



Incidencia de la Salud Bucal en el Desarrollo Humano.

Martha Siragusa

 msiragus@gmail.com

Recibido: Diciembre 2015 – Aceptado: Marzo 2016

Posdoctorando
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
SECRETARÍA DE POS GRADO
POSDOC Modalidad interdisciplinaria

I - Marco Histórico

El advenimiento de la democracias en 1983, le proporciono a la Universidad la posibilidad de recuperar su autonomia y de pensar en una reforma curricular.

En el area de salud, la odontologia enfrento un importante desafio que la llevo a una activad progresista para ese momento. Bajo la consigna "democratizar la salud", vio la necesidad de autoevaluar la formacion profesional de ese momento. Para cumplir con esos objetivos, se comenzo con una tarea de taller en el seno de la comunidad universitaria.

Debía reflexionarse con las propias actividades docentes y su disconformidad con la relacion con los alumnos.

De esa experiencia, surgio como primera frustracion, la falta de valoracion de la odontologia como una ciencia de la salud. Estaba muy arraigado el concepto de "ramas menores de la medicina". Asociado a practicas antiguas realizadas por brujos, hechiceros y barberos. La sociedad no reconoce a los problemas odontologicos como un problema de salud.

Reconocida la necesidad institucional de un cambio curricular y con las consignas: "democratizar la salud"; "democratizar el conocimiento" y "democratizar la relacion odontologo-paciente, se comenzo con la construccion de un nuevo paradigma. Tratar de cambiar el modelo medico hegemonico imperante.

Referido a la consigna democratizar la salud, se penso en establecer cuales eran las practicas odontologicas minimas que debias ser prestadas por el estado a toda la poblacion. Se acunaron los conceptos de Estrategias de Atencion Primaria, que apuntalan la prevencion mas que a la curacion. Esto tambien significo una lectura critica al avance tecnologico y a su aplicacion racional.

Se incorporo un verdadero trabajo interdisciplinario, involucrado a expertos del area social a fin de interpretar al paciente como una realidad biopsicosocial. Reconociendo que los conceptos Salud-Enfermedad son procesos dinamicos de factores etiologicos complejos. Si se entiende a la Salud como un estado de confort fisico, economico y social, se entendera entonces la necesidad de enfoques diversos. No se trata de apropiarse de los saberes del otro, sino que con el otro resolver los problemas, cada uno aportando sus propias dimensiones.

Referido a los objetivos de Democratizar el proceso de Ensenanza Aprendizaje, se trabajo en otro eje importante. Cambiar la tradicion de una universidad napoleonica y enciclopedista, por un paradigma critico y reflexivo. Se establecieron criterios para determinar los contenidos curriculares minimos que debian administrarse en la formacion de grado y su articulacion coherente con el post grado. Fortaleciendo los conceptos de prevencion. Al respecto me arriesgo a pensar que fue uno de las

mayores dificultades. Se debía inferir en el desarrollo de la industria farmacéutica y de tecnologías. Sino que lo más crítico fue enfrentar a las Obras Sociales. Las mismas y hasta el momento presente no han mejorado los aranceles de las prácticas preventivas sobre otras prestaciones mutilantes. Un ejemplo claro son los implantes dentales que hace que los profesionales prefieran facturar esos códigos a los de prevención.

Sin embargo me parece que el problema es más complejo y que también se relaciona con las representaciones que la población le asigna a la odontología como problema de salud. En un trabajo de investigación por nosotros realizados, se determinó que en muchos casos el motivo de consulta es referido al dolor. El dolor aparece como movilizador inmediato para la búsqueda de ayuda pero a veces es tarde para realizar tareas menores. Desde el punto de vista biológico, el complejo pulpo dentinario, tiene características morfológicas y funcionales que lo hace diferente a los otros tejidos mesenquimáticos del organismo. El dolor juega un rol importante en la comprensión de las funciones dentarias. La buena formación profesional se basa fundamentalmente en saber realizar un diagnóstico minucioso del dolor. Saber diferenciar el dolor fisiológico del patológico. Es la llave del éxito en la planificación estratégica de un protocolo de tratamiento.

Democratizar el saber

Profundizando este eje, y para cumplir con los requisitos del cambio curricular, cada asignatura debía establecer los contenidos mínimos y esenciales que en la formación de grado debía contener el programa analítico y de exámenes. Es decir determinar los conceptos teóricos universales, esos que forman la arquitectura básica del conocimiento específico. Debieron determinarse en que otras áreas de conocimientos le brindaban soporte conceptual y a quienes endodoncia brindada articulación teórica. Finalmente se analizó y articuló los contenidos de la formación de grado con los contenidos del post grado (Se crea la Carrera de Post grado de Especialización en Endodoncia, con un plan de estudio formal). Esta propuesta académica fue la primera actividad del país y cambió el paradigma de formación permanente vigente al momento.

En este concepto eran las instituciones no formales las que administraban los cursos de post grado sin estar insertos dentro de un programa racionalmente completo.

Otro aspecto importante, desprendido de ese primer taller, y frente a la queja docente de que los alumnos no saben articular los conceptos teóricos a la actividad de las prácticas clínicas, se avanzó en dos aspectos importantes. Por un lado se trató de desmitificar el conocimiento científico y la actividad curricular se organizó en módulos teóricos prácticos de carácter presencial obligatorio. Se trató de articular el concepto teórico previo a la aplicación clínica y que el abordaje clínico fuese de tareas simples a protocolos de mayor complejidad.

Referidos a la relación docente alumno. La apertura democrática, obligó a la universidad a enfrentar desafíos creativos ocasionado por el aumento de la matrícula producto del ingreso irrestricto. Como nuestra experiencia se desarrolló en el último año de la carrera, la deserción preocupante que ocurría en los primeros años de cursado. Nuestro mayor conflicto se generó con la infraestructura. Aulas clínicas programadas para 80 alumnos que recibieron alrededor de 250 alumnos. A eso se le sumó la obsolescencia de la infraestructura.

También se tuvo en cuenta la necesidad de fortalecer la figura del docente. Se trabajó en aspectos pedagógicos (demanda espontánea) y en la formación específica odontológica. Se logró que la mayoría de los docentes pasaran a cargos docentes de semi dedicación y la mayoría de ellos fueron los primeros cursantes de la especialización en el post grado.

Con el paso del tiempo, este trabajo docente se vio reflejado en el producto alumnos. Los mismos al sentirse sólidos en su propia práctica fueron más abiertos con los alumnos. Se mejoraron las prestaciones a pacientes. Sin embargo en algunos momentos críticos el concepto de no ver al paciente como un objeto de trabajo, es decir hacer lo que el paciente necesita y no buscar solo el trabajo necesario para regularizar sigue siendo una frustración al presente. Por otro lado la Facultad de Odontología se incorpora al sistema de ciencia y tecnología. Actividad que hasta ese momento era exclusiva de las disciplinas básicas. Después de discusiones fructíferas los docentes fueron categorizados y comenzaron a participar en actividades formales de investigación tanto dentro del ámbito de la universidad como en el programa de la SPU. En mi entender este aspecto marca un cambio sustantivo en la representación social de la odontología, salimos de los ancestros esotéricos para ingresar dentro de las Ciencias de la Salud.

Democratizar el proceso de enseñanza –aprendizaje

Las reflexiones del taller, llevaron a cuestionar las cátedras feudales, donde la figura del profesor era inalcanzable y que las clases magistrales eran la mayor fuente de información. Se criticó la estructura piramidal y se intentó democratizar el ámbito de trabajo. También se señalaron las estructuras muy departamentalizadas. El nuevo plan de estudio 86 se diseñó con tres departamentos:

- 1- Básicas;
- 2- Conocimientos Odontológicos Específicos Técnicos y Clínicos; y
- 3- Odontología Social.

Los objetivos eran sincronizar y articular los contenidos para evitar la repetición de los mismos temas teóricos y como dice el adagio “cada maestro con su librito”. Los docentes presentaron mayores resistencias al cambio y con el correr del tiempo se volvieron a segmentar especialmente el específico.

Referidos a las clases magistrales, la estructura académica y su reglamento de funcionalidad no acompañaron la propuesta, ya que especifica claramente funciones diferentes para el titular, el adjunto los jefes de trabajos prácticos y auxiliares. Pero aun así se intentó realizar actividades más participativas.

