontología de la UNR, a través de un cuestionario aplicado a los docentes y alumnos de la Facultad. Con estos instrumentos se ausculto las interrogaciones y respuestas de docentes de la Facultad de Odontología – UNR. Con los alumnos se investigo que piensan los mismos acerca de la formación, el mercado de trabajo y el concepto de Salud

ALUMNOS Formación

Se trabajo sobre una muestra de 75 alumnos de la carrera de la Facultad de Odontología de la UNR. Los mismos están diferenciados por el año de ingreso.^(Figura 1) Esta diferenciación adquiere importancia en tanto que puede incidir en las respuestas. Los alumnos que ingresaron a la carrera de Odontología en el año 1984 se insertaron en un proceso de cambio curricular. Los que ingresaron en el año 1999 lo hicieron a una currícula consolidada, los cambios que hubo (1996) fueron de estructura pero no de contenido. Estos dos grupos conforman el 21,5 % del total. El 78,5% ingresaron entre el año 2000.

Ante la pregunta que especialidades conocen ^(Figura 2) en un orden de prioridad, (12 respuestas) los alumnos encuestados respondieron en los 4 primeros lugares.

- El 90% de los alumnos encuestados sostiene que conoce la especialidad de Cirugía
- El 63% conoce a la especialidad de Odontopediatría
- El 81% conoce a Ortodoncia
- El 77% conoce a Endodoncia



Figura 1
Años de ingreso

En estas respuestas aparece claramente el sentido que adquiere en el imaginario y conocimiento de los alumnos de las especialidades más conocidas. Excluyendo la Odontopediatría las especialidades que mas conocen son claramente el reflejo de las políticas gubernamentales y no gubernamentales ponen su acento en una Odontología reparatoria y en el marketing empresarial. El mercado laboral esta atravesado por esta concepción que no tiene en cuenta la salud bucal colectiva y la inexistencia de programas (a nivel nacional) preventivos y de promoción de la salud bucal.

Las obras sociales tienen altos coseguros que pagan los afiliados para poder acceder a una practica repatoria.

Los estados nacional, provincial y municipal salvo pocas excepciones no tienen servicios integrales en Odontología. La oferta privada va a depender de la capacidad de pago del paciente.

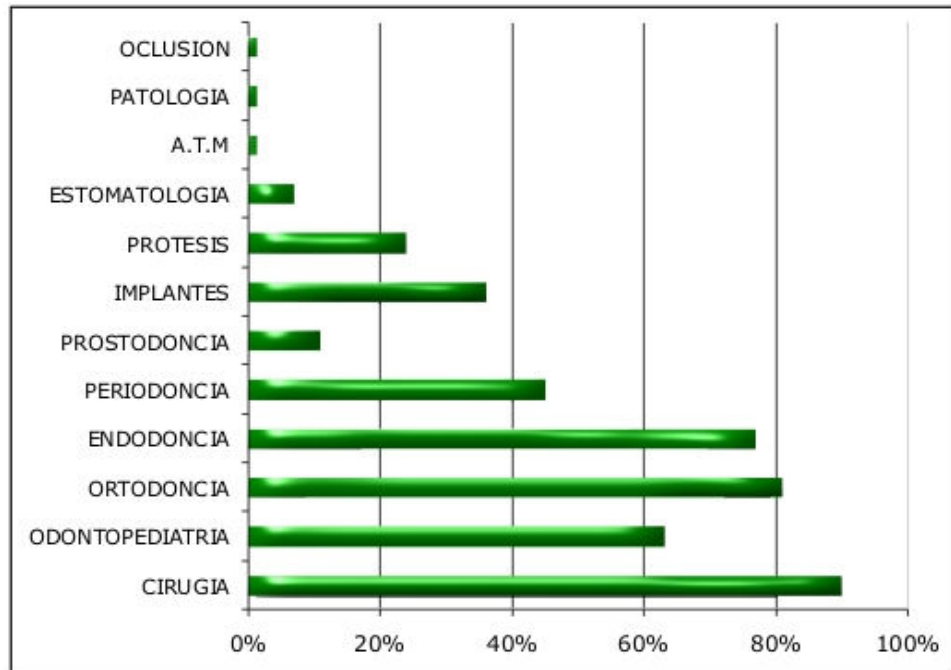


Figura 2
Especialidades que conocen los alumnos encuestados

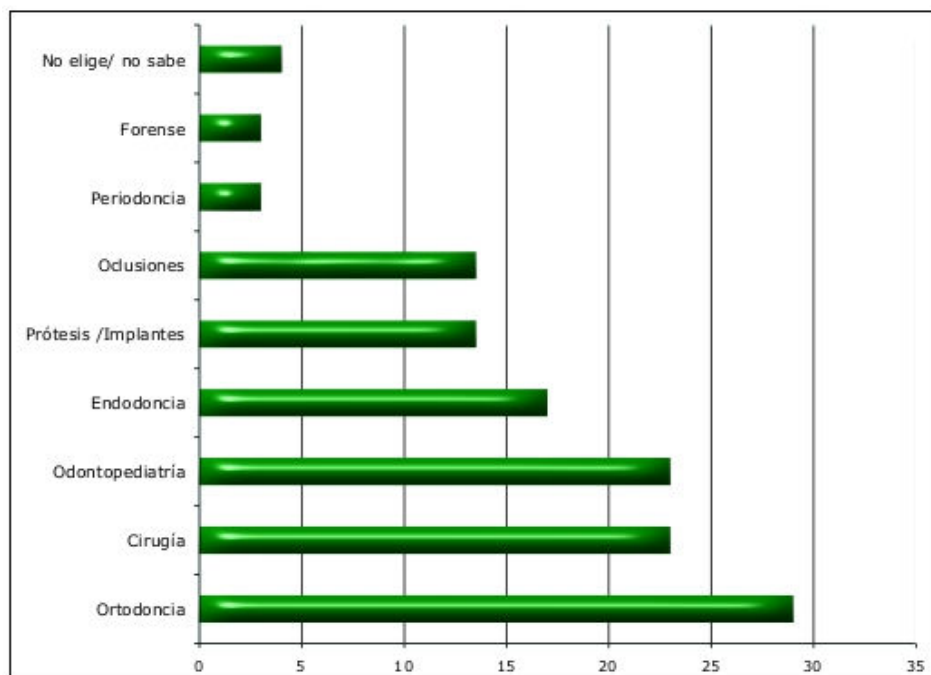


Figura 3
Especialidades odontológicas que prefieren los alumnos encuestados

Cuando la pregunta es que especialidad odontológica prefieren los alumnos (Figura 3) el 29% de los alumnos encuestados elige Ortodoncia como especialidad preferida y en orden de importancia eligen.

- El 29% de los alumnos encuestados elige Ortodoncia como especialidad preferida
- El 23% prefiere Odontopediatría.
- El 23% elige Cirugía.
- El 17% prefiere Endodoncia
- El 13.5 % elige Oclusiones como especialidad
- El 13.5 % prefiere Prótesis /Implantes.
- El 3% elige Periodoncia.
- El 3% prefiere Forense
- El 4% de la población no sabe /no se siente en condiciones de elegir especialidad/es justificando que recién comienza la carrera.



Figura 4
Especialidad preferida dentro de cirugía

Aparece mucho más nítido la orientación que los alumnos prefieren, básicamente una Odontología reparatoria.

Ante la pregunta cual es la especialidad que más conocen responden mayoritariamente que cirugía pero ante la pregunta que especialidad prefiere sostienen Ortodoncia. Vamos a tomar en primera instancia como analizador la preferencia mayoritaria por Cirugía. Ante la pregunta **que especialidad prefería dentro de cirugía** (Figura 4), dentro del 23 % de los alumnos que

prefirieron la especialidad Cirugía, el 74.64% marcaron su preferencia en formase en Cirugía Maxilo facial. En esta preferencia interviene el imaginario social profesional de la especialidad no solo por su ubicación social, sino por el posicionamiento que tiene la cirugía en la misma profesión odontológica

Las **justificaciones** fueron diversas (Figura 5).

- Del 23 % de los alumnos que prefirieron la especialidad Cirugía, el 53% fundamenta que es porque le gusta, le parece muy interesante.
- El 35% fundamenta que es una práctica compleja por tanto le resulta un desafío y son pocos profesionales quienes la practican.
- El 12% aduce razones económicas, es mayor la ganancia que en otras especialidades.
- El 6% la elige porque sostiene que se trabaja interdisciplinariamente

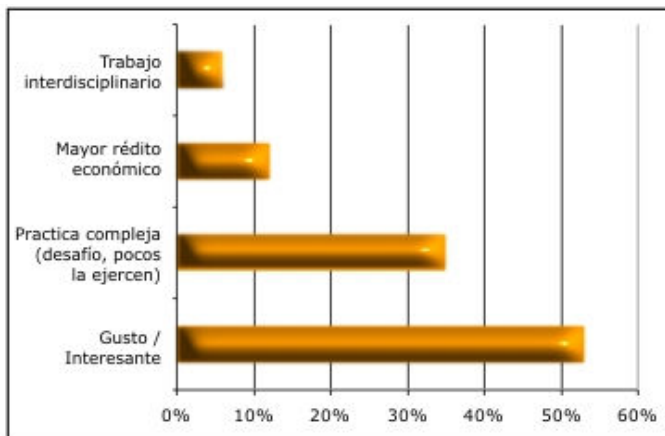


Figura 5
Justificación preferencia especialidad cirugía

En el anexo hay una ampliación de datos respecto a las justificaciones de las preferencias en prótesis/implantes, odontopediatría, endodoncia y ortodoncia. Solamente quiero destacar que la justificación de los que eligieron Odontopediatría (Figura 6) sobre el total el 23 % que eligió esta especialidad; el 88% lo hizo porque le gustan los chicos/ tiene buena relación con ello y un 29% porque cree que la Prevención es más eficaz y enseñando /educándolos desde pequeños para que gocen de buena salud bucal.

Un dato a destacar que atraviesa en un gran porcentaje las respuestas con que justificación su elección es: **por buena remuneración económica porque amplía sus posibilidades de trabajo, básicamente.**

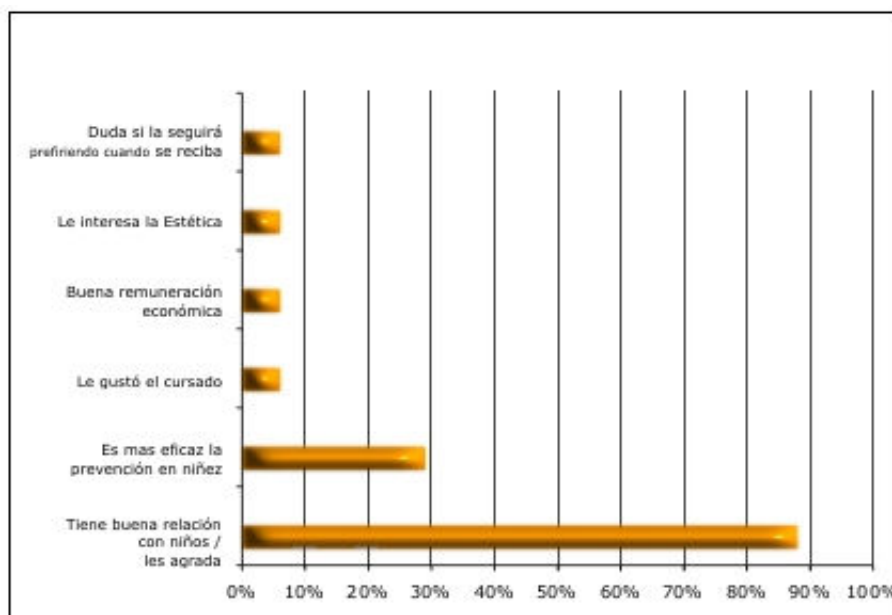


Figura 6
Justificación preferencia odontopediatría

- El 23% que eligió Odontopediatría como especialidad preferida.
- El 88% lo hizo porque le gustan los chicos/ tiene buena relación con ello.
- El 29% porque cree que la Prevención es más eficaz y enseñando /educándolos desde pequeños para que gocen de buena salud bucal.
- El 6% porque le gustó el cursado y ampliaría sus conceptos
- El 6% por buena remuneración económica.
- El 6% por estética.
- EL 6% elige esta especialidad pero duda si lo hará cuando termine la carrera.
- El 47% de quienes prefieren Odontopediatría, la eligen junto con otra.

SUB. SECTORES PÚBLICO PRIVADO OBRA SOCIALES

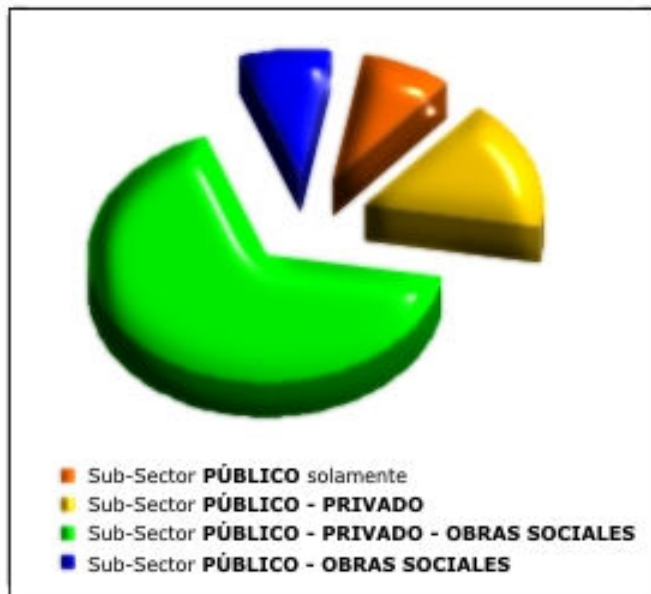


Figura 7

Modalidad de inserción laboral sub sector público

En estos resultados aparece claramente que la inserción laboral también está atravesada por la formación recibida, la pauperización de los profesionales que trabajan en la estructura pública y el degradamiento de todo el sistema de salud

La demanda de atención odontológica en el sector público fundamentalmente se desarrolla cuando la enfermedad ya está instaurada. Naturalmente esto es expresión de la falta de políticas públicas en prevención bucal y la baja elección tanto por parte de los Odontólogos como de los alumnos está sostenida por el modelo asistencial que marca la formación y el imaginario de prestigio social del trabajo en consultorio (privado – obra social). Esta demanda está sostenida por el paradigma biológico y por la historia natural de toda enfermedad. Desde un punto de vista epidemiológico esa demanda de asistencia está representada por un alto índice de piezas cariadas, perdidas y obturadas. En la población adulta esa demanda de asistencia se “satisface” con una exodoncia u obturación. Otro elemento a tener en cuenta que la concretación de los medios de producción, el desarrollo de la tecnología y las altas tasas de desocupación han dejado a un gran número de la población fuera del sistema productivo y por lógica una derivación muy importante al sector público. Este es una de las causas por lo que se ha incrementado la atención de emergencia odontológica. De todas maneras aparece otro dato interesante solo el 12 % de los alumnos encuestados eligió como única opción de inserción laboral el Sub. Sector Privado. Esta elección tiene consonancia con la pauperización de grandes sectores poblacionales, las pérdidas de las obras sociales, el bajo valor de la consulta y las diversas prácticas odontológicas, el alto costo de la tecnología aplicada a la Odontología

En relación a la modalidad de inserción laboral en los tres sub. Sectores (Figura 7).

El sub. Sector público aparece en todas las opciones, solo un 7.5 % lo eligió como única opción, el resto compartida con los otros 2 sub. Sectores. La opción de trabajar en los 3 sub-sectores fue la más elegida 60% de los encuestados. Pero la referida a trabajar exclusivamente en el sub. Sector público fue del 7.5 %.

- El 7.5 % elige al Sub. Sector Público junto al Sub. Sector Obras Sociales.
- El 15% elige el Sub. Sector Público junto al Sub. Sector Privado

- El 42 % de los alumnos encuestados que prefirió el Sub. Sector Privado /Obras Sociales como modalidad de inserción laboral fundamenta hacerlo por razones económicas; mayor seguridad en cuanto al cobro y mejor remuneración.
- El 38% sostiene que es el mejor ámbito para desempeñarse profesionalmente; refiriéndose a calidad y cantidad de materiales, instrumental, organización, gestión.
- El 19% lo elige porque trabajando en estos Sub. Sectores - específicamente concentrado en Odontología- puede desarrollarse íntegramente como profesional, aludiendo a electos materiales y relación Odontólogo - paciente
- El 3% justifica esta elección porque en el Sub. Sector Privado se asegura buena remuneración y el Sub. Sector Obras Sociales posibilita mayor acceso a la población.



Figura 8
Justificación preferencia modalidad de inserción laboral Sub Sector Privado - Obras Sociales

El 100 x 100 de los encuestados eligió como opción preferencial para su inserción laboral al sub. Sector privado y las obras sociales. Una de las justificaciones mas generalizadas era por razones económicas (seguridad en el cobro y mejor remuneración), mercado cautivo (obras sociales, seguros), mejor organización de su actividad profesional

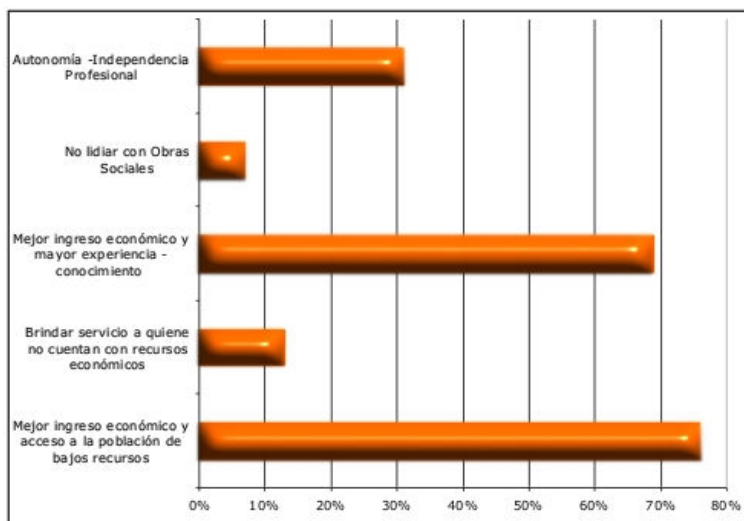


Figura 9
Justificación de la modalidad de inserción laboral Sub Sectores Privado junto con Sub Sector Público

- El 13% para brindar servicio a quienes no cuentan con recursos económicos.
- **El 7% prefiere trabajar en estos dos Sub. Sectores para no lidiar con Obras Sociales, en cuanto al pago de las prestaciones.**

- **El 76 % de los alumnos encuestados que prefiere el sub. Sector Público Privado como modalidad de inserción laboral, fundamenta hacerlo para obtener mayor ingreso económico en este último y brindar acceso a la población de bajos recursos en el Sub. Sector Público. económicas**
- El 69% para obtener mayor ingreso económico en el Sub. Sector Privado y mayor experiencia, conocimientos y contacto con la realidad social en el Sub. Sector Público.
- El 31% lo prefiere para obtener autonomía / independencia profesional

NOTA. El gráfico cuyo porcentaje supera el 100% es porque los encuestados eligieron más de una opción.

CONCEPTO SALUD ENFERMEDAD ATENCION

- 1. Transmisión concepto salud / enfermedad**
- 2. Necesidad transmisión concepto salud / enfermedad**
- 3. Creencia transmisión concepto salud / enfermedad**
- 4. Ideas elementos que intervienen sobre el concepto salud / enfermedad**

El ejercicio de la Odontología está atravesada por una concepción somático-fisiológica que tiene su base en las estructuras universitarias en las que se han formado históricamente los Odontólogos. Historizar esta concepción en Rosario se remonta a 1937 que es cuando se crea la Escuela de Odontología. Si bien desde 1984 se ha producido un cambio curricular con otra concepción de salud, es significativo que el ejercicio de la disciplina tiene una predominancia en los aspectos estéticos funcionales del sistema estomatológico, donde la irrupción de la enfermedad rompe esa imaginaria homeostasis. Este modelo se sostiene en la triada diagnóstico-enfermedad-curación. La realidad sanitaria nos muestra que la pérdida de piezas dentarias por caries y enfermedad periodontal (o enfermedad de las encías) es uno de los indicadores de salud bucal dominante.

No existe un plan de salud bucal nacional que ponga eje en la prevención para evitar los altos índices de desdentamiento. La formación de RRHH debiera estar centrada en el conocimiento de la salud de la población para poder formar agentes de salud bucal que puedan identificar los problemas de salud y construir estrategias de intervención tanto en el plano de la clínica como su abordaje intersectorial para la aplicación de estrategias preventivas. Esta formación tendría que hacer eje en la formación teórico conceptual del proceso de salud y enfermedad

Al encuestar a los alumnos si la carrera le transmite algún concepto de salud enfermedad atención el 95% de los alumnos sostiene que la carrera le transmite algún / os concepto /s de salud-enfermedad-atención. En ese sentido en cuanto a la formación del Odontólogo, el 97.33 % de los alumnos sostiene que es necesaria la transmisión, por parte de la carrera, de conceptos de salud – enfermedad – atención.

Un 21% justifica su respuesta por pertenecer a una carrera universitaria relacionada con la Salud., respondiendo el resto de lo encuestados que dicha concepción mejoraría la atención al cliente (25%) que tal concepción colabora a tener una visión menos biologicista y más social (8%) Sólo el 8% de los alumnos sostiene que, por parte de la carrera, en la transmisión de conceptos de salud – enfermedad – atención, es importante el concepto de Prevención y el mismo porcentaje declara que tal concepto implica considerar a la persona, más allá de su patología.

- En cuanto a cuáles eran las ideas, elementos o criterios que intervienen en la construcción de un concepto de salud – enfermedad – atención. (Figura 10) El 44% de la muestra enuncia que las condiciones de vida, nivel socio económico, representación social, proceso histórico, sistema de gobierno, cultura y la relación paciente – Odontólogo- sociedad. Son los elementos más relevantes en la construcción de un concepto de salud - enfermedad – atención. A continuación un 11% plantea el concepto de Prevención y de atención Primaria- Secundaria y Terciaria de Salud. El resto habla de la subjetivización del paciente (no considerarlo como objeto) donde sostiene que el concepto es dinámico, donde intervienen individuos (implicando su aspecto biológico y social) y la representación social de la enfermedad.