El tema de las evaluaciones fue crítico y creo que al momento todavía no se ha encontrado una alternativa superadora. En lo personal creo que la evaluación tiene que ser diaria y que la figura del docente es fundamental para guiar a los alumnos en la articulación de la teoría con la práctica clínica que le toca realizar. No concuerdo con las evaluaciones escritas y menos con las de respuestas múltiples. También se señaló que la importancia del examen final como síntesis teórica del área. En este aspecto y con la intención de eliminar el bolillero, se ensayaron varias alternativas que estaban relacionadas con las condiciones para regularizar la materia. Los alumnos que rendían satisfactoriamente todas las evaluaciones parciales y cumplían con 100% de las prácticas clínicas pasaban a un coloquio final. Fueron muy pocos los que lograron ese camino.

Se intento que prepararan un tema para desarrollar en el examen final y esta modalidad tampoco fue efectiva ya que se leia solamente ese tema y se estaba muy lejos de hacer una sintesis final.

Lamentablemente se tuvo que volver al bolillero mas que nada como cierto elemento de presion.

Creo que el tema de evaluacion es todavia una signatura pendiente ya que todos tenemos cierta resistencia a ser evaluados. Solo puedo aportar que siempre estuve atenta al desenvolvimiento de cada alumno y les hacia llamados de atencion antes de que la situacion se volviera irreversible.

Adopte la dinamica de discutir el problema con todas las partes presentes: el alumno con un problema a resolver; el docente y el titular como figura mediadora. Me satisface pensar que en tantos años de titularidad solo quedaron libres aquellos alumnos que abandonaban por su propia iniciativa. Puedo decir con cierto orgullo que se solucionaron el 99,99% de los conflictos. Es meritoria la importancia del dialogo y la busqueda de soluciones como grupo de trabajo.

En los tiempos actuales uno de los mayores problemas de la comunicacion es que van cambiando los codigos generacionales y que es mas dificil entendernos mutuamente.

Democratizar la Salud

En este proposito se trabajo en concordancia con las normativas explicitadas en el Plan Nacional de Salud y las pautas emanadas de la Direccion Nacional de Odontologia. Debian establecerse las prestaciones en salud odontologica que se brindasen gratuitamente a toda la poblacion. En ese momento los presupuestos nacionales, provinciales y municipales, en su sumatoria eran mas que solventes para cubrir las necesidades de la poblacion. El conflicto fue determinar. Que? Prestaciones el Estado se comprometia en cubrir. Aqui el principal escollo lo representaron las industrias y empresas especificas. El concepto imperante era el de la restauracion y la rehabilitacion odontologica, descalificando todo lo relacionado con prevencion. Asi se plantea el concepto de las Estrategias de Atencion Primaria en Salud que senalaba los niveles de complejidad relacionado con el grado de avance del proceso salud –enfermedad. El departamento de odontologia Social comienza a crear, desarrollar y fortalecer las tareas de prevencion tanto dentro de la facultad como en las actividades extramuros. Como Institucion Publica era ademas una manera de devolver a la poblacion el sostenimiento de la educacion publica. Pero a pesar que se trabajo en una Comision integrada por docentes, y representantes de las otras instituciones odontologicas (Colegio de Odontologos, graduados) se nos acuso de enseñar la odontologia del auto Ford T. Tambien aqui la resistencia al cambio fue muy marcada y lo mas importante es que hasta el momento presente los nomencladores odontologicos desvalorizan las prestaciones en prevencion .Se paga mas la restauracion y la rehabilitacion que las practicas preventivas.

Otro aspecto interesante fue analizar la relacion paciente-odontologo. La experiencia tradicional pone al profesional en un rol incuestionable y al paciente en una actitud pasiva. Se trato de revertir esa relacion considerando al paciente en su unidad bio psico social y entender que la salud es un proceso y que su cuidado demanda el compromiso compartido de las partes y que el seguimiento a distancia es sustantivo para mantener la salud recuperada. Pero aqui tambien las pautas culturales relacionadas con la odontologia pusieron sus escollos. En un trabajo de investigacion realizado por nosotros, demostramos que la poblacion no considera a

la odontología como un problema de salud y la mayoría de los encuestados respondieron que van al dentista cuando hay dolor.

La realidad confirma esos resultados y "solo quieren que les saquen el dolor".

Con el paso del tiempo y los cambios en las políticas imperantes, esta relación se ha ido deteriorando.

El temor a los juicios de Mala Praxis ha causado un gran daño en el desarrollo de las actividades en salud. Fundamentalmente ha destruido la confianza recíproca de ambas partes. Los conocimientos actuales que aporta la biología molecular confirman que si no se logra esa confianza, el organismo generará señales defensivas que podrían atentar contra la respuesta reparativa.

Es importante señalar que la salud la recupera el propio organismo cuando el profesional hace un diagnóstico correcto, propone el mejor plan de tratamiento para esa situación y puede predecir un pronóstico en la evolución del caso. Hablar de regeneración y/o reparación sería otro tema muy extenso para desarrollar. ^(Ago R 1984) (Resoluciones CD FOR-1985-1986)

II - Marco Epistemológico

a. Lo interdisciplinar. Su conceptualización.

El concepto de interdisciplinar aparece en los años 1970 como una alternativa de innovación educativa en respuesta a la rebeldía universitaria de mayo del 68. Esta línea de pensamiento fue efectiva para dar legitimidad a las políticas universitarias pero no encontró el camino que la llevara a una propuesta académica diferente y que estableciera su marco epistemológico fortaleciendo la investigación. Esta actitud la llevo a un deslucimiento hacia los años 80 pero aparece un revivir en los años 90. Podría decirse que se esta re descubriendo conceptos ya descubiertos pero que nadie parece recordar. Direccionar hacia *Teorías sin Disciplinas* de Castro-Gomez y Mendieta 1998 parece ser una propuesta en si misma y que no requiere justificación, suponiendo que tendría una crítica a lo hegemónico. Pareciera que se desconoce que la inter disciplina surge como una propuesta de la derecha pro empresaria. Se pensara que no se trata de propuestas idénticas al pensamiento pos colonial. Se cobijan posturas diferentes entremezclando con los conceptos de multidisciplinar y transdisciplina y que deberían diferenciarse entre si.

Apostel ⁽¹⁹⁷⁵⁾ sostiene que la primera formulación explícita de la inter disciplina surge como una respuesta de pacificación a la población universitaria, con ideología precisa pero que mantuvo la suficiente ambigüedad como parecer una propuesta superadora, pero la separación de la práctica de la teoría llevo a la universidad a ligarse a las empresas en detrimento de lo científico, operando la formación hacia un perfil netamente profesional y eficiente de los empresarios privados o del Estado como un gran empresario, reprimiendo todo pensamiento crítico.

Lo transdisciplinar no es un meritorio invento liberador surgido de los pensadores poscoloniales moderno. Es una propuesta que se planteo inicialmente en épocas en que no existía ni remotamente lo posmoderno. Su búsqueda fue realizada en términos propios de una modernidad hegemónica y no de su lado crítico o negativo. La modernidad ha paseado por la historia de Occidente la idea de que el mundo es un espacio para ser dominado, para ser explotado bajo la racionalidad pragmática, dispuesto a ser objeto de cálculo racionalizante, a la pura finalidad de su dominio y de la ganancia que pueda proveer. Estas son las credenciales de nacimiento de la inter disciplina. Por supuesto, ello nada supone en cuanto a que no pudiera pensarse de otros modos bajo otras circunstancias y dentro de diferentes marcos conceptuales. Deja claro la no autorización a plantear las cosas como si nada antes hubiera sucedido, como si la apelación a lo inter o transdisciplinar surgiera aquí y ahora, como si no estuviéramos obligados a despejar equívocos y resolver conflictos de interpretación si es que queremos ocupar ese terreno.

De modo que esta vieja novedad conceptual retorna actualmente de diversas maneras. Una es la intentada por Wallerstein ⁽¹⁹⁹⁶⁾ con la Comisión Gulbenkian, en la que se hace una asunción de la actual crisis de las ciencias sociales y se aboga por una superación de las distancias entre disciplinas. La propuesta queda a medio camino entre la reivindicación de los estudios culturales y la aceptación de las propias dificultades disciplinares. Estas dos propuestas son diferentes e irreconciliables entre si.

Las razones para la superación de los límites entre disciplinas se hacen, a partir de esa consideración, antitéticas para estas dos posturas: marxismo y estudios culturales. Para estos últimos, toda noción de totalidad social esta abolida. No creen que tal totalidad exista o merezca algún tipo de referencia, con lo cual la variabilidad de los fragmentos aparece como repertorio de análisis. Tal flotación de diferencias ganaría en su mutua fecundación y combinación; en tanto, se asume que todos los géneros son laxos y por ello también lo son sus límites, que separarían las disciplinas, de modo que no se

recupera ninguna unidad previa, sino se inaugura una polifonia inedita de diferencias y acentos. Sin embargo, debe consignarse que lo inter o transdisciplinar funciona aquí como callada repetición del desorden de lo real, al pretender captarlo sin la intermediación del ordenamiento epistémico, como obedeciendo a una especie de callada naturaleza de las cosas mismas (regresando de hecho a una epistemología pre-bachelardiana, propia de inicios del siglo XX). Y así, en un gesto de supuesta superación de la modernidad, se deja de lado las exigencias constructivas de las teorías científicas como si fueran un lastre que puede abandonarse sin problemas, con lo cual lo interdisciplinar con riesgo de volverse pre disciplinar o anti disciplinar.

Para Bachelard, al igual que Bacon, encuentran elementos en el interior del intelecto que dificultan el conocimiento certero de lo real y no permiten la adecuada evolución del espíritu para que pueda pasar de un estado pre-científico caracterizado por lo objetivo, lo inmediato, lo dado por los sentidos a un estado científico caracterizado por las ciencias físicas actuales.

Frente a los grandes cambios sufridos por todas las ramas del saber el espíritu científico no puede permanecer impasible; ha de transformarse, proyectarse, crear nuevos métodos que le permitan entender y teorizar la gran revolución acaecida en las disciplinas científicas de la actualidad. Esto es de gran importancia pues los frutos de este desarrollo científico son nuevos y llega siempre la hora en que no se tiene ya interés en buscar lo nuevo en las huellas de lo antiguo, en que el espíritu científico no puede progresar más que creando métodos nuevos. Los conceptos científicos mismos pueden perder su universalidad”

El nuevo espíritu científico ha de tomar conciencia respecto a que un nuevo discurso está formulado con base en un experimento ya sea material o intelectual (recuérdese, los famosos experimentos mentales de Albert Einstein); si el resultado del experimento es nuevo, cambia o se contradice con lo que antes se esperaba, el discurso que se haga del mismo también debe cambiar. La movilidad y constante evolución de los métodos científicos es la característica del pensamiento actual, sin la que el espíritu no se puede apropiarse responsablemente del evolucionar contemporáneo de las ciencias.

Para alcanzar este grado de enriquecimiento epistemológico el nuevo espíritu científico ha de abandonar los hábitos analíticos de la experiencia que siempre ha utilizado y que en general son propios de todo espíritu pre-científico. Estos hábitos Bachelard los identifica como obstáculos epistemológicos que son barreras que se oponen a la formación de un espíritu científico.

Los obstáculos epistemológicos no se refieren a los elementos externos que intervienen en el proceso del conocimiento científico, como podría ser la complejidad o la dificultad para captar el nuevo fenómeno al modo cartesiano, en el que la causa fundamental para no poder acceder al conocimiento no radica en la mínima capacidad que tienen los sentidos para captar la realidad, sino a las condiciones psicológicas que impiden evolucionar al espíritu científico en formación.

Es de suma importancia entender que el espíritu cuando se presenta ante un fenómeno para intentar comprender las leyes que lo rigen y que le permiten existir, no se presenta desnudo, sino con una serie de prejuicios que no le permiten un contacto directo y cualitativo con la nueva realidad, dado que es entonces imposible hacer, de golpe tabla rasa de los conocimientos usuales.

Frente a lo real, lo que cree saberse claramente ofusca lo que debería saberse. Cuando se presenta ante la cultura científica, el espíritu jamás es joven. Hasta es muy viejo, pues tiene la edad de sus prejuicios. Tener acceso a la ciencia es rejuvenecer espiritualmente, es aceptar una mutación brusca que ha de contradecir a un pasado.

Bachelard identifica diez obstaculos epistemologicos.

- El primer obstaculo a superar es el de la *experiencia primera*. Esta experiencia esta conformada de informaciones que se perciben y se alojan en el espiritu generalmente en los primeros años de la vida intelectual. Esas informaciones no se pudieron someter a critica alguna, pues el espiritu se encontraba desarmado y altamente voluble dado que se encontraba sumergido en la inconsciencia del ignorar. Al no sufrir critica alguna estas experiencias primeras pasan sin tamizar a convertirse en verdades primarias frente a las que es imposible crear nuevos conocimientos que vayan en contra de las mismas. Este obstaculo se ve reforzado por el aparente capricho de la naturaleza, que nos muestra una realidad inmediata que nada tiene que ver con el fenomeno verdadero. Es por esto que el espiritu cientifico debe formarse en contra de la naturaleza, en contra de lo que es dentro y fuera de nosotros, impulso y ensenanza de la naturaleza, en contra del entusiasmo natural, en contra del hecho coloreado y vario. El espiritu cientifico debe formarse reformandose.
- El segundo obstaculo epistemologico es el *realista*, que consiste en tomar la nocion de sustancia como una realidad que no se discute y de la que parte toda una serie de conocimientos que tiene relacion directa e indiscutible con la naturaleza de la sustancia misma. Como no se puede explicar se la toma como causa fundamental o como una sintesis general del fenomeno natural al que se le asigna. Es asi como los alquimistas creian que en el oro se habian concentrado todas las bondades y propiedades caracteristicas del sol. Cosa similar sucedio con el fuego, ya que al desconocerse su genesis, se lo toma como una causa universal. En este momento una sustancia real, misteriosa, deja de, ser un problema cientifico para convertirse en la generatriz de toda la realidad.
- El tercer obstaculo es el *verbal* y se ubica en los habitos verbales utilizados cotidianamente los que se convierten en obstaculos mas efectivos cuanto mayor sea su capacidad explicativa. Es asi como un termino que aparezca claro y diafano al entendimiento pasa a ser tratado como un axioma al que no es necesario explicar. Deja de ser una palabra y pasa a ser una categoria empirica para el que lo utiliza.
- El *conocimiento unitario y pragmático* es identificado como el cuarto obstaculo epistemologico que se presenta en toda comunidad pre-cientifica ya que el concepto de unidad permite simplificar el estudio de cualquier realidad. Al poderse explicar el todo tambien se ha de poder automaticamente explicar sus partes. La unificacion explica toda la realidad. El concepto de unidad se vuelve mas peligroso si va unido con el de utilidad pues de inmediato se da mas valor explicativo a lo que de alguna manera es util, asi 'para el racionalismo pragmatico una nota sin utilidad es un irracional'.
- El quinto obstaculo epistemologico es el denominado *substancialita*. Consiste en la union que se hace de la sustancia y sus cualidades. Bachelard distingue un substancialismo de lo oculto, de lo intimo y de la cualidad evidente. En el substancialismo de lo oculto se supone una realidad encerrada, cubierta por la sustancia la que se convierte en un problema pues se debe abrir esa sustancia para exponer su contenido. En el substancialismo de la intima la cualidad profunda esta encerrada profundamente. Asi que el trabajo para abrirla se torna mas dispendioso ya que se asemeja al trabajo del alquimista que relacionaba la dificultad para hacer reaccionar algunos metales con lo estrechamente cerrado de su envoltura. De acuerdo con Bachelard en el substancialismo la evidencia de la realidad se capta en una intuicion directa dando lugar a una explicacion simple y peligrosamente sencilla.
- El sexto obstaculo es el *realista* en el que el entendimiento queda deslumbrado con la presencia de lo real, hasta tal punto que se considera que no debe ser estudiado ni ensenado. Lo real se adorna con imagenes que llevan consigo las marcas de las impresiones personales del sujeto que investiga, asi la argumentacion de un realista es mas agresiva frente al que no lo es porque el primero cree poseer la realidad del fenomeno.