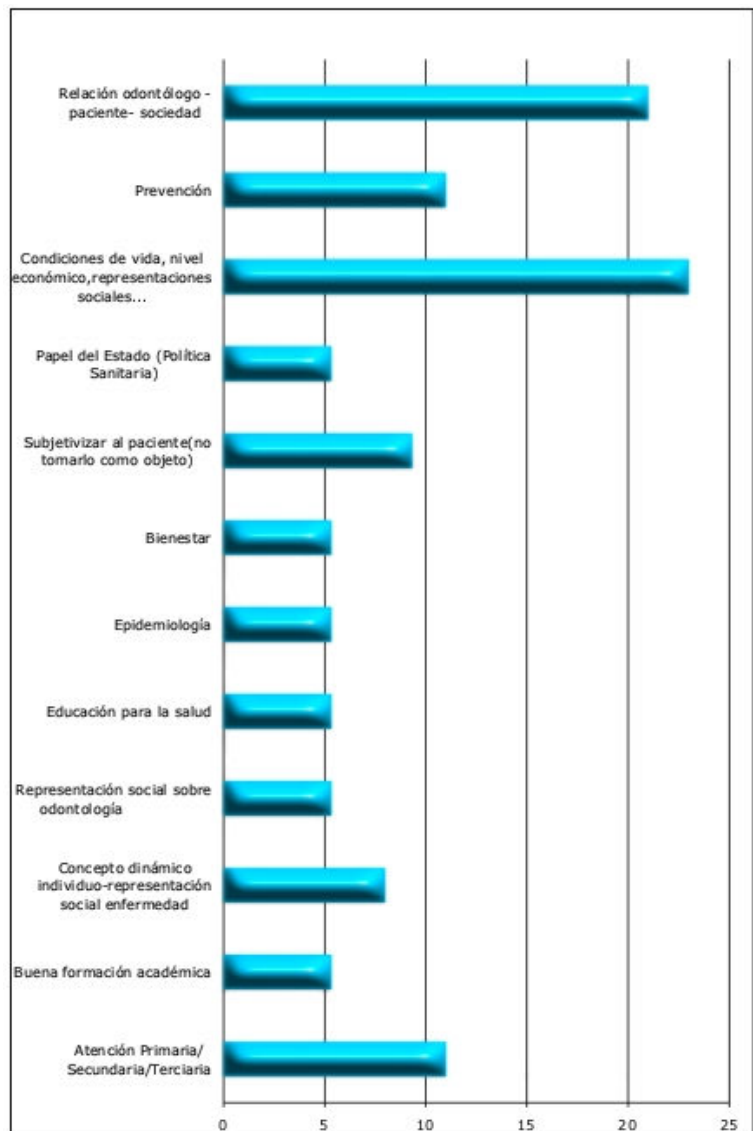


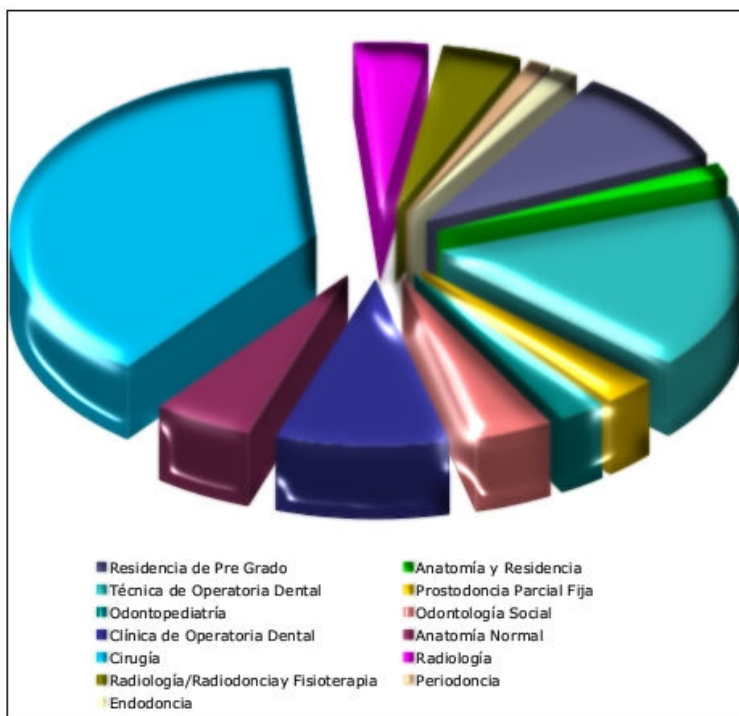
Figura 10
Ideas, elementos o criterios que intervienen en la construcción de un concepto de salud – enfermedad – atención.

Ninguno de los Odontólogos ejerció su práctica exclusivamente con Ancianos, y el 50% de ellos sostienen practicarla; no se menciona dicha especialidad cuando se refiere a elección de Pos grados, Maestrías, Cursos u otro tipo de perfeccionamiento.

DOCENTES**INSTITUCIONAL****CATEDRAS. FUNCIONES. DEDICACIONES. POSTGRADO REALIZADOS**

1. Funciones docentes
2. Cátedras donde ejercen
3. Dedicación
4. Postgrado realizados
5. Justificación postgrado
 - a. Doctorado
 - b. Especialidad

De los 79 docentes encuestados, 75 eran Odontólogo perteneciente a la carrera de la Facultad de Odontología de la UNR. Del total de docentes encuestados el 69.33% son JTP, el 14.66 % son profesores adjuntos, el 10.66 % son auxiliares, el 4.66 % son titulares, el 2.66 % ocupa otro cargo.



- El 39% de los Odontólogos ejercen en la cátedra de Cirugía.
- El 17% ejercen en Técnica Operatoria Dental.
- El 9% ejerce en Residencia de Pre grado.
- El 9% ejerce en Clínica Operatoria Deental.
- El 5% ejerce en Anatomía Normal
- El 4% ejerce en Odontología Social.
- EL 4% ejerce en Radiología
- El 4% ejerce en Radiología / Radiodencia y Fisioterapia
- El 3% ejerce en Odontopediatría
- El 3% en Prostodoncia Parcial Fija
- El 1.33% ejerce en Ortodoncia
- El 1.33% ejerce en Endodoncia

Figura 11

Cátedra donde ejercen los odontólogos

Catedras de los docentes encuestados

cuestionario (2002), el 56% de los docentes encuestados tienen dedicación simple, el 18% tiene dedicación Semi Exclusiva y solo el 1.35% de los docentes Odontólogos encuestados tiene dedicación Exclusiva.

Al momento de la aplicación del

ESTUDIOS DE POST GRADO

En referencia a los estudios cuaternarios, los docentes en un 55% respondieron haber realizado Cursos de Especialización, el 12 % de los encuestados realizó formación en Doctorado, El 1.33 % contestó tener Maestría, porcentaje que representa a un profesional y el resto de los encuestados no realizó estudios de post grado. La justificación de su elección se centra en la búsqueda de perfeccionamiento, superación profesional y actualización.

ESPECIALIDADES EN LAS QUE TRABAJAN LOS ODONTÓLOGOS ENTREVISTADOS

El 95 % de los Odontólogos encuestados contestó trabajar con adultos y otras especialidades. (el 12% exclusivamente con adultos), el 84% con niños (el 1.33% solo lo hace con ellos). Ninguno de los Odontólogos ejerció su práctica exclusivamente con Ancianos y el 50% de ellos sostienen practicarla; no se menciona dicha especialidad cuando se refiere a elección de Post grados, Maestrías, Cursos u otro tipo de perfeccionamiento. Un 14% trabaja con otras especialidades a las mencionadas (el 1.33% lo hace exclusivamente). El 2.66% no contestó.

Especialidades odontológicas que conocen los entrevistados, el 50% por ciento manifiesta conocer Cirugía, seguida por la especialidad de Periodoncia

FORMACION MERCADO LABORAL Y TECNOLOGIA

La totalidad de los entrevistados coincidió que hubo cambios en el mercado laboral en los últimos diez años. Dentro de estos el 80% sostiene que hubo cambio en el número de pacientes. El restante 20% sostiene que no hubo cambio en el número de pacientes.

El 100% de los entrevistados coincidió que perdió acceso a instrumentales que implican alta Tecnología. Un dato relevante, como ya se señaló, que este cuestionario se administro en el año 2002, Argentina había abandonado la convertibilidad y en su lugar planteo una devaluación asimétrica que implicó una relación peso/dólar de 1 a 3 y de peso/euro 1 a 4. Con lo que el costo de la tecnología y los insumos se encareció enormemente

El 45% de los Odontólogos que sostienen que existe relación entre la formación de Post Grado/ Inserción Laboral; sostiene que es porque facilita el trabajo, se adquiere mayor especialización, actualización y perfeccionamiento.

Como antes (al momento de la aplicación de la encuesta) se mencionó solo el 4 % de los docentes encuestados realizó Doctorado especializándose en Metodología de la Investigación y Epidemiología y otro 2.66 % interesándose en Gestión, porcentaje que iguala o está por debajo del interés por hacerlo por ingreso económico / currícula...

Basándose en esto y en la Política de Salud que el Estado propone ¿pueden llevarse a cabo estadísticas sostenidas con Presupuesto Nacional que revelen datos fidedignos, reflejando la actual situación epidemiológica de cada región y del país en su totalidad?

Ninguno de los Odontólogos ejerció su práctica exclusivamente con Ancianos, y el 50% de ellos sostienen practicarla; no se menciona dicha especialidad cuando se refiere a elección de Pos grados, Maestrías, Cursos u otro tipo de perfeccionamiento

Menos de la mitad de los Odontólogos encuestados (48%) sostiene que su práctica se basa en Prevención – Enseñanza – Educación para la Salud, algo más del la tercera parte (34.18%) define que el concepto salud –enfermedad que sostiene en su práctica es un proceso de construcción socio –histórico –cultural.

Entonces se puede agregar otra pregunta. ¿la Universidad los prepara con fundamentos teóricos, ideológicos para desenvolverse como promotores de salud en distintos ámbitos, considerando las situaciones culturales, socio – económicas, ideológicas?

Entre 1991 y 1997, aproximadamente el 36% de la población no tenía ningún tipo de cobertura

En este informe se plantea que. el 4% del gasto total de Presupuesto en Sub. Sector Público y Sub. Sector Privado es destinado a finalidad Preventiva y el porcentaje de formas de co-pagos, seguros privados y el de gastos de bolsillo (44.1%) es el mismo que el total obtenido entre Obra Social Nacional (16.3 %), Provincial (8.33%), Gobierno Central

(3.3%) y Provincial (16.6%), considerando que en la actualidad otro mismo porcentaje carece de cualquier cobertura.

La institución universitaria es un espacio formador de conocimientos, conocimientos que se construyen en un proceso donde la realidad de la práctica clínica se transforma, no solo por los adelantos tecnológicos que implica mayores niveles de eficacia en la asistencia, sino también porque la realidad social ha cambiado y un número muy importante de la población está en estado de indigencia. Decimos los conocimientos se construyen, se reformulan, se transmiten, se reproducen. ¿y la realidad de esta década de convertibilidad, default y devaluaciones asimétricas, incidieron en la salud bucal de la población? ¿Los efectores públicos, donde se asisten los sectores más carenciados pueden dar respuesta a esta nueva realidad y demanda social? ¿Los entes formadores ante el avance tecnológico, ante el crecimiento de los índices de desdentamiento de la población más carenciadas tienen programas que de cuenta de estas 2 realidades y que se conjuguen en mayores niveles de eficacia y eficiencia en el proceso de salud – enfermedad – atención? Son interrogantes que debemos abordar, quienes estamos en espacio de formación como la Universidad. Porque sabemos que las Disciplinas se transmiten en un proceso de enseñanza – aprendizaje marcado por posiciones epistemológicas no exenta de posicionamiento ético ideológico pero hay saberes que se eliden, se escurren, que en algunos espacios se dicen no diciendo, que no se dicen pero se transmiten. La Universidad tiene como uno de sus objetivos centrales formar RRHH que puedan dar respuesta a la demanda social y a la producción de conocimientos que pueda participar en la transformación de esa realidad. Los estudiantes por la apropiación de saberes, devienen profesionales, actores sociales centrales en el proceso de salud – enfermedad – atención.

La Universidad, los efectores públicos son espacios institucionales que tienen ámbitos diferenciadas de gestión y de formulación de políticas. Pero si desde el Estado Nacional no se implementan políticas que marquen, que apunten a resolver la contradicción pobreza-exclusión-enfermedad por un lado y por el otro los grandes números positivos de la macro economía no reflejan los altos índices de pobreza.

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de la asistencia sanitaria considerada como concepto multidimensional implica. “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

CAPITULO VI • ¿Es la práctica odontológica una profesión liberal?

Para aproximar una respuesta a esta interrogación haremos un poco de historia. Es con la mercantilización de la salud que comienza a cambiar las relaciones paciente-profesionales. En Argentina a partir de la ley 18610 (1972) se produce un gran desarrollo del sub. sector privado generando una situación favorable para el desarrollo de la práctica liberal de la Odontología. Pero simultáneamente comenzaron a desarrollarse e insertarse empresas comerciales en el ámbito de la salud, (pre pagas, Clínicas, obras sociales privadas, etc., etc.). Esto trajo como consecuencia lógica la aparición de la búsqueda del beneficio económico empresarial.