- El séptimo obstáculo epistemológico es el denominado *animista*. Según este cualquier sujeto presta mayor atención y por tanto da una valoración más grande al concepto que conlleve a la vida, que contenga vida o valores que se relacionen con ella. En el espíritu investigativo siempre primará la vida pues esta otorga un gran valor al elemento o elementos que tengan la posibilidad de contenerla. Esta valoración no es nueva y siempre ha acompañado al hombre en cualquier estado de su desarrollo intelectual. No es casual el gran valor que se le da a la sangre en todas las culturas y en la gran mayoría de civilizaciones, pues esta era identificada como el líquido dador de vida sin el cual la vida no era posible y, que al dejarse escapar se escapaba también la vida. Todo lo que posee vida tiene ya un carácter superior frente a lo que no la tiene. La palabra vida es una palabra mágica. Es una palabra valorizada. Todo otro principio palidece cuando se puede invocar un principio vital.
- El mito de la *digestión* es identificado como el octavo obstáculo a tener en cuenta. Según este, todo fenómeno que tenga relación con la digestión o la cocción (se considera al estómago como una gran caldera) pasará a obtener una mayor valoración explicativa; es así como al ser considerado el proceso de la digestión como un pequeño incendio por los alquimistas ellos le dieron más importancia a los procesos en que se necesitara del fuego para obtener un producto o una reacción. La digestión no solo lleva inmersa la idea de fuego sino también de vida, ya que es por el proceso de asimilación de alimentos mediante la digestión que la vida se mantiene. De esta manera el obstáculo se ve reforzado por otro anteriormente tratado, el animista, haciéndolo aun más peligroso para la consecución del conocimiento objetivo.
- El noveno obstáculo epistemológico, Bachelard lo identifica como la *libido*. Se la interpreta desde el punto de vista de la voluntad de poder o la voluntad de dominio hacia otros presentada en el individuo que investiga y que no puede dejar de reflejar en sus experimentos o en sus intentos de dar explicación coherente ante un fenómeno nuevo. Un ejemplo de ello es el fenómeno presente en todas las grandes culturas en las cuales la posesión de conocimiento o de hombres que poseyeran conocimientos permitían a unos pocos iniciados estar en las más altas esferas sociales; dado que tenían el poder de transformar el mundo real e influir sobre el mundo inmaterial.
Otra faceta de este obstáculo es la constante referencia a pensamientos sexuales que se hacen presentes en todo espíritu científico en formación al enfrentarse a una situación nueva, y que según Bachelard se manifiesta plenamente en las reacciones químicas, aunque se encuentran presentes en todas las disciplinas del saber "enseñando química, he podido constatar que, en la reacción del ácido y la base, la casi totalidad de los alumnos atribuyen al papel activo al ácido y el pasivo a la base", de esta manera no cabe duda de la primacía explicativa en la reacción, que se le ha de atribuir al ácido.
- El último obstáculo es identificado por Bachelard como el del conocimiento *cuantitativo*, ya que se considera todo conocimiento cuantitativo como libre de errores, saltando de lo cuantitativo a lo objetivo. Todo lo que se pueda contar tiene una mayor validez frente a lo que no permita este proceso lo que no se pueda contar o que no tenga gran influencia sobre la cuantificación final se puede despreciar permitiendo el error típico que sucede cuando no se tiene en cuenta las escalas de los problemas llevando los mismos juicios y raciocinios experimentales de lo muy grande a lo muy pequeño.

Todas las anteriores nociones se constituyen en elementos que dificultan el paso de un espíritu pre-científico a un espíritu verdaderamente científico. Estas nociones no solo son propias del pensamiento científico contemporáneo pues Bachelard muestra que se presentan también de manera muy evidente en la antigüedad y en la época medieval, con lo que se pone de manifiesto que los obstáculos epistemológicos no son propios de una comunidad científica en especial o de una etapa de la historia del conocimiento sino que están presentes en los sujetos que han pretendido hacer ciencia a lo largo de todos los tiempos; es solo mediante la superación sistemática de los obstáculos

epistemologicos como el espiritu puede evolucionar de un estado pre-cientifico en el que la materia prima del conocimiento es la realidad circundante a uno en el que la misma nocion de realidad se toma como una excusa para hacer ciencia, en el que nuevos conocimientos surgen de nuevas realidades existentes a veces unicamente como simbolos matematicos. (Bachelard 1981 y 1987)

Uno de los mas importantes, y mejor conocidos, representantes de la "nueva filosofia de la ciencia" es indudablemente Thomas Kuhn. Su libro *La estructura de las revoluciones científicas*, publicado en 1962, causo literalmente una revolucion no solo en el campo de la historia de la ciencia, sino tambien en la filosofia de la ciencia y en la concepcion que los distintos campos cientificos se han formado de si mismos.

Kuhn reinicio el debate filosofico sobre el crecimiento del conocimiento cientifico elaborando una posicion radicalmente distinta de las sostenidas hasta entonces por los positivistas logicos y los falsacionistas. Para Popper su *Lógica del descubrimiento científico* era encontrar una regla de demarcacion entre ciencia y no ciencia o pseudo-ciencia, que le permitiera evitar los problemas del inductivismo y del verificacionismo. La solucion a este problema la encontro en su "falsacionismo" que consiste, esencialmente, en la adquisicion de conocimiento a traves de la refutacion de conjeturas previamente formuladas.

En el analisis que Kuhn hace del crecimiento cientifico, el enfasis se dirige mas hacia la descripcion historica que a la metodologia normativa. De acuerdo con Kuhn, la historia de la ciencia se encuentra marcada por largos periodos de refinamiento estable, que el denomina "Ciencia normal", y que se ven sistematicamente interrumpidos por cambios bruscos de una teoria a otra sin ninguna posibilidad de comunicacion entre ellas. A estas bruscas interrupciones, Kuhn las llama "revoluciones científicas".

La ciencia normal se inicia siempre con algun "logro", esto es, con el surgimiento de una teoria que explica, por primera vez en la historia del area, algun hecho o evento. La ciencia normal es un periodo en que la actividad cientifica se dedica a la resolucion de "acertijos" o enigmas concretos y parciales. A traves de la resolucion de estos acertijos los cientificos tratan, al mismo tiempo, de extender el rango de aplicacion de sus tecnicas de investigacion y de resolver algunos de los problemas existentes en su campo. Los periodos de investigacion cientifica normal se caracterizan tambien por sus marcadas tendencias conservadoras, los investigadores son premiados no tanto por su originalidad como por su lealtad al trabajo de confirmacion de la teoria o "paradigma" dominante. En este sentido, la tenacidad cientifica es tambien una de las caracteristicas que define los periodos de ciencia normal. Esta tenacidad se manifiesta, principalmente, en la resistencia a cualquier manifestacion externa y contraria al paradigma dominante. Es importante hacer notar que, para Kuhn, esta es una caracteristica que se origina con el entrenamiento cientifico que prepara a los estudiantes para el manejo y aplicacion de un solo paradigma cientifico. Fue el mismo Kuhn quien utilizo esta caracteristica de la ciencia en contra del modelo popperiano. Kuhn arguye, en contra de Popper, que la respuesta tipica de los cientificos al enfrentar una refutacion experimental no es la de rechazar la teoria, como el afirma, sino la de retener dicha teoria modificando sus hipotesis auxiliares u observacionales. De acuerdo con Kuhn, los logros de una teoria integrada al paradigma dominante en periodos de ciencia normal son acumulados e integrados en los libros de texto que se utilizan para entrenar a las nuevas generaciones de cientificos en los problemas y soluciones legitimas del paradigma. La caracteristica mas importante de la ciencia normal es la existencia de un "paradigma". Su significado, un tanto vago, ha sido criticado por una de las mas distinguidas seguidoras del modelo kuhniano, Margaret Masterman⁽¹⁹⁷⁰⁾, quien encontro mas de 20 acepciones distintas, y en ocasiones contradictorias, del termino. Debido principalmente a esto, en las correcciones a su propio trabajo, Kuhn⁽¹⁹⁷⁰⁾ distingue dos formas principales del uso de la palabra "paradigma".

Por un lado, el paradigma debe ser concebido como un logro, es decir, como una forma nueva y aceptada de resolver un problema en la ciencia, que mas tarde es utilizada como modelo para la investigacion y la formacion de una teoria. Por otra parte, el paradigma debe ser concebido como una serie de valores compartidos, esto es, un conjunto de metodos, reglas y generalizaciones utilizadas conjuntamente por aquellos entrenados para realizar el trabajo cientifico de investigacion, que se modela a traves del paradigma como logro. Kuhn tambien acuño el termino "matriz interdisciplinaria", el cual, ademas de incluir la nocion de paradigma, se refiere al grupo de cientificos como la unidad social que reconoce y comparte un logro paradigmatico, que escribe y selecciona los libros de texto, proporciona entrenamiento y grados academicos y conduce investigacion para la resolucion de enigmas y acertijos.

De acuerdo con Kuhn, el cambio de un paradigma por otro, a traves de una resolucion, no ocurre debido a que el nuevo paradigma responde mejor las preguntas que el viejo. Ocurre mas bien, debido a que la teoria antigua se muestra cada vez mas incapaz de resolver las anomalias que se le presentan, y la comunidad de cientificos la abandona por otra a traves de lo que el mismo Kuhn ha denominado *switch gestaltico*. Las revoluciones ocurren porque un nuevo logro o paradigma presenta nuevas formas de ver las cosas, crean de con ello nuevos metodos de analisis y nuevos problemas a que dedicarse. En la mayoria de los casos, las teorias y problemas anteriores son olvidados o guardados como reliquias historicas. Caracteristica que ha dado en llamarse, desde entonces, "perdidas kuhnianas".

Ahora bien, dado que diferentes paradigmas se enfocan y parten de diferentes problemas y presupuestos, no existe una medida comun de su exito que permita evaluarlos o compararlos unos con otros. A esta caracteristica de los paradigmas, Kuhn la llama "inconmensurabilidad", termino que tomaron Paul Feyerabend y el mismo Kuhn de la geometria, y que significa "sin medida comun". La transicion de un paradigma a otro ocurre de una manera radical y repentina, irracional.

Despues de una serie mas o menos larga de fuertes criticas en contra de su modelo, Kuhn ha suavizado sus concepciones originales basicas, como "paradigma" y "revolucion cientifica". Se ha argumentado mucho en contra de estas categorias que, inicialmente, fueron definidas de una forma estricta y que encontraron pocas confirmaciones en la historia de la ciencia. Del mismo modo se argumento en contra de la necesaria irracionalidad que este modelo impone al cambio cientifico constriniendolo casi totalmente a su historia externa o a la sociologia del conocimiento, y por desconocer la posibilidad de progreso de la ciencia. Sin embargo, y a pesar de las modificaciones que el mismo Kuhn hizo a su modelo, lo que aun permanece de este es su enfasis en el papel que *tienen los valores compartidos por la comunidad científica en las decisiones científicas, particularmente con respecto a la tenacidad y a la evaluación de paradigmas incompetencia; conserva también una actitud esceptica hacia los llamados factores cognoscitivos como "racionalidad epistemologica" o "historia interna" en la explicacion del cambio cientifico, y se inclina por los factores sociologicos como autoridad, poder, grupos de referencia como determinantes de la conducta cientifica. Finalmente, Kuhn fue uno de los primeros y mas importantes criticos de la nocion de "progreso" en la ciencia, nocion que el relaciona con la acumulatividad o el reduccionismo y a las que se opone abiertamente al menos al hablar de cambios entre distintos paradigmas. Es por esto que el prefiere hablar de "cambio" cientifico en lugar de "crecimiento" o "progreso".*

En otra linea Veron mediante el titulo: "Territorios, Disciplinas, Nudos, Redes: Metaforas sobre las fronteras", plantea un enfoque de pensar desde la transdisciplinariedad. El poder ocupa un lugar apreciable, y coloca en un mismo nivel a la ideologia. Lo ideologico y el poder como nucleo de la problematica sociologica.

Un destinatario de los productos denominados conocimientos cientificos es la industria

transformandolo en innovacion tecnologica. Pero para las instituciones cientificas el primer destinatario son los propios cientificos. Por un mecanismo endogeno, las instituciones se alimentan sobre si misma y su propia actividad mediatica de la informacion, produce la realidad sobre la que trabaja, en oposicion a la idea segun la cual la ciencia se limita a descubrir leyes. Las leyes de una realidad independiente del discurso. Esta idea, la del realismo, se opone a la hipotesis constructivista de la produccion de la realidad por el conocimiento. La naturaleza que se conoce por el saber cientifico no seria en si sino el producto de nuestras categorias y mecanismos cognitivos que permiten construirla. Los objetos que estudia la ciencia no se encuentran constituidos como los arboles o las piedras. Los objetos de la ciencia se construyen mediante entramadas complejas de conceptos, teorias, dispositivos tecnicos de observacion y medida y sin los cuales no habria objeto a estudiar.

Cruzando un paralelismo entre institucion cientifica y empresa industrial y entre institucion cientifica y medios de informacion, la pregunta de que si la informacion hoy dia es o no una mercancia, no es banal. Pero si se aplica esa nocion de mercancia masiva, la institucion mediatica la hace circular masivamente al igual que cualquier otro producto masivo.

Por otra parte Ranesi propone pensar la politica desde el pensamiento del mundo de la tragedia. Ese pensamiento contiene un conjunto de claves para la comprension de las cosas que podrian ser de ayuda para quien se proponga pensar la politica. La tragedia es un modo de pensar el conflicto, con dimensiones de contradiccion y antagonismo que presentan siempre la vida de los hombres y sus interrelaciones. El conflicto es uno de los nucleos fundamentales de la politica. Max Weber caracteriza al mundo de la politica como un espacio de esa "guerra entre los dioses", lucha de valores enfrentados y que Esposito expresa que el conflicto no es otra cosa que *la realidad y su facticidad* de la politica. Asi sugiere la hipotesis de la capacidad de la tragedia y del pensamiento tragico para pensar los fenomenos politicos.

b. Conceptos de Salud.

Este concepto ha sufrido modificaciones a lo largo de su historia. Se trata de un termino vivo, dinamico y relativo, cuyo analisis puede ayudar a comprender la valoracion y la dinamica en torno a la salud en cada sociedad y epoca ya que la salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en nuestra vida personal y social. El cultivo de modos de vida saludables se va convirtiendo en un objetivo al que mucha gente consagra parte de su tiempo y su energia (Sanchez-Gonzalez, 1993). Lo que implica la participacion un gran numero de agentes sociales en la consecucion de la misma, a veces con intereses opuestos y desde perspectivas muy diferentes.

Por ello deberia responderse a la pregunta:

¿de que se habla cuando nos referimos a la *Salud*?

- Contexto medico-asistencial: Este contexto esta configurado por la actividad y las necesidades de los profesionales sanitarios.
En el predominan los objetivos curativos y pragmaticos. Su paradigma de accion es la asistencia medica individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles, con alteraciones corporales evidentes. En este contexto el concepto primario es de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatomicos, fisicos o quimicos. Estas enfermedades son el conjunto de las especies morbosas definidas por la ciencia medica. Y la salud tiende a ser concebida como mera ausencia de enfermedad.
- El contexto cultural de los pacientes: Este contexto es el que aportan las personas que se sienten o creen sentirse enfermas, en el seno de una determinada cultura. En este contexto el concepto primario es el de *dolencia*, interpretada segun los estereotipos culturales. Los objetivos sanitarios culturales son la recuperacion de la normalidad y de la adaptacion que hace posible la vida en una comunidad.
- Contexto sociologico: Esta configurado por el estudio de la sociedad como un todo integrado. Sus objetivos son la comprension y la actuacion sobre toda la sociedad en conjunto. En este contexto se entiende la salud de los individuos como un estado en el que puedan funcionar eficazmente para desarrollar su rol social. La salud sera una condicion necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales.
- Contexto economico y politico: Las necesidades economicas y los puntos de vista politicos configuran otro contexto de uso del termino "salud". La perspectiva economica hara ver que la salud es un bien economico e intentara ponerla en relacion con otros factores economicos. Asi por ejemplo, la percepcion individual de la salud podra estar en relacion con el nivel salarial; y la demanda de asistencia con los precios o con el sistema de retribucion a los medicos. Y en el nivel politico, la salud sera concebida como el fundamento de la libertad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad politica.
- Contexto filosofico y antropologico: Este contexto esta configurado por alguna concepcion global del ser humano. En el se tiende a definir la salud como el estado mas propio y especificamente humano, de acuerdo con la idea antropologica que se mantenga. Asi por ejemplo, puede entenderse la salud como un estilo de vida autonomo y responsable; o como una capacidad de realizacion de los valores mas especificamente humanos. (Sanchez-Gonzalez,1993)
- Contexto ideal y utopico: Este contexto esta influido por las ideas acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida. Puede llegar a incluir todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluso las potencialidades superiores y las realizaciones llamadas espirituales.

Diferentes presupuestos básicos.