Esta situación modificó la relación Odontólogo – paciente con consecuencia en el ejercicio de la profesión y en la salud de la población. Los profesionales dicen que los pacientes dejaron de ser "sus pacientes" para pasar a ser "clientes de la Empresa"; y a su vez, ellos dejaron de ser "profesionales de la salud" para pasar a ser sólo "prestadores".¹⁰⁴ La Dra. Débora Ethel Kreisler ha esquematizado en un cuadro la relación paciente – Odontólogo, frente a lo que denomina cambios en el mercado actual de salud.¹⁰⁵

Paciente	Cliente
1) Es atendido aunque no pague. Si no se atiende no paga.	1) Paga aunque no se atiende. Si no está al día con la cuota, no es atendido.
2) Conoce a su profesional de cabecera, tiene trato directo con él, buen diálogo, puede ubicarlo fuera de los días y horarios de atención.	2) Posee diferentes profesionales que van rotando por la empresa. Fuera de los días y horarios de atención, cae en un servicio de guardia (donde desconocen su historia clínica). Si se atendiera de urgencia con un profesional zonal, puede que este no cuente con el permiso de la empresa para tomar ciertas decisiones fuera del horario de atención de sus oficinas.
3) Puede decidir sobre alternativas en su tratamiento.	3) No puede decidir sobre alternativas en su tratamiento, a menos que la modificación se encuentre codificada. No puede modificar las reglas internas de la empresa.
4) Termina su tratamiento y es dado de alta.	4) Casi nunca es dado de alta.
5) Concorre para preservar y conservar su salud, y prevenir la enfermedad.	5) Concorre ante el dolor, no puede prevenir la enfermedad (pues la prevención sin límite de edad no está nombrada).
6) El profesional le aplica los conocimientos que se imparten en la Universidad.	6) El profesional no puede aplicar todos los conocimientos que se imparten en la Universidad.
7) El profesional aplica el avance científico.	7) El profesional no puede aplicar el avance científico (pues no está nombrado)
8) El paciente es identificado por su nombre y apellido.	8) El cliente es identificado por un número.
9) El paciente elige al profesional.	9) El cliente elige dentro de una cartilla cerrada (salvo en planes abiertos más caros).

¹⁰⁴ Dentistas. Lista de Discusión Gremial para Odontólogos. Documento: "Empresas versus Salud". (Documento WWW) Recuperado: <http://dentistas.freesevers.com/1>

¹⁰⁵ Kreisler. Débora Ethel Relación Paciente-Profesional. (Documento WWW) Recuperado: dentistas-owner@egroups.com

Los profesionales de la salud en particular los Odontólogos han modificado sus condiciones de trabajo a partir del cambio estructural y la crisis económica producida en Argentina.

La Odontología ha dejado de ser una profesión liberal puesto que ha perdido independencia laboral y su mercado de trabajo está controlado por empresas de servicios de salud, en algunos casos llamadas obras sociales, seguros de salud, prepagas, etc. pero básicamente están constituidas por capitales en algunos casos vinculados a empresas multinacionales de servicio de salud.

Las Universidades públicas compiten en la formación de post grado con organizaciones vinculadas al sector privado donde la concepción de salud – enfermedad – atención tiene sentidos diferentes

Cuando la práctica odontológica era una profesión liberal, el Odontólogo convenía sus honorarios con el paciente o la institución que enviaba a esos pacientes. A partir del ingreso en la década del 70 de las empresas de Medicina Prepagas el sistema de atención en Argentina cambió y también la relación que los profesionales de la salud tenían con los entes prestadores.

La facturación de sus honorarios pueden ser por cápita (asignación de una paga fija por una x cantidad de pacientes) o asalariados, o por el cobro de un bono a cada paciente, o de la denominada orden de consulta. El deterioro del sistema remunerativo, entre otras cosas, dio origen al cobro de PLUS (cantidad que es a cargo del paciente por cada acto odontológico).

La prestación del paciente tiene que ver con su capacidad de compra, esta modalidad también afectó la relación Odontólogo - paciente

Lo que en principio parecía un avance en el sistema de atención al poco tiempo quedó patentizado primero una concepción que en el campo salud – enfermedad – atención, ponía su acento en la enfermedad y no en la prevención puesto que su fin era la rentabilidad empresarial.

Los potenciales pacientes de estas empresas (por una cuota) acceden a determinadas prestaciones que de acuerdo a su capacidad de pago pueden tener o no acceso a determinadas prestaciones o tecnología. Si bien los pacientes se encontraron con una oferta de asistencia mayor, pero la misma, estaba restringida a un elenco de profesionales. La libre elección no es tan libre porque está condicionada de acuerdo al plan de seguridad social en que se inscriba y su capacidad de pago.

Este vínculo económico con las empresas transformó las relaciones vinculares en el campo de la salud bucal. Se transformaron las formas tradicionales de nominación; de pacientes pasaron a clientes y el profesional de la salud pasó a ser "prestador" y en algunos casos también en cliente del ente empresarial.

La pregunta que surge es: ¿Prestador de un conocimiento que ya no le pertenece? ¿Ejercicio de una profesión autónoma?

Esta transformación también implicó un cambio en la relación con los pacientes denominados eufemísticamente "usuarios" con toda la connotación que tiene esa palabra en el sentido del "uso".

No solo cambiaron las formas de nominación, sino que el acto odontológico no se rige solamente por el plan terapéutico en función de la patología que presenta el paciente, sino que su intervención estará condicionada por el Plan que tiene en su "prestadora" o por lo que esta nombrado (nomenclador nacional – decreto 2935/77) El ejercicio y la práctica odontológica esta convenida en el tipo de contrato que tenga el "usuario", contrato que el "usuario" cierra con el pago de una orden autorizada por la empresa.

De lo que se desprende que ni el "usuario" ni el "prestador" tienen capacidad de decidir sobre la dirección de la cura, porque como hemos dicho anteriormente esta sobredeterminada por la empresa y esta supuestamente por las leyes del mercado.

La lógica de mercado comenzaba a impregnar los actos profesionales, sus honorarios se reducían, pero se lo compensaba el "mercado cautivo" que la empresa le garantizaba aumentando sus consultas y tratamientos.

En el caso de las obras sociales (pública o privadas) el paciente entrega al profesional un bono u orden, el cual luego el Odontólogo debe presentarlo en su facturación al ente, el cual lo procesa, le computa sus gastos administrativos, en algunos casos cumplen funciones de ente de retención de sus impuestos y después de varios meses se le abona esa práctica con una serie de descuento.

Decíamos que esta modalidad afecto a la relación Odontólogo - paciente puesto que la disminución de sus honorarios, los descuentos realizados, obligaban al profesional a tener mayor cantidad de consultas, lo que va en detrimento de la práctica clínica.

La historia clínica del pasado se transformo en una ficha clínica donde la relación es impersonal perdiéndose la empatía que tenían los viejos Odontólogos en los barrios. Por contrapartida el subsector público brindaba un servicio deficiente a los sectores indigentes

Con la irrupción de las empresas privadas en el sector salud implico una verdadera transformación de las prácticas profesionales. En función de estudios costo-beneficio se determinan el costo de las prácticas, cuales se realizan, cuales no, tiempo de duración de los tratamientos, etc. etc.

El acto clínico como representación del ejercicio profesional esta pensado en una lógica de utilidad económica y no con el sentido ético del juramento hipocrático con el que se inicia la vida de un profesional de la salud.

El Costo de los Insumos es otro de los elementos que el default y la devaluación asimétrica producida en Argentina incidió e incide en las prácticas odontológicas. En un Boletín Odontológico aparecía un resumen del mensaje que el 29/01/03 publicó el Dr. Daniel Carnevale, presidente del Círculo Odontológico Santafesino- "una advertencia sobre el fuerte impacto en el desarrollo de la profesión de los Odontólogos, ante el notable aumento de los materiales que utilizan." Ese aumento habría llegado al 250% comparando con julio de 2001.

Los profesionales están coaccionados por esta realidad a la búsqueda de un contrato de prestación de servicios que lo inserte en esta realidad de este mercado.

La práctica privada en consultorio ha quedado estrechamente ligada a los vaivenes de las políticas de las denominadas obras sociales públicas y privadas, muchas de las cuales están en crisis económica por el aumento de la desocupación y su consiguiente merma en la masa de

afiliados. En relación a ésta problemática el Dr. Antonio F. Podestá¹⁰⁶ plantea.esta nueva sociedad del siglo XXI, de la globalización, ha ido transformando los servicios de salud. Tal es así que la Odontología que hemos estado desarrollando en estos últimos años ha sufrido una crisis que, recién ahora, empieza a sentirse....No les podemos responder con nuestros métodos tradicionales, trabajando de manera no planificada, sin objetivos precisos, sin comparar resultados, sin pensar en los gastos, en las inversiones, no debemos desconocer la realidad del mercado, debemos considerar la posibilidad de aplicar modelos alternativos más eficaces que nos permitan proyectarnos socialmente, tanto para nosotros como para los demás. Es por ello que debemos adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para manejar dichos cambios (tasa de uso, de costo fijo, punto de equilibrio, costos intangibles, demanda contenida e insatisfecha, cálculo de capitas, cápita pediátrica y geriátrica, pago por prestación, por reparto, por capitas, pago prospectivo, etc.)

En este párrafo Podesta introduce un debate en relación a la práctica de la Odontología, donde el mercado irrumpe afectando el ejercicio de la clínica, en ese sentido el mismo plantea.

- Priorizar la prevención sobre la recuperación.
- Subsidiar la demanda, pues ésta regula hoy los Servicios de Salud, es decir, que cada vez son más importantes las necesidades de los pacientes que las urgencias de los prestadores. La oferta profesional no tiene relación con la demanda poblacional, debemos adecuarla a la realidad del país.
- Aumentar la calidad de la atención.
- Introducir nuevas formas de prestación.
- Bajar los costos, sin afectar la calidad.
- Revisar la ecuación costo efectividad.

No se trata ahora solamente de un arancel "regulado" por un nomenclador, sino que el mercado "léase grandes consorcios de empresas dedicadas al negocio de la salud" incide en el mismo acto clínico odontológico.

Las Obras Sociales, Prepagas clínicas e intermediarios argumentan que el valor de cada prestación es bajo pues se manejan con las reglas del mercado, donde por ejemplo. en el rubro indumentaria, a mayor cantidad, baja el costo y se mantiene la calidad (a igual o menor tiempo de trabajo); en salud, esto no es posible, ya que, a mayor cantidad, mayor costo y menor calidad (con mayor tiempo de trabajo). Lo cual se ve agravado por el tope a facturar, el atraso en el pago y en muchos casos la ausencia total del mismo, repercutiendo negativamente en la salud de la población y en la calidad de vida del profesional, provocando un desajuste incalculable en sus finanzas. La problemática es multifactorial como la caries y la enfermedad periodontal. Pero la Odontología es sólo una, que admite diferentes criterios ante un tratamiento, pero todos se basan en los mismos fundamentos. Entonces ¿es posible que estemos manejados por empresarios comerciantes cuyos objetivos son. ver de qué forma se pueden ajustar los montos para que cierren las cuentas, comprometiendo la salud de la población y la responsabilidad del profesional?¹⁰⁷. La pérdida de la autonomía del ejercicio profesional por parte de estos "mercaderes de la salud" que determinan nuestras prácticas, el como, el cuanto nos posiciona en una lógica que ya no es la del Odontólogo – paciente sino la de Empresa – consumidor.

Podestá plantea también que "Si no tomamos al consultorio odontológico como una Empresa de Servicio de Salud, en el cual ponemos todo nuestro esfuerzo, ilusión y capital, no creo que logremos subsistir en esta nueva cultura odontológica. Es hora de que dejemos de estar encerrados dentro de

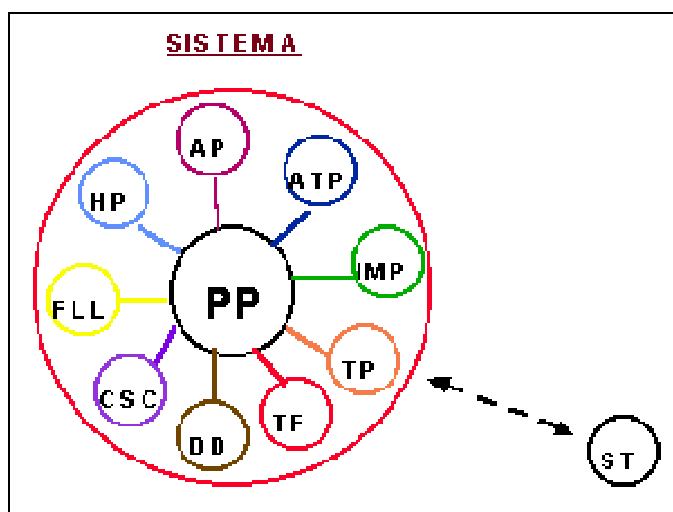
¹⁰⁶ Podesta Antonio F.: La Odontología hacia el Tercer. Argentina. (Documento WWW) Recuperado: <http://www.odontomarketing.com>.