Estos presupuestos permiten reconocer diferentes tipos de definiciones de salud en función de su consideración. La salud es un estado *objetivo* que puede descubrirse y definirse universalmente con independencia de los juicios de valores; o bien que la salud es más una construcción histórico-cultural que se elabora y califica según valores culturales y normas sociales. Se tienen dos tipos de definiciones:

- Definiciones neutralistas: se afirman que no hay necesidad de recurrir a los juicios de valores porque la definición de la salud y la enfermedad es una cuestión científica empírica. Se manifiesta el punto de vista biomédico según el cual existen ciertos datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos identificables como patológicos independientemente del contexto socio-cultural.
- Definiciones normativas: la salud y la enfermedad son conceptos inevitablemente cargados de valoración sobre lo deseable, lo útil o lo bueno. De modo que, resulta imposible decidir si un particular estado es de salud o de enfermedad. La salud y la enfermedad solo podrían ser definidas en el marco de una cultura particular y ciertos estados serían calificados como enfermedades porque en la cultura correspondiente son vistos como malos o indeseables.
- Definiciones que incluyen los aspectos sociales: Incluyen además la capacidad para llevar una vida socialmente productiva, o al menos poder desempeñar un rol social.
- Definiciones ideales y utópicas: Estas definiciones están influidas por las ideas sobre la felicidad plena y la calidad integral de vida. Pueden reconocer todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluidas las realizaciones llamadas espirituales. En este contexto el concepto de salud llega a adquirir una amplitud máxima.

Evolución del Concepto de Salud

La salud, como cualquier otra parcela de la realidad, trasciende y a la vez esta sujeta a la conceptualización que de la misma pudiera hacerse en un momento sociocultural concreto. El término salud puede evocar realidades distintas dependiendo de la época histórica, la cultura o civilización en la que nos situemos y los actores y segmentos sociales que lo empleen. En un primer momento, podría decirse que la definición más intuitiva, y más aceptada sería de entender salud como ausencia de enfermedades. Durante la primera parte del siglo XX, el estado de la salud pública se describe en general en términos de la presencia o ausencia de enfermedades. El control de las enfermedades constituye el principal objetivo de todas las instituciones relacionadas con la salud. Sin embargo, antes de que promediara el siglo XX y coincidiendo con el final de la Segunda Guerra Mundial, surgió una comprensión moderna de la salud, tal como se consagra en la Carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946): *"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*. Pero esta definición también fue rechazada por diversos autores por considerarla utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985). Utopica porque no existe un estado completo de salud; estática porque no considera que la salud es algo dinámico y cambiante y subjetiva porque la idea de bien o malestar depende del propio individuo y de su percepción. De este modo, se han ido realizando diversas definiciones del término, intentando incidir en diferentes aspectos del término, y tendiendo a modificar los "errores" criticados en la definición de la OMS.

Rene Dubos, en 1957, que expresó lo que para él significaba salud: *"Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado"*. El elemento esencial de la enfermedad no residiría en la propia infección, sino en una serie de estímulos, externos o internos, que alteran la resistencia del organismo y rompen el estado de equilibrio individuo-entorno que representa la salud.

Distintos ideales sobre Salud:

Hay definiciones que intentan aclarar lo que debe entenderse por salud desde el punto de vista de los posibles ideales que genera la idea de salud. Intentan especificar cuantos aspectos deseables en el ser humano deben ser incluidos en el concepto, dando origen a definiciones más inclusivas o más restrictivas, según sea mayor o menor el número de componentes de la salud que se consideren indispensables. Así aparecen sucesivamente, definiciones de la salud cada vez más inclusivas. Desde las que solo contemplan estados físicos hasta las que incluyen estados psíquicos, sociales e incluso espirituales. De este modo se generan cuatro tipos de definiciones, que son:

- Definiciones que se restringen a lo estrictamente corporal: son las que tienen mayor tradición histórica. Recordar que la medicina desde la Antigüedad, ha estado centrada en el cuerpo físico. Según estas definiciones la salud es un estado de bienestar físico y de silencio de los órganos.
- Definiciones que incluyen los factores psíquicos: Consideran que el tener un comportamiento adecuado y disfrutar de un bienestar *"La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven"*. OMS, 1997

c. Conceptos de Salud Bucal

Debido a la discriminación sufrida por la odontología durante el siglo pasado y en buena parte del presente, esta práctica desarrolló sus conocimientos en una especie de "caja negra", cuya fundamentación básicamente tecnológica, los hacía indecifrables para legos y otras prácticas de salud. De esta manera, la discriminación rewertió en un monopolio, y el monopolio, a la postre, en una autonomía operativa que generó la posibilidad de un comportamiento auténticamente profesional. Sin embargo, esta circunstancia, que fue históricamente positiva, para un proceso de profesionalización, fue negativa en cuanto a la fundación académica o científica de la odontología.

El histórico alejamiento de las ciencias biomédicas y de las ciencias conductuales y sociales repercutió como una inadecuada correspondencia entre la práctica odontológica y su objeto de trabajo. Que puede esperarse de una práctica profesional que, como vemos, ha desarrollado una referencia científico-técnica perturbada sobre su objeto de trabajo y de sí misma. A pesar del desarrollo científico-tecnológico no se ha podido producir un impacto social y epidemiológico significativo en el componente bucal de la salud-enfermedad humana. Es posible afirmar, que el basamento teórico-práctico sobre el cual se sustenta la odontología no es el más apropiado para el contexto en que realiza su trabajo. Por lo tanto, es una práctica profesional descontextualizada.

Según Davila, la odontología atraviesa una profunda crisis no perceptible a los ojos de la gente ni para la hegemonía odontológica. Esta crisis se puede comprender en varias variables. Por un lado la pauperización del odontólogo. Este aspecto socio económico es una consecuencia de la concentración de empresas de la salud y se expresa en contradicciones entre las ideas y las prácticas de muchos profesionales no siendo visualizadas por la mayoría de la comunidad médico-odontológica. La población padece diariamente los efectos de esta crisis y parecería que no existe conexión entre odontología y Salud.

En trabajos previos realizados^(Siragusa et al) se demostró que la población no reconoce a la odontología como un problema de salud. Se expresa el término crisis invisible porque los indicadores visualizados se refieren a la cuantificación de las enfermedades y el 80% de la población padece de lesiones bucales^(OMS-World Health Report 2003). Billones de personas padecen los efectos de la caries dental.

Se ha demostrado epidemiológicamente que el grupo etario prevalente en la población estudiada, correspondía a personas entre 18 y 35 años, de las cuales el porcentaje de patología presentada correspondía a complicaciones irreversibles de

la enfermedad caries. Siendo las piezas dentarias del sector antero superior las mas afectadas. (Siragusa et al) Estos datos son coincidentes con estudios realizados por el Centro de salud comunitaria FOUBA entre 1999 y el 2000, donde el 95% de pacientes comprendidos entre 15 y 55 años presentaban lesiones de caries.

Probablemente la simplificacion del tema sea responsable de la falta de estrategias para dar respuestas a este problema que es de origen socio histórico-filosofico que va mas allá del diente.

El auge del Neoliberalismo de los años 80 y su politica para América Latina creo una concentración del negocio de la enfermedad, como una forma de centralizacion de capitales. Esto hizo que a causa del empobrecimiento de los profesionales, *se buscase la mayor ganancia y no lo mejor para la salud.*

Las politicas se desarrollaron planificadamente sobre organizaciones solidarias y facilito su propia corrupcion interna. Se aumentaron los indicadores de de enfermedad bucal y en vez de resolverlos se sumaron nuevos problemas a los existentes, mercantilizacion y desproteccion social de la profesion, con disminucion en la calidad de las prestaciones. Para reforzar esta filosofia, la formacion de recursos humanos responde a un esquema antiguo que recicla y genera mas enfermos, con la ilusion de odontologos exitosos que se desilusionan cuando se enfrentan a la realidad cotidiana de sus pacientes.

Pareciera que lentamente se va instalando un re planteo del marco teorico y de las practicas clinicas odontologicas. Se trata de generar la incorporacion de un enfoque mas integrado de la vision de los pacientes.

Generando la conviccion de que las practicas preventivas son mas apropiadas que las curativas y restaurativas. Pero es evidente que todavia algo se esta haciendo mal. Pareciera que la practica social no encuentra su camino hacia la salud, la genere .la mantenga y la consolide. Pero si se confunde el concepto *salud bucal con ausencia de enfermedad pareciera* que el problema radica en saber para quien se trabaja, si para el diente o para la felicidad del ser humano.

No caben dudas que ese modelo de marco teorico descontextualizado positivista y cientificista no hace mas que reciclar enfermos y agudizar la complejidad terapeutica dia a dia. Esta contradiccion compleja que la Odontologia niega se ve confirmada dia a dia justificando practicas que conoce como ineficaz.