¹⁰⁷ Kreisler, Débora Ethel.: Odontóloga y estudiante de Derecho y Ciencias Sociales Noticiero AOA año IX N° 1 Marzo/Abril 1998 pág. 5. Carta de lectores: El Odontólogo y la problemática profesional.

las cuatro paredes de nuestro consultorio esperando que alguien demande nuestros servicios". No se trata de combatir la lógica del mercado, mimetizándose con el mismo, porque la alegoría del zorro en el gallinero siempre tuvo final trágico para las gallinas. Se trata de asumir una posición en primer lugar como ciudadano, como profesional de la salud, reivindicando el lugar del Estado como ente regulador de la sociedad.

La cultura de capitalismo salvaje que comenzó con Martínez de Hoz con la dictadura (1976) y que tuvo su coronamiento con el peronismo de Menem en la década del noventa generó nuevas prácticas en el ámbito de la salud. Las obras sociales, los centros de trabajos de los entes gremiales, etc. comenzaron a imponer limitaciones a las prácticas en salud (por su costo al ente prestador) por ejemplo no reconociendo determinadas prácticas o limitándolas en el tiempo, el diferimiento del cobro de las prácticas (2 o 3 meses), gastos desmedidos administrativos y/o de auditorías, etc. etc. El decreto de desregulación de Obras Sociales (1993) implicó una "liberalización" del mercado de la salud pero en el mismo no se daba el libre juego de la oferta y la demanda sino que grandes empresas denominadas de la salud y algunas obras sociales controladas por los sindicatos se apoderaron del "mercado" deteriorando la calidad de vida de la población (por el tipo de prestación realizada) y la de los profesionales de la salud que se transformaron en dependientes y/o empleados de dichos consorcios.

En el siguiente esquema ideado por la Dra. Kreisler¹⁰⁸, construye una representación del sistema de atención odontológica. Dentro del sistema, encontraremos la problemática que presentan los profesionales que trabajan para empresas, y fuera del mismo, se ubicarían los que intentan entrar, atienden pacientes particulares y/o trabajan bajo una verdadera relación de dependencia.



Referencias.

P.P.. Problemática profesional.
 H.P.. Honorarios paupérrimos.
 A.P.. Atrasos en los pagos.
 A.T.P.. Ausencia total de los pagos.
 I.M.P.. Inducción a la mala praxis.
 T.P.. Topes en las prestaciones.
 T.F.. Topes en las facturaciones.
 D.D.. Débitos desmedidos.
 C.S.C.. Contratación sin contrato.
 F.L.L.. Falta legislación laboral.
 S.T.. El que no entra en el sistema, se encuentra sin trabajo.

La introducción de estas concepciones en el ámbito de la salud marcó el inicio del fin de la Odontología como práctica liberal. Por otro lado existen instituciones que no se manejan con la lógica de mercado, en el sentido de costo – beneficio. Instituciones formativas, gremiales, de salud.

¹⁰⁸ Kreisler Debora: Empresas versus Salud. Marzo 2001. Argentina (Documento WWW) Recuperado: <http://www.odontomarketing.com>.

CAPITULO VII • Conclusiones.

EL ODONTOLOGO Y LA PROBLEMÁTICA PROFESIONAL

Con la apertura de la democracia en la Argentina (1984) se creó dentro del Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Odontología. Esta entidad tenía la capacidad de generar políticas sectoriales en Salud Bucal.

La Salud Bucal era parte de los Programas Nacionales de Salud que como estrategia general se discutían en el COFESA

La importancia de esta sectorialización de la Salud estaba dada por la inclusión de la especificidad disciplinar y técnica en los programas socio económicos del gobierno nacional y las provincias.

En Mayo de 1984, se realizó en La Falda (Córdoba) un seminario con el tema. "Problemas de la Odontología actual – Alternativas de Solución" En el mismo participaron los responsables del sector oficial, del Universitario, de la Profesión organizada de todo el país y representantes del Instituto Nacional de Obras Sociales, Fuerzas Armadas, Escuela de Salud Pública, Sanidad Escolar y de los Colegios Odontológicos. Se buscaron respuestas válidas a la premisa señalada por la Dirección Nacional de Odontología de "**Llegar a la vejez con dientes naturales**" Para lograr esta consigna se entendió que la forma idónea era "**modificar las prestaciones**" con vista a disminuir los niveles de desdentamiento. Los informes de cada uno de los grupos formaron por consenso un informe consolidado final.

1. El consolidado determinó que para obtener un "**aumento de la población cubierta**" se necesita.
 - a. Lograr una mayor percepción de la población del proceso salud - enfermedad mediante la educación para la salud.
 - b. Utilización racional de todos los efectores de salud mediante actividades eficientes, efectivas y equitativas.
 - c. Las prestaciones a nivel I (prevención y urgencias) deben llegar a toda la población, aplicándose niveles más completos según las circunstancias.
 - d. Eliminación gradual de barreras económicas y administrativas que dificulten la accesibilidad.
 - e. La formación del recurso humano tanto de grado como de postgrado tendrán en cuenta los criterios de aumento de cobertura de la población.
 - f. Investigación socio epidemiológica
2. Para "**modificar el perfil de prestaciones**" se hace necesario.
 - a. Aplicación del Plan Nacional de Salud Bucal, según niveles de complejidad resolutoria.
 - b. Modificar el nomenclador nacional y los sistemas de auditoría.
 - c. Capacitar los recursos humanos.
 - d. Articulación docencia-asistencia e investigación.

La naciente Democracia y políticas con sentido social era el marco donde se erigía un Estado garante de la Salud.

Con la caída del Gobierno Radical de Raúl Alfonsín y la aplicación de las políticas neoliberales del Gobierno Peronista de Menem, el desguace del Estado hacia innecesaria la existencia de la Dirección Nacional de Odontología, como de Salud Mental y otras. Todas fueron desmanteladas.

Estas políticas llevaron a la Argentina a la mayor crisis de su historia. Para dar un ejemplo que preanunciaba a esta crisis, en el año 2000 el Colegio de Odontólogos Distrito 1º de la provincia de Buenos Aires, creó una subcomisión de Análisis de la Crisis cuyo análisis llegó a la siguiente conclusión ¹⁰⁹:

- 1/3 de Odontólogos no podían cumplir con las obligaciones previsionales, muchos de los cuales con riesgos de afrontar juicios por falta de pago a la Caja de Odontólogos.
- Aproximadamente 300 Odontólogos excluidos forzosamente del sistema de atención por Obras Sociales.
- Limitaciones para facturar por dichas Obras Sociales: 80 % en promedio de aranceles de Obras Sociales por debajo de Aranceles Éticos Mínimos, agravado seriamente luego de la salida de la Convertibilidad.
- 90% de la población sin atención odontológica.

También se plantea en relación a las obras sociales que los bajos presupuestos asignados a la atención de la salud buco-dental por parte de los sistemas de salud se traducen en este subsector en:

- Limitaciones en el padrón de prestadores
- El desconocimiento de una verdadera Odontología preventiva
- Desactualización en el nomenclador
- Normas de atención y auditoría muchas veces obsoletas
- Falta de coherencia y actualización entre costos y aranceles en la mayoría de las prácticas
- Incumplimiento de los convenios al atrasarse en los pagos o al realizar devoluciones injustificadas.

¿De qué manera incidieron e inciden estas políticas neoliberales en el ejercicio de la disciplina odontológica?

1. En que el eje está puesto en lo asistencial restaurativo y no en la prevención
2. Implantes, prótesis y estudios de complejidad tecnológica son prácticas más rentables.
3. Reincidencia de intervenciones clínicas que por no tener una cobertura más amplia no se realizan
4. Por falta de políticas en prevención se produce un alto nivel de intervención endodóntica
5. Culminando este proceso (fundamentalmente en sectores carenciados) en altos índices de exodoncia y en aquellos sectores que tienen cobertura social en la implantación de prótesis
6. Medicalización de la Odontología por el alto uso de productos farmacológicos (antibióticos, antiinflamatorios, etc.)

¹⁰⁹ Citado por Ortiz Nicolás en Crisis de la profesión (Documento WWW) Recuperado: <http://www.costosenOdontología.ya.st/>

La Dirección Nacional de Odontología implicaba un nivel de coordinación intrasectorial e intersectorial de los 3 subsectores (público, privado y obras sociales) Hoy se carece de información epidemiológica a nivel nacional, no se tiene conocimiento de los recursos existentes (humanos, físicos y tecnológicos) No existe coordinación entre los 3 sub. Sectores, ni coordinación entre los entes municipales, y provinciales. Las Universidades no participan de las políticas públicas No existe una efectiva regulación de las empresas privadas de salud.

Para poder comenzar a dar respuesta al grave problema de salud en Argentina se hace necesario generar un proceso de participación, de acción multisectorial y multi institucional para poder pensar políticas y estrategias para satisfacer la demanda social

Implica una amplia participación de todos los sectores que trabajan en el área salud, para poder programar acciones que instrumentalicen un plan de salud que sea viable y factible

Las Universidades, los entes gremiales, las sociedades científicas de la profesión odontológica son los participantes necesarios en este proceso de construcción de políticas en salud que se propongan a los entes gubernativos. Planteándose de esta manera una participación en el proceso socio político del sector. Exigiendo mayores presupuestos para los entes formativos en el área de ciencia y tecnología, regulación del mercado, ampliación de las prestaciones odontológicas, mayores aranceles como el valor fodo, etc.

En el campo científico Tecnológico y gremial se ha producido una segmentación de corporaciones, asociaciones, gremios, colegios profesionales y sociedades científicas. Esta atomización se sostiene en intereses corporativos (representantes de empresas y sectores políticos) y concepciones académicas que soportan posicionamiento en la superespecialización con su correlato económico. Esta atomización de las instituciones es producto de la disputa de espacio de poder económico, científico, gremial y político.

En la provincia de Santa Fe existe la Caja de Profesionales del Arte de Curar que agrupa a todas las disciplinas de la salud y cumple funciones entre otras cosas funciones provisionales

Si bien las crisis periódicas que sufre nuestro país hacen difícil planificar, existen sin embargo posibilidades de continuar con procesos de cambios que se han dado en Universidades y en algunos sectores públicos del país. Las mutuales y las prepagas plantean una serie de servicios con aranceles que en algunas prestaciones no cubren los costos de la profesión al igual que los salarios del sector estatal (Nación, Provincias y Municipios) que en algunos casos carecen de infraestructura y remuneración digna...

EL SISTEMA DE RETRIBUCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Desde un punto de vista de la retribución salarial, pueden ser clasificados en tres modelos básicos.¹¹⁰

- **Pago por acto médico.** El paciente paga por el acto médico y luego solicita el reembolso total o parcial a la Seguridad Social. El paciente tiene libertad absoluta de elección y el médico está incentivado a contentar al paciente. Este sistema suele ser caro y tiende al sobretratamiento.
- **Sistema de capita** se basa en el pago al personal de salud una cantidad de dinero por la asignación de una lista de posibles pacientes. Este sistema se aplica básicamente en las obras sociales. Un obra social emblemática de este sistema e ineficiente es el PAMI. Uno de los inconvenientes de este sistema es la concentración de usuarios y no existe libre elección. Desde el punto de vista contable implica un mayor control del gasto
- **Retribución mensual** es el cobro de un salario, el profesional recibe una paga independientemente del trabajo que realice. Esta modalidad se da básicamente en el sub. sector público

En las políticas neoliberales la macroeconomía cierra con grandes números positivos pero la realidad del desarrollo y consumo interno es diferente.

En un proceso de relativa estabilidad, donde se ha instaurado una nueva convertibilidad, puesto que el tipo de cambio, valor dólar/peso, se sostiene en una relación 3 a 1 por la constante intervención del Banco Central de la Republica Argentina. Esta situación económica nos permite ser competitivos a nivel internacional, el temor es una nueva hecatombe por no construir un sistema económico que se desarrolle en el juego de nuestras fuerzas productiva y la construcción de un valor de cambio que fluctué de acuerdo a nuestra realidad.

El mercado laboral en la Odontología y la demanda de los pacientes ha adquirido en los últimos tiempos una realidad, donde calidad-costo-beneficio es central

Ante situaciones de crisis económicas la demanda en Odontología decrece por considerarla la población como servicios no esenciales

Muchos de los insumos en Odontología están dolarizados o son importados y en situaciones como las vividas en Argentina tuvieron incidencia en los costos de las prácticas odontológicas.

Si bien la globalización tiene muchos aspectos negativos, también se puede usufructuar los beneficios secundarios de este proceso. El MERCOSUR es una organización regional constituida por 5 países (Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela) y otros estados asociados de la región. Se ha comenzado un proceso de homologación curricular, donde el intercambio en ciencia y tecnología permitiría procesos innovativos en la disciplina y en el sector salud.