Sintetizando se confirma una practica descontextualizada, sin atreverse a generar un nuevo marco teorico que no solo sea conducente al confort de los pacientes sino tambien al de los propios profesionales.

Desde hace 40 años que en argentina se intenta desarrollar una odontologia para la salud que posibilite practicas mas extendidas.

Referidos a las experiencias de la FOR-UNR, modificaciones progresistas implementadas en reformas curriculares de su plan de estudio del año 1986 intentaron cambiar el paradigma positivista-cientificista. En mi opinion despues de casi 30 años .los resultados no fueron los deseados, Varios factores interactuaron incidiendo negativamente en los resultados finales tanto en la formacion de los recursos humanos, como en la calidad de las practicas ofrecidas.

No fue facil vencer el imaginario colectivo que mide la calidad profesional ligado al uso y abuso de tecnologias cada vez mas complejas y mas caras. Por otro lado haciendo un analisis critico de los aranceles profesionales, todavia se pagan mas las practicas restaurativas que aquellas preventivas. Hay una gran desvalorizacion de la consulta odontologica y de su importancia para establecer una correcta relacion paciente-

profesional, para realizar un diagnóstico y proponer protocolos terapéuticos etiológicos que neutralicen el factor causal y no curen sus consecuencias.

Esto es consecuencia de una desactualización de un marco teórico apoyado en los aportes de la biología molecular, de sus procesos de señalización de los estímulos externos y de la respuesta inmunológica del paciente.

Las organizaciones gremiales, o científicas tradicionales de la Odontología tal vez no terminen de darse cuenta del grave problema que atraviesa no solo la profesión, sino esta en el marco conceptual del campo de la salud y de la sociedad y como pueden aportar a un verdadero cambio en este sentido.

Como dice Rossetti: No se puede generar salud por el camino de la enfermedad "a lo que agregaría:

"Tampoco se puede generar salud sin la participación activa de la gente".

Por lo tanto, es una práctica profesional descontextualizada.

d. Calidad de vida

A lo largo de la historia distintos grupos de pensadores, han tenido en sus discursos y estudios muy presente la inquietud de saber y de explicar el estado de felicidad. Al terminar el siglo pasado y a comienzo de este, se abrió paso a los estudios a cerca de Calidad de Vida, concepto que se define muy bien como "bienestar subjetivo".

Abordar el tema de calidad de vida, tiene importancia el carácter subjetivo de este. Se entiende por subjetivo: *"Pertenciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo."* En las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo está influido directamente por los factores del entorno, en especial, la cultura. Podría pensarse que la calidad de vida se daría igual para las distintas culturas y entonces pudiera definirse el concepto abordando los distintos factores de cada cultura, pero no basta con eso. Hay un espacio en el medio de las intersecciones de factores que influyen en el accionar como la tan mencionada cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica en donde se nace, etc. y ese espacio es lo que le da a cada persona su manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos, su sentido de vida. Se relaciona directamente con la libertad (siempre entendiéndola como limitada por los factores del entorno). La libertad, rectamente comprendida es un cumplimiento por la persona de la ordenada secuencia de eventos de su vida. La persona libre se mueve voluntaria, libre y responsablemente para desempeñar su importante papel en un mundo cuyos eventos determinados pasan por el y por su elección y voluntad espontánea". Es esta libertad la que diferencia el ser de cada persona, ese espacio que queda en el corazón y que está intersectado por muchos factores es lo que hace elegir cosas distintas, en otras palabras es la subjetividad propia.

A lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos. Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. No obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de las personas: la cultura.

Se concibe al ser humano inmerso dentro de sociedad enmarcada en un lugar determinado, físico e histórico y una cultura que ha adquirido mediante socialización. Ambos elementos regulan e incluso limitan las concepciones de mundo del sujeto. El sujeto se ubica para evaluar más o menos conciente lo que le acontece y, sin duda, no es sencillo, puesto que aquel proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales antes mencionados, todo ello se conjuga y permiten que el sujeto a cada momento de la vida, la conciba de cierta forma, y la vivencie acorde a dicha evaluación. Por último, si bien se ha planteado calidad de vida desde una evaluación mediada por una multiplicidad de factores, no puede obviarse las características personales, el estado que se adiciona al resto de los factores antes mencionados complejizando más aun este proceso, desde aquí recatamos la subjetividad, esta forma de concebir el mundo tan particular como humanos existen en la Tierra, que a la vez esta mediada por el proceso de socialización y la cultura en la cual se desenvuelve y lo regula. La calidad de vida es una categoría multidimensional.

Presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre. Combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana. La mayoría de las tendencias actuales rechazan el concebir al humano como ser lineal, considerado como obsoleto, ya que desde su misma corporalidad la complejidad del ser humano es indescriptible, por ello acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de esta madeja de factores mutuamente influyentes; por ello el concepto de Calidad de Vida depende en gran parte de la concepción propia de mundo que tiene el sujeto en particular: la interpretación y valoración que le da a lo que vive y espera. En otras palabras y a modo de síntesis se recalca el valor de la interpretación que se realiza a los hechos y lo objetivo que se tiene en la vida, es decir, el valor inmensurable de lo subjetivo.

e. Relación entre Salud Bucal y Calidad de Vida

La caries dental no se considera una enfermedad grave, pero si puede afectar la calidad de vida, pues no solo produce daños funcionales, sino también psicológicos.

En el primer caso, disminuyen las funciones masticatorias, hasta llegar a eliminar los alimentos duros de la dieta, y a nivel psicológico, la falta de piezas o el aspecto que presenta la dentadura afecta la autoestima, necesidad de aislarse o alterar la interacción con los demás.

En términos generales, la calidad de vida es un concepto que puede influir el nivel en que nos sentimos capaces de participar en las actividades que respondan a nuestras necesidades y expectativas; entonces, *"si no me siento bien con mi boca a causa de las caries, esa estabilidad se verá afectada"*, apunto.

Esa enfermedad multifactorial, provocada principalmente por malos hábitos de higiene bucal, microorganismos, y por el sustrato o elementos del medio ambiente que facilitan la proliferación de bacterias, afecta en mayor medida a los niños. De ahí que las políticas públicas se enfoquen a ese sector, aunque también las mujeres embarazadas y los adultos mayores son grupos vulnerables. Además, abunda, este padecimiento crónico tiene que ver con el núcleo cultural, con el acceso a los servicios de salud, con la dieta de los individuos y con la cantidad de fluoruro que contiene el agua.

En el mundo, las caries representan el principal problema de salud pública bucal; de hecho, en naciones en vías de desarrollo se presenta hasta en 90 por ciento de la población en adultos mayores esta condición disminuye, pero porque a esa edad ya se perdieron muchas piezas.

Por ser un padecimiento crónico, requiere de tiempo para presentar sintomatología; entonces, si el sujeto percibe el problema, este ya es agudo: hay dolor, no puede masticar, se presenta infección local con abscesos e, incluso, se ve impedido de realizar sus actividades cotidianas. Si no se atiende, el malestar se elimina, pero porque se pierde la estructura dental, advirtió.

Las bacterias que provocan esta afección se pueden relacionar con enfermedades periodontales que, a su vez, se vinculan con otros padecimientos como la diabetes o la hipertensión.

Asimismo, existen estudios que señalan que si un individuo no tiene una buena función masticatoria, no genera buenos impulsos nerviosos y eso deteriora su capacidad cognitiva.

Una dentadura funcional requiere al menos de 20 dientes, de otro modo, se vera alterada la masticación, que se considera adecuada si es con 80 por ciento o más de las piezas, preciso.

Es fácil prevenir las caries con una adecuada higiene bucal; para ello, concluyo, se deben implementar medidas de educación para la salud entre los sujetos como cepillarse los dientes después de cada comida, el uso de hilo dental y visitar al dentista, al menos dos veces al día.

f. Abordajes a la problemática de Salud Bucal

En virtud a lo desarrollado como reflexiones referidas a la importancia de la salud bucal, su abordaje debería ser transdisciplinario y basadas en el aumento de las expectativas de vida.

Quienes esperan un aumento del promedio de vida en la población, hacen suponer que en el futuro próximo el grupo de adultos mayores aumentará considerablemente. Esto demandará nuevas estrategias para lograr que los pacientes lleguen a edades avanzadas con un importante porcentaje de piezas dentarias naturales.