El tener un mercado común puede producir ventajas comparativas en el abaratamiento en los costos, en la complementariedad científico-técnica- profesional, etc.

110

SALUD Y ENFERMEDAD

El ejercicio de la Odontología está atravesada por una concepción somático-fisiológica que tiene su base en las estructuras universitarias en las que se han formado históricamente los Odontólogos. Historizar esta concepción en Rosario se remonta a 1937 que es cuando se crea la Escuela de Odontología. Si bien desde 1984 se ha producido un cambio curricular con otra concepción de salud, es significativo que el ejercicio de la disciplina tiene una predominancia en los aspectos estéticos funcionales del sistema estomatológico, donde la irrupción de la enfermedad rompe esa imaginaria homeostasis. Este modelo se sostiene en la triada diagnóstico-enfermedad-curación.

La realidad sanitaria nos muestra que la pérdida de piezas dentarias por caries y enfermedad periodontal (o enfermedad de las encías) es uno de los indicadores de salud bucal dominante.

No existe un plan de salud bucal nacional que ponga eje en la prevención para evitar los altos índices de desdentamiento. La formación de RRHH debiera estar centrada en el conocimiento de la salud de la población para poder formar agentes de salud bucal que puedan identificar los problemas de salud y construir estrategias de intervención tanto en el plano de la clínica como su abordaje intersectorial para la aplicación de estrategias preventivas. Esta formación tendría que hacer eje en la formación teórico conceptual del proceso de salud y enfermedad

SECTOR SALUD

El componente bucal de la salud continúa siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población. El cambio de objetivos en la Odontología, de la atención a la enfermedad hacia el fomento de la salud cada día cobra más fuerza. La comunidad odontológica en América Latina, integradas en la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL) y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina, en el marco de las metas del milenio¹¹¹, propone.

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
 - Incluir la Salud Bucal como un Indicador de Pobreza, por ser la misma un factor de riesgo para las poblaciones de Latino América. Si se controlan estas condiciones de forma integral, se reduce también la prevalencia de las enfermedades bucodentales.
- Lograr la enseñanza primaria universal
 - Meta. Garantizar el 50% de niños sanos a los 12 años de edad en el 2015
 - Se establece como objetivo para la Región un CPOD de 1 a 2.9 para el año 2015
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
 - Meta. 90% de los niños y niñas sean promotoras de salud bucal.
- Reducir la mortalidad infantil
 - Mediante el refuerzo de la lactancia materna y otras acciones con los equipos de salud y la comunidad.
 - Meta. 75% de niños sanos a los 2 años y 70% de niños sin hábitos deformantes
- Mejorar la salud materna
 - Meta. 70% de embarazadas saneadas al momento del parto y el índice de higiene oral simplificado no mayor de 1.
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
 - Promover que los profesionales sean clínicos integrales para la identificación y atención de eventos de salud general entre ellos VIH.
 - Meta. Garantizar la atención odontológica al 100% de pacientes con VIH positivo.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
 - Garantizar acceso al agua potable para la Higiene Bucal y los programas de fluoruración del agua.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo
 - Participación comunitaria, colaboración entre países, participación de actores sociales y agencias,
 - Meta. Conformación de amplias redes de alianzas entre servicios, gremios y academias.¹¹²

¹¹¹ La OMS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio En septiembre de 2000, 189 Jefes de Estado adoptaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, que después dio lugar a una hoja de ruta en la que se establecen objetivos por alcanzar para 2015. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se basan en acuerdos concertados en conferencias de las Naciones Unidas celebradas en la década de los noventa y representan compromisos tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo.

¹¹² Reunión Regional de Jefes de Programas de Salud Oral OPS OMS La Habana, Cuba, 22 de Abril de 2004 (Documento WWW) Recuperado: <http://www.sld.cu/galerias/doc/uvs/saludbucal/relato.doc>.

Estas metas planteadas por la OMS junto con la Estrategia de Atención Primaria son el encuadre necesario para la generación de Políticas de Estado donde la salud bucal sea parte del sistema de salud. La formación debe estar centrada en estudios epidemiológicos que definan los problemas de salud de la población. Implementando programas de Promoción y Prevención de la Salud Bucal con un enfoque interdisciplinario y multisectorial con los cuales comenzara a disminuir la prevalencia en la morbilidad buco-dental

- Cambiar el eje de atención solo de la enfermedad para posicionar a la Odontología en la preservación de la salud bucal de las personas sanas
- Impulsar efectivamente un sistema de Vigilancia epidemiológica de la salud bucal

5. Consideraciones de la OMS sobre el Sistema de Salud Argentino, antes de la crisis del 2001.

La OMS planteaba en un informe anterior a la derogación de la ley de convertibilidad que la inversión en salud en Argentina era muy alta, con más de 800 dólares por habitante y por año y un 9% del P B I. Era el país con el mayor gasto en salud de América Latina. En el análisis mencionado planteaba el alto nivel de formación de los RRHH, en cantidad y calidad. Que contaba con una adecuada oferta educativa (grado y post grado). Que su capacidad (instituciones y nº de camas) era importante Pero todos estos recursos, humanos, físico y financiero no confluían en un Sistema de Salud eficiente, equitativo y coherente. Los servicio de prestación de salud son diferente en consonancia de la provincia de la que se trate En comparación con otros países con menores ingresos, gasto y recursos por habitantes, como Chile, Uruguay, Cuba y Costa Rica la Argentina presenta indicadores sanitarios desfavorables resultando así evidente la necesidad de introducir cambios que den al Sistema de Salud una mayor equidad y eficacia, sin la necesidad implícita de una mayor inversión.

La Argentina ha estructurado su sistema de salud en un modelo de atención medicalizado que en las últimas décadas ha desarrollado el sub. Sector privado con un sistema de alta complejidad y tecnología que en términos del antropólogo Menéndez se denominó "modelo médico hegemónico" y que impregno todas las disciplinas del área salud. En esos años la inversión era alta, las políticas financieras del gobierno peronista (un dólar un peso) nos hacia sentir que éramos parte del 1º mundo, sin embargo a pesar de la alta inversión en salud durante ese periodo se plantearon graves problemas de financiamiento en algunas áreas y sectores, que ponía en evidencia la mala distribución de los recursos. Las posibilidades de acceso y uso de los recursos variaban y varían notoriamente según el sector social o la región del país de que se trate.

Para enfrentar la emergencia sanitaria, cuya manifestación más crítica era la imposibilidad de acceder a servicios de salud y medicamentos, el Ministerio de Salud reorientó en 2002 fondos de los programas de financiamiento externo para la compra de insumos críticos, previo acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

El sueño neoliberal llegaba a su fin, esta falsa concepción mercantilista de que el mercado regule la oferta y la demanda en una sociedad prebendaria y de capitalismo salvaje como era la Argentina de los noventa solo podía finalizar con la quiebra del país.

¿La población tiene conocimiento y acceso a un tratamiento de su salud oral?

¿Un Estado Nacional que no se involucra en políticas activas en salud, puede responder a la demanda social?

¿Una realidad socio-económica que plantea situaciones de indigencia en la mitad de la población de un país, pueden los ciudadanos pensar en su salud?

Estos son interrogantes que en la Argentina del 2002 no tenían respuesta.

ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO NACIONAL DE SALUD

La organización de la salud debe estar estructurada según un Servicio Nacional de Salud único, público, gratuito y eficiente, que abarque, aumente y remodele todos los servicios públicos actuales y al mismo tiempo coordine y de lineamientos generales para todo el país, conjugando a la vez una dirección centralizada en cada región en lo que se refiere a aplicación y control, al mismo tiempo que descentralizando sus funciones ejecutivas y la aplicación de las orientaciones generales. La regionalización implica organizar en regiones sanitarias que sean autónomas, que se basten a sí mismas, disponiendo de todos los medios necesarios para la atención de la población. En general la regionalización implementada tuvo sólo que ver con criterios de contigüidad geográfica y apuntaba a la manipulación del paciente, en términos generales tendió a aislar a los pacientes agrupándolos de acuerdo al área de procedencia.

Esta concepción no tiene en cuenta al Sujeto para su tratamiento, sino que se lo acomoda a un ordenamiento administrativo al que el paciente termina sosteniendo en virtud de su patología, perdiéndose el paciente como Sujeto.

La regionalización que sostenemos sería aquella que tenga en cuenta las distintas estructuras sociales, económicas, históricas, comunicacionales, culturales. Sólo con estudios de este orden se podrá trabajar a nivel asistencial, pensando la estructura de un Sujeto producto y productor de esa realidad. Más aún es imprescindible esta regionalización si salimos de lo únicamente asistencial para generar trabajos de Prevención, donde, evidentemente, sólo sería visible considerando las pautas de comunicación social y las características culturales

Desde la antigüedad se ha abierto paso en el mundo científico una corriente del pensamiento que busca una explicación de la causa, etiología, naturaleza de la salud-enfermedad, su tratamiento y prevención a través de la comprensión del organismo como ser individual y de igual manera su interacción con el medio natural y social.ⁱ

Al analizar los cambios esperados en el Sistema de Salud la prioridad debería estar dirigida a mejorar la equidad del sistema y a la búsqueda de una cobertura universal. El acceso al sistema debería basarse solo en la necesidad de la utilización de los servicios, en tanto el financiamiento debería estar sustentado por un concepto solidario en el que los aportes estén relacionados con la capacidad de pago de cada uno

De forma similar será necesario fortalecer la capacidad institucional para la gestión y operación de programas de prevención y control de problemas y factores de riesgo a la salud, haciendo especial énfasis en el abordaje a través de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

ALGUNOS LINEAMIENTOS ELEMENTALES EN POLÍTICA DE SALUD

Aldo Neri plantea en su libro *Salud y Política Social*, el estado de las políticas públicas en salud en la Argentina, en el mismo describe sobre utilización y subutilización simultánea de los recursos en salud,

- ↳ la anarquía de la conducción,
- ↳ la multiplicidad de jurisdicciones,
- ↳ la irracionalidad en las prioridades de acción,
- ↳ la insatisfacción de usuarios y prestadores.

Este un análisis realizado por el ex ministro radical hace 30 años, pero la realidad de la Argentina actualiza estos ítems y le dan vigencia en el análisis de las Políticas en salud.

Una primera etapa debe estar signada por la elaboración de un **diagnostico de situación** del estado de los **recursos humanos, materiales y financieros de la totalidad de los efectores** del subsector público afectado a Salud Bucal.

Dentro de esta etapa, el **análisis e investigación de la estructura administrativa** se plantea como importante en lo referente a la **planificación, dirección y control del sector estatal**. **No existe una estructura de coordinación y organización que formalice la relación entre los distintos efectores públicos de distintas jurisdicciones** (Provincial, municipal). Un adecuado nivel de coordinación entre efectores Provinciales y municipales derivaría en primer lugar en una mayor eficiencia y eficacia en las prestaciones con la consecuente reducción de costos y tiempo. **La demanda de asistencia proviene de poblaciones que están más allá de los límites jurídicos - políticos Provinciales y/o municipales** un ejemplo es la ciudad de Rosario que presta servicios de salud dentro de un área de influencia ,que bordea y penetra distintas jurisdicciones Provinciales por lo cual es importante.

- Establecer el grado y las **características de la coordinación** (si existiera) **entre las jurisdicciones** Provinciales y municipales del subsector público de salud.
- Relevar las **experiencias concretas de integración** que puedan haberse desarrollado a nivel del Municipio
- Establecer la presencia y **características de obstáculos**, producido **por la participación de los diferentes actores** políticos partidarios y **corporaciones** en las distintas jurisdicciones.
- **Producir elemento e insumos** que aporten al **proceso de integración Provincial** basado en un programa de atención de la salud , del cual se desprenderán las acciones que darán contenido a un Plan de Salud Bucal desarrollado a partir de la participación de los diversos actores políticos, sociales y profesionales que están vinculado al sector.
- **Actualizar los datos estadísticos y epidemiológicos en el área de Salud Mental**. En la Pcia. de Santa Fe, presenta indicadores de salud y perfiles epidemiológicos diversos ; por un lado los sectores urbanos coexisten pautas de enfermedades propias de los países desarrollados y en sus cinturones de pobreza enfermedades de los denominados países subdesarrollados

No existe un Plan de Salud que coordine y racionalice los efectores Provinciales y municipales, ni la derivación, asistencia y prevención de las patologías prevalentes en la región, lo que implicaría un grado importante de optimización de los servicios, ganando en eficacia y eficiencia.