La transdisciplinariedad en los equipos de Salud se entiende por un equipo transdisciplinario, el cual los distintos actores que conforman este encuentro se articulan en un mismo paradigma, generando una alianza teórica/práctica para la comprensión del problema y actuar en concordancia. Exige que "diferentes referentes teóricos armonicen en torno a ciertas premisas metodológicas con las cuales se establezcan procedimientos y técnicas de intervención, los que pueden ser desarrollados por cada profesión (en este caso neurología, kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología) que interviene en el proceso sin entrar en contradicción con sus propios postulados." ^(Inglott R 1999) un ejemplo de trabajo en equipos transdisciplinarios es el abordaje situacional en salud.

g. calidad de vida laboral

La preocupación por la calidad de la vida en el trabajo (CVL) cobra un especial interés en la década de los años 70 en los EE.UU., donde alcanza el reconocimiento social e institucional gracias a las actuaciones del «Movimiento de CVL». Las reivindicaciones de este nuevo movimiento parten de la necesidad de humanizar el entorno de trabajo prestando especial atención al desarrollo del factor humano y a la mejora de su calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida laboral se ha venido abordando básicamente bajo dos grandes perspectivas teórico-metodológicas:

- la calidad de vida del entorno de trabajo y

- la perspectiva de la CVL psicológica^(Davis y Cherns, 1975; Taylor, 1978). Ambas difieren en cuanto a los objetivos que persiguen en su propósito por mejorar la calidad de la vida en el trabajo, en los aspectos del entorno de trabajo que constituyen su objeto de estudio, en el foco de análisis en el que centran su interés y en el nivel de generalidad de sus análisis de la vida laboral.

La perspectiva de la calidad del entorno de trabajo tiene como meta conseguir mejorar la calidad de vida mediante el logro de los intereses organizacionales. El centro de sus análisis será el conjunto de la organización entendida como un sistema, llevando a cabo un nivel de análisis macro, es decir, de los diferentes subsistemas que la integran. En cambio, la perspectiva de la calidad de vida laboral psicológica muestra mayor interés por el trabajador, desarrollando un microanálisis de aquellos elementos puntuales que constituyen las distintas situaciones de trabajo en las que participa directamente el individuo. Mientras esta segunda corriente teórica señala la importancia de los aspectos subjetivos de la vida laboral y, por tanto, concede al trabajador un papel destacado, la perspectiva de la calidad del entorno de trabajo subordina tales aspectos a las condiciones de trabajo y a los elementos estructurales de la organización.

Lo objetivo y lo subjetivo del entorno de trabajo: la calidad de vida laboral depende de todos aquellos elementos constitutivos del medio ambiente de trabajo: condiciones ambientales, organización del trabajo, contenido del puesto, horarios, salario, salud y seguridad laboral, ritmo de trabajo, etc., la calidad de vida laboral por tanto depende de la naturaleza y características de las condiciones de trabajo.

La dimensión subjetiva se refiere al conjunto de percepciones y experiencias laborales que, de manera individual y colectiva, originan realidades laborales características dentro de un mismo contexto organizacional. Este proceso de construcción sociocognitiva del medio laboral surge de un complicado sistema de relaciones y modos de interacción que establecen los individuos entre sí, y que les permite definir y operar, transmitir valores y creencias, compartir actitudes y pautas de comportamiento, construir símbolos y significados.

Dentro de esa realidad laboral construida con el propósito de mejorarla (promoción de la calidad de vida laboral).

- *Trabajador / organización*: el estudio de la vida laboral en una organización llevado a cabo desde un punto de vista del trabajador supone realizar un análisis micro centrado en el individuo, en los modos en que este experimenta y percibe su ambiente de trabajo. Un análisis más global de la vida en el trabajo, requiere tomar como foco de estudio a la organización en todos sus niveles, como sistema abierto y dinámico, y al conjunto de subsistemas que la integran. El punto de análisis condicionará el alcance del estudio de CVL y los indicadores necesarios para evaluarla.
- *CVL psicológica / CV del entorno de trabajo*: las características personales y los recursos cognitivos con los que cuenta cada individuo condicionan las actitudes, comportamientos y los modos de percibir, valorar e interpretar las distintas facetas de su entorno de trabajo. Como experimenta cada trabajador su ambiente de trabajo determina la CVL y es esta valoración subjetiva o individual lo que denominamos CVL psicológica. La dimensión objetiva de la vida laboral correspondería a aquellas condiciones físicas, objetivas, o intrínsecas al puesto y al medio ambiente de trabajo dando lugar a una mayor o menor calidad de vida laboral.

III - Conclusiones:

En este espacio se realizaran las reflexiones finales basadas en la experiencia vivida de mas de 40 años de actividad docente en el mismo espacio academico. Haciendo un critico analisis retrospectivo se deduce que mucho se ha trabajado en el ambito universitario donde el recupero de la autonomia universitarias fue el punta pie inicial en la decada de los 80. En ese entonces se delinearón las politicas universitarias que por entonces tendria que dar respuesta al ingreso masivo de alumnos a las aulas universitarias. Equilibrar la relacion docente-alumno-infraestructura edilicia demando tiempo, esfuerzo y creatividad. Dada la historia politica argentina, la problematica relacionada al confort estudiantil fue prioridad para la comunidad universitaria. En ese contexto, se evaluo la imperiosa necesidad de formacion pedagogica de los docentes. Se recuperaron los concursos docentes como metodologia saludable al ingreso a la docencia. La propuesta pedagogica fue un elemento de evaluacion importante en esa instancia.

Esto dio como consecuencia que la estabilidad docente se garantizaba con las evaluaciones periodicas. Pero quizas lo trabajado se hizo solo desde un enfoque parcializado. Posteriormente cuando las carreras de grado enfrentaron los procesos de acreditaciones (CONEAU) se establecieron los estandares de calidad para poder logras las metas. El mismo criterio se aplico para evaluar las distintas unidades academicas no solo dentro del ambito nacional sino tambien en la integracion del MERCOSUR. Odontologia fue una de las unidades academicas que por ser decretada de interes nacional fue participante de ese proceso.

Sin embargo, en la practica poco se dice del cuidado de la figura del docente. Aparece en el escenario un tema dificil de resolver y es que los docentes que actuan en las practicas clinicas sobre pacientes son responsables con su patrimonio personal de los problemas generados por los posibles errores derivados del proceso ensenanza-aprendizaje. La cultura de los Juicios de Mala Praxis se convirtio sutilmente como el factor mas nefasto para el desarrollo de las practicas clinicas. En este ambiente de conflicto que involucra a todos los actores por igual, atenta contra los desafios que demanda la toma de decisiones para resolver problemas complejos de los pacientes. Paulatinamente se deteriora la calidad de la ensenanza y el enriquecimiento de experiencias clinicas. De esta manera mucha responsabilidad se traslada al post grado con la formalizacion de las especialidades.

Como estrategias futuras deberia reverse todo lo actuado hasta el presente, fortaleciendo los logros y resolviendo las debilidades. Quizas ya hemos madurado lo suficiente como para pensar con enfoques mas amplios tendientes a equilibrar los componentes de la actividad universitaria.

Si consideramos que la salud en general y la Odontologia en particular son indicadores importantes en el concepto Calidad de Vida coincidiendo con Gagliardi quien opina que muchas comunidades tradicionales estan experimentando un rapido proceso de transformacion. Estan cambiando su estilo de vida, emigrando a areas urbanas, emprendiendo actividades nuevas.

Cuando los miembros de comunidades tradicionales dejan atras sus tradiciones y adoptan un estilo de vida moderno, se pierde su valiosa sabiduria tradicional y a menudo no logran adaptarse a las nuevas condiciones de vida. El alcohol y las drogas son las respuestas mas comunes a la discriminacion y a la baja autoestima que experimentan. La consecuencia mas frecuente es que los alumnos de las comunidades tradicionales tienen un porcentaje de exitos inferior al de los alumnos de otras comunidades.

Numerosas son las comunidades tradicionales que desean mantener su estilo tradicional de vida, pero a medida que aumenta su contacto con la civilizacion occidental, crece la presion para el cambio. La ensenanza de las ciencias y la tecnologia puede mejorar la situacion de los miembros de las comunidad.

Referencias

- (1) Ageno R. Talleres de diagnostico Institucional. Febrero -Abril 1984
- (2) BACHELARD, Gaston. (1981) El nuevo espíritu científico. Mexico: Editorial Nueva Imagen.
- (3) BACHELARD, Gaston. (1987) La formación del espíritu científico. Mexico: Editorial Siglo XXI.
- (4) Follari, Roberto, *