Para el éxito de un programa de Promoción y prevención es fundamental la participación y coordinación de los distintos actores sociales y políticos. El Ministerio de Salud en base a estudios socio epidemiológicos del país instrumentar un plan nacional de Salud Bucal que en coordinación con los ministerios provinciales instrumenten la aplicación del programa en cada pcia... La coordinación con los 3 subsectores a través del PMO. La coordinación interministerial en las Pcias entre los Ministerios de Salud y Educación y las Universidades para plantear un programa de formación de formadores entre los maestros y directores de Escuelas. Las experiencias desarrolladas en el extranjero y en nuestro país demuestra la importancia de estos actores sociales. Garantizar la llegada a los lugares más lejanos del país. Existen experiencias como la que realiza la Facultad de Odontología de Rosario en áreas rurales y/o desérticas en el norte del país. Para la realización de un Programa de asistencia y prevención de esta envergadura es importante las características socio culturales de la región donde se intente implementar el programa. Asociando el mismo a los referentes locales o en sectores mas primitivos con los chamanes de la zona. Creando una red de trabajo

En Argentina los espacios en Salud Bucal no son asistencialismo vs. Prevención, porque la asistencia es la 1º medida preventiva de la enfermedad

LA SALUD PÚBLICA MUNICIPAL EN ROSARIO

La Salud Pública Municipal abarca distintos niveles de atención, desde sus centros de atención primaria ubicados en los diferentes distritos de la ciudad, hasta su maternidad y hospitales de mediana y alta complejidad.

Estos efectores atienden más de 1.400.000 consultas anuales e integran una red de servicios donde el paciente es atendido y orientado según sus necesidades.

Los Centros de Salud ejercen una responsabilidad activa en relación a su área de influencia, potenciando el contacto con la comunidad. Están insertos en seis distritos y cuentan como mínimo con los cuatro servicios básicos; Tocoginecología, Obstetricia, Pediatría y Clínica general, habiéndose hecho ya algún tiempo en algunos de ellos, servicios tales como, Odontología, Salud Mental y Fonoaudiología, entre otros.

La salud Pública Municipal si constituye además con los hospitales polivalentes de mediana complejidad ubicados en distintas zonas de la ciudad, la maternidad y hospitales de alta complejidad, efectores que han ido siendo ampliados, remodelados y equipados según las necesidades.

A estos efectores se le suma el CEMA (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias), que a través de la atención médica especializada ambulatoria sirve de apoyo a Atención Primaria de la salud, constituyendo un elemento fundamental, junto con la construcción del nuevo HECA (Hospital de Emergencias Dr. C. Alvarez) en la reformulación del modelo de atención. Este modelo de atención, se apoya en metas claras como el fortalecimiento del funcionamiento en redes y la constitución de equipos interdisciplinarios, con el objetivo de tornar más eficaz la respuesta social a las necesidades de salud de la población.

La aplicación de la estrategia de APS ha permitido en el campo de la Odontología pasar de un modelo asistencial (exodoncia) con el efecto básicamente mutilador, a un modelo de asistencia, prevención y educación para la salud. Se incluye por 1º vez un Odontólogo, junto con médicos de cabecera, pediatras, enfermeros y asistentes sociales.

En los centros de salud se realizan la primera atención, se trabaja en prevención, en educación para la salud

La Provincia de Santa Fe esta dividida en áreas sanitarias, la ciudad de Rosario se encuentra en el Area 8 En relación a la Odontología la Dirección Provincial de Odontología esta en el Distrito de Salud Bucal II, el mismo consta de un Jefe de la Zona Sur.

En el plano municipal la ciudad de Rosario, esta dividida en 6 distritos, en lo referente al sector Salud la misma esta dirigida por la Secretaria de Salud Publica dentro de la misma se encuentra la Dirección de Salud Bucal.

Haciendo una síntesis de lo trabajado con la Dirección de Salud Bucal de la ciudad de Rosario podemos concluir en el sentido social que atraviesa la practica publica de la Odontología en el Sector Publico, donde la crisis socio-económico que aun atraviesa a nuestra sociedad encuentra cobertura para ser asistido a la población mas cadenciada o que fue puesta fuera del sistema en la hecatombe del 2001. Plantea una cobertura social donde la primera actividad preventiva es asistir y esto no es contradictorio porque implica asistir la patología pero prevenir y sostener la mayor cantidad de piezas dentales. La prevención, la educación para la salud no

entra en colisión con la asistencia sino que son distintos momentos de la acción en salud. En palabras del Dr. Barat "Todos necesitan prevención y educación para la salud, no necesita atención sólo aquel que tiene un agujero en la muela, necesita atención odontológica también aquel que tiene la boca sana."

En las entrevistas aparece con nitidez esta dialéctica que no es antitética que es asistencialismo – prevención y que atraviesa todas las practicas profesionales en el campo de la salud. En una sociedad de corte neoliberal como Argentina el principio de rentabilidad esta presente en el acto de las profesiones del área de salud. Pero no debe ser el mercado quien marque cual practica es mas importante o no, sino el principio ético, el juramento hipocrático, el ejercicio de una profesión que tenga por principio máximo asistir, curar y prevenir, la secuencia que enuncio no es azarosa sino que la realidad de nuestro país implica esa modalidad, esos tiempos. En palabras del Dr. Omar Villareal "Muchas veces lo justo no es equitativo y otras veces, lo equitativo no es justo".

Los Odontólogos se forman en la creencia que ejercerán su profesión en forma liberal, pero hace varios años que esta profesión dejo de ser liberal para pasar a ser una practica profesional regida por las leyes de mercado, oferta y demanda. Como se posiciona un reciente egresado de la Facultad ante las obras sociales, ante las pre pagas, ante los seguros de salud, ante las mutuales, ante los sindicatos, ante los dueños de nuestras practicas. Las corporaciones "regulan" el mercado y por lo tanto nuestra vida profesional, esta realidad es producto de una trama compleja de regulaciones que entorpecen el ejercicio y las relaciones entre profesionales. Hoy existen infinitos ejemplos de cambio, de modificación del statu quo, la Dirección de Salud Bucal de la ciudad de Rosario, la Facultad de Odontología de la UNR. Plantean una formación y ejercicio de la profesión vinculada a las necesidades de la población, buscando el bien social, sincerando la relación con el sistema, definiendo formación y políticas en salud en relación a la comunidad, a los 3 subsectores brindando cobertura de salud para todos

Durante siglos se planteo como verdad absoluta que la tierra era plana, que la sostenían elefantes gigantes, pero hubo hombres que plantearon que no era así, Copernico y Galileo

El planteo no es negar la realidad, el mercado existe, sino transformarla, desprendernos de prebendas si las tuviéramos, animarnos a lo incierto de la defensa de los que no tienen acceso.

La práctica privada en consultorio ha generado un modelo de profesional donde la relación Odontólogo- paciente transcurre entre las presiones de los aranceles de las obras sociales y el "encierro" de esa modalidad de trabajo. Pareciera ser que su práctica individual, encerrada en su consultorio le permite tener algún grado de seguridad. En esta investigación este sesgo atravesó todos los pedidos de entrevistas, donde algunos funcionarios no nos concedieron entrevistas, donde algunos docentes nos dijeron que iban a contestar el cuestionario y no lo hicieron. Es una actitud de resistencia, ¿a que? Es una actitud defensiva ¿Por qué? Pareciera ser un sistema de intereses desencontrados sin saber estos actores que la Odontología ya no es una profesión liberal, que fue la última.

CAPITULO VIII • BIBLIGRAFIA GENERAL Y FUENTE DE DATOS

1. Saussure, F. Curso de lingüística general, Nuevomar, México, 1985.
2. Coll, A. Las ciencias sociales y la formación del personal de salud. Mimeo. 2000
3. Vasilachis de Gialdino, I. Método cualitativo I. Los problemas teórico-epistemológicos Centro Editor de América Latina - Buenos Aires 1992. Citado por Irene Vasilachis de Gialdino.
4. Lain Estralgo, P. Antropología Médica, Barcelona, Salvat. 1984
5. **Goirena J de Gandarias y B. Gorriacho Gil. Evolución histórica de la Salud Pública y Legislación**
6. Lerman, S. Historia de la Odontología Tercera Edición. Edit. De Mundi Año 1974
7. Bagur, D. Apuntes de historia de la Odontología Revista del Museo 1989- Tomos Nº 3,4,5,6,7,8,9,y 11
8. Tudesco, J.C. Industrialización y educación en Argentina DEAL, Marzo 1978.
9. Lejarra, P. La Reforma Universitaria (1918 - 1932) en La clase media en el poder Colección Historia Integral Argentina. Tomo Nº 6 Centro Editor de América Latina. 1974
10. Patrone, J. La Escuela dental de Buenos Aires Comunicaciones al VI Congreso Dental Internacional. Londres, Agosto 1914. Imprenta "La Odontológica" Madrid.
11. Novarese, I. y Alessio, A. La Odontología como óptica científica, como lenguaje, como relación interhumana inédito. Trabajo presentado como producción final Curso sobre Metodología de la Investigación. Fac. de Odontología. 1998.
12. Neri, A. Claves de Política Social.- Editores Miño y Dávila Bs As 2004.
13. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales CESS Asociación Médica de Rosario. Estructura y dinámica ocupacional del médico. Rosario 1978
14. Equipo de investigación del CESS. Mercado de Trabajo y médicos de reciente graduación. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud 1990
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud – la salud bucal – Programa HSD de la OPD. Washington, 1993
16. OMS. La atención primaria de la salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra 1978.
17. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud. una antología. Publicación científica 557. Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986). Washington, 1996.
18. Siragusa, M. Schapira, M, Saenz, I, Practicas odontológicas y estrategias endodonticas alternativas". Representaciones en salud y formación de recursos humanos. Revista Iberoamericana de Educación Salud y Trabajo. Universidad Nacional de Rosario (Argentina) y la Universidad de Extremadura (ESPAÑA) Nº 2-3 – Marzo 2002
19. Gyamarti, G.1990. Salud y enfermedad. un paradigma bio-psico-social. Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas. Santiago de Chile. Ed. Universitaria.
20. Schapira, M. Proceso de profesionalización de la Odontología argentina periodo 1880 – 1940 – mimeo 2000
21. Agranatti, P. Bioética en Odontología (Parte 1) (Argentina) Enero 2001 (Documento www). Recuperado: <http://www.odontomarketing.com>
22. Podestá, A. F. La Odontología hacia el tercer milenio Argentina. (Documento www). Recuperado: <http://www.odontomarketing.com>.
23. Follari, R. Interdisciplinariedad, Ediciones Ensayos, UAM, México 1982.
24. García, R. Interdisciplinariedad y sistemas complejos en FEF, E.(comp.) "Ciencias Sociales y Formación Ambiental" I, Ed. Gedisa, UNAM, Barcelona 1994.
25. Testa, M Saber en salud - La construcción del conocimiento- Editorial Lugar, Bs. As. 1997
26. Stolkiner, A. La interdisciplina. entre la epistemología y las practicas guardada en el caché de la (Documento WWW). Recuperado: <http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm> Abril 1999
27. Coria, K. Significados y sentidos de la interdisciplinariedad. claves para la práctica investigativa (parte I) Buenos Aires 2005.(Documento www) Recuperado. <http://www.sai.com.ar/KUCORIA/interdisciplina.doc>.
28. Odontología y prevención del cáncer oral. (Documento WWW) Recuperado: <http://www.geodental.net> Redacción de Geodental. Artículo publicado el 12/12/2001. Reichart PA. Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures. Clin Oral Invest 2001; 5:207-213.
29. Redacción de Geodental Actualidad científica Relación entre salud oral y tasa de mortalidad. Artículo publicado el 23/07/2003. (Documento WWW) Recuperado: <http://www.geodental.net> redaccion@geodental.com

30. Jansson, L. Lavstedt, S. Frithiof, L. Relationship between oral health and mortality rate. *Clin Periodontol* 2002; 29(11).1029-1034.
31. Las infecciones bucales aumentan un 25% el riesgo de problemas coronarios. Artículo publicado el 14/01/2001. (Documento WWW) Recuperado: <http://www.geodental.net> Redacción de Geodental redaccion@geodental.com
32. Schapira, M. La Odontología en Argentina. Del Curanderismo a la consolidación profesional. UNR Editora. Rosario. Año 2000.
33. Nivel socioeconómico, embarazo y enfermedad periodontal. (Documento WWW) Recuperado: <http://www.geodental.net> Redacción de Geodental artículo publicado en el *Journal of Periodontology* 2002.
34. Yalcin, F. Eskinazi, E. Soydinc, M. Basegmez, C. Issever, H Isik, G. Berber, L. Has, R. Sabuncu, H. Onan, U. The Effect of Sociocultural Status on Periodontal Conditions in Pregnancy. *J Periodontol* 2002; 73(2).178-182.
35. Menéndez, E. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Revista CESS*, 1982
36. Ravaglia, C. Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad. (Documento www) Recuperado: cravaglia@arnet.com.ar 2001
37. Kornblit, AL. Mendez Diz, A. M. La Salud y la enfermedad. Aspectos biológicos y sociales Buenos Aires. Aique.
38. Ferrara, F. Teoría Social y Salud Catálogo Editora 1985
39. Neri, A. Salud y Política Social Hachete Editora 1983
40. Breihl, J. La Salud y la enfermedad como hecho social; un nuevo enfoque Editorial Nacional Quito. 1990
41. Laurell, Asa C. Algunos problemas teóricos y Epidemiología social México 1987.
42. Castellano, P. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación se salud. OPS Boletín Epidemiológico ISSN 0255-6669 Vol. 10 N° 4 Washington OPS 1990.
43. Pierret, J. Hwezlich, C. La construcción social del enfermo Cuaderno Médico Sociales Centro de Estudios Sanitarios y Sociales CESS. Asociación Médica de Rosario. Rosario 1992.
44. Menéndez, E. Morir de alcohol. México. Alianza 1991.
45. Bourdieu, P. Razones Prácticas. sobre la teoría de la acción. Barcelona. Anagrama. 1997
46. Belmartino, S. et al. Corporación Médica y poder en Salud. Argentina, 1920-1945. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. OPS. 1988
47. Robere, M. Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud. O.P.S. (Organización Panamericana de Salud) Washington. D.C. 1993.
48. Selva Suárez, L; Ochoa, A. Concepciones de salud y estrategias de intervención. Carácter histórico Dpto. de Medicina General Integral. FCM Correo Científico Médico de Holguín 2002. Cuba
49. Dávila, A. ¿Es eficaz un proyecto odontológico basado en una filosofía y un método pensado en la salud y no en la enfermedad? (Documento www). Recuperado: <http://webodontologica.com> 2000 Bs. As
50. Saenz, I. Epistemología, subjetividad y salud *Revista Iberoamericana de Educación Salud y Trabajo*. Universidad Nacional de Rosario (Argentina) y la Universidad de Extremadura (ESPAÑA) N° 0 – Abril 1999.
51. *Revista Institucional y Científica de la Facultad de Odontología de Rosario (FOR)*- Decano. Dr. Rogelio Antonio Fissore. (Documento www) Recuperado: revistafor@hotmail.com.
52. *Revista de la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA)*. Presidente Dr. Hugo Alvo.
53. *Revista, "Espacio Odontológico "*, revista de la Asociación Odontológica de Rosario (ASOR). (Documento www) Recuperado: asor@cyberia.net.ar
54. *Revista "OH". Odontología Hoy*. (Director científico. Dr. Omar Althabe)
55. *La Organización Panamericana De La Salud y El Estado Colombiano*. Cien Años De Historia. (Documento www). Recuperado. http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/_ftn1#_ftn1
56. *Diseño de una metodología para la planificación de Recursos Humanos del Sector Salud – Consulta de Expertos*. (Documento www).Recuperado: http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/_ftn1#_ftn1
57. Mera, J. Número y distribución de médicos en la Argentina. *Medicina* (Buenos Aires) 1978
58. Zaldueño, E. A. et al. Oferta de mano de obra especializada universitaria y técnica de la República Argentina. Editorial del Instituto Di Tella, Buenos Aires 1962

59. OPS/OMS. Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo, Buenos Aires, Publicación Nº 43, 1995
60. Observatório (Documento WWW) Recuperado: <http://www.observatorio.rh.tripod.com>
61. Ministerio de Cultura y Educación. Ley de Educación Superior Buenos Aires, 1995
62. Canguilhem, G. Lo normal y lo patológico Siglo XXI Argentina Editores, Bs. As. 1971
63. Schapira, M. La práctica odontológica, su lugar en las prácticas del campo de la salud, construcción histórica y sistemas de representaciones Inédito Informe anual de su investigación. 1996
64. Fernández, E. Regímenes alimenticios en la prevención de caries dentarias Revista del Circulo odontológico de Rosario. Nº 1 al 4 Enero a Diciembre de 1947.
65. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud - Organización Panamericana de la Salud (2da. ed. 25 de febrero de 2002)
66. PNUD 1996 Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
67. Padula, C. Sistema Sanitario en la Republica Argentina mimeo 1999
68. Neri, A. La Reforma del Sistema de Salud Cuaderno Médico Sociales Centro de Estudios Sanitarios y Sociales CESS. Asociación Médica de Rosario. Rosario 2000
69. Belmartino, S. Transformaciones internas al sector salud. La ruptura del pacto corporativo, Desarrollo Económico, 35, 137.83-103, 1995.
70. Belmartino, S La Reforma de la Atención Médica en Argentina
71. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Superintendencia de Riesgos del Trabajo. "Boletín mensual", Buenos Aires, Año 1, Nº 1, 2 y 3, 1996
72. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America. A Report of the Surgeon General-- Executive Summary. Rockville, MD. US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
73. Ultimo informe de la OMS sobre el estado de salud bucodental en el mundo Geodental. Actualidad científica (Documento www).Recuperado: <http://www.geodental.net/article-7121.html-17/03/04>
74. Tejada de Rivero, D. Alma-Ata 25 años después Organización Panamericana de la Salud. 2003
75. CD Hospital Escuela Facultad de Odontología de Rosario FOR UNR 2002. (Documento www). Recuperado: info-odonto@fodonto.unr.edu.ar
76. Córdoba. Universidad es el principal efector de salud dental de toda la ciudad. (reportaje a Nelson Rugani) Artículo publicado en el diario de Córdoba La Mañana. Edición del 13 de Junio de 2002.
77. Dentistas. Lista de Discusión Gremial para Odontólogos. Documento."Empresas versus Salud". (Documento www) Recuperado: <http://dentistas.freeservers.com/1>
78. Kreisler, Débora Ethel Relación Paciente-Profesional. (Documento www). Recuperado dentistas-owner@egroups.com
79. Kreisler, Débora Ethel.. Odontóloga y estudiante de Derecho y Ciencias Sociales Noticiero AOA año IX Nº 1 Marzo/Abril 1998 pág. 5. Carta de lectores. El Odontólogo y la problemática profesional.
80. Kreisler, Debora. Empresas versus Salud. Marzo 2001. Argentina (Documento www). Recuperado: <http://www.odontomarketing.com>.
81. Citado por Ortiz Nicolás en Crisis de la profesión (Documento www). Recuperado: <http://www.costosenOdontología.ya.st/>
82. Reunión Regional de Jefes de Programas de Salud Oral OPS OMS La Habana, Cuba, 22 de Abril de 2004 (Documento www). Recuperado:<http://www.sld.cu/galerias/doc/uv/saludbucal/relato.doc>
83. Fernández, E. Regímenes alimenticios en la prevención de caries dentarias Revista del Circulo odontológico de Rosario. Nros. 1 al 4 Enero a Diciembre de 1947.
84. Friedenthal, M. Diccionario Odontológico. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Año 1981.

NOTAS

1. realizado sobre una muestra de los Odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la UNR. 2002
2. En la cátedra Residencias Clínicas de Pre Grado (de la que soy su profesor titular) existen distintos lugares de formación que abarca un espectro que va desde las distintas concepciones clínicas, salud colectiva, etc... , hasta el trabajo en investigación en distintas área vinculadas a la salud. Los residentes a través de su historia académica pueden elegir el área donde desarrollar su práctica. En este caso es el área XIII de investigación en el cual están los distintos proyectos de investigación en la cátedra a mi cargo. Los residentes son formados en la aplicación de las distintas técnicas a aplicarse en el trabajo de campo.
3. U.N.L. Memoria sobre la fundación y desarrollo de la Escuela de Odontología e inauguración de su edificio propio. U.N.L. año 1925
4. Consigna lanzada por la OMS "Salud para todos en el año 2000"
5. Declaración Universal de derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en resolución 217 A (III) de 10 de Diciembre de 1948 Artículo 25 Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
6. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.
7. Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología (CIE-OE). Tercera edición Esta publicación tiene por objeto proveer bases prácticas y convenientes para codificar y clasificar datos relativos a los trastornos bucales y dentarios. En ella se incluyen todas las enfermedades y trastornos que se presentan en la cavidad bucal y estructuras adyacentes
8. CD Hospital Escuela Facultad de Odontología de Rosario FOR UNR 2002.
9. En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS. Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
10. Universidad Nacional del Litoral – Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y ramos menores- Plan de Estudio de la Escuela de Odontología. Imprenta de la Universidad- Santa Fe- 1938
11. Fundamentos del Proyecto de plan de Estudio para la Escuela de Odontología preparado para la comisión ad-hoc, de acuerdo a las normas e estructuración aprobada por el Consejo Consultivo - Facultad de Medicina – UNL 14- -5- 57
12. Resolución de la H. Asamblea Universitaria con fecha 22 de Julio de 1959 Firmada pro Oscar Marótolí - Decano y Francisco Pendido – Secretario Facultad. Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario
13. Decano Interventor Dr. Juan Carlos Millet Facultad de Odontología UNR 1985
14. Cátedra Odontología Social II. Desde Abril 1985 a Noviembre de 1990.
15. Res. 649/85 Consejero docente Consejo Académico Normalizador Consultivo. FOR UNR 1985
16. Res. 651/85 Consejero a la Comisión de Enseñanza FOR UNR Septiembre 1985
17. Res. 787/85. Aprobación del Plan de Estudio de la carrera de Odontología que regirá a partir del curso lectivo 1986. 25 de Noviembre de 1985
18. Algunos de los cuadros fueron confeccionado y sistematizado en base a un documento publicado por la OPS, el 25 de Febrero de 2002. "Perfil del sistema de servicios de salud República Argentina" Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud
19. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud - Organización Panamericana de la Salud (2da. ed. 25 de febrero de 2002)
20. Sea cual sea la suerte de los ahorristas, que aún siguen movilizados y con acciones en la justicia extranjera, por ej. en España y EEUU, la desconfianza de la sociedad en el sistema financiero se expresa en una impresionante baja de la actividad de los bancos.
21. La base del cálculo de la pobreza, según el INDEC, es una familia de cuatro integrantes en que el ingreso total no supera el equivalente a 160 dólares mensuales.
22. Entre los establecimientos sin internación se incluyen aquellos que cuentan también con internación breve u hospital de día.
23. Entrevistas al Director de Salud Bucal Dr. Eloy Barat y a la Dra. Eva Banquer Jefa de Odontología Preventiva. Secretaria de Salud Pública – Municipalidad de Rosario Agosto 2004.
24. Universidad Nacional de Rosario - Programa de Atención Primaria y Educación para la Salud – Facultad de Odontología Año 2002.
25. Plan de estudios de la carrera de Odontología, Expediente Nº 14062 -Resolución Nº 787/85.
26. Grupo de dentistas voluntario que aplicaron durante 4 años un Programa Preventivo de Salud Oral para Niños Escolares de Santa Fe su Director el Dr. Hugo Rossetti, el co director Dr. Fabio Bottan y como miembro los Dres. Ma. Victoria García, Valeria Nepote, Jorge Rodríguez Zia Marta Scavuzzo, Lorena Spiler, Simon Sipler y Maria Rosa Perales.
27. La OMS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio En septiembre de 2000, 189 Jefes de Estado adoptaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, que después dio lugar a una hoja de ruta en la que se establecen objetivos por alcanzar para 2015. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se basan en acuerdos concertados en conferencias de las Naciones Unidas celebradas en la década de los noventa y representan compromisos tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo.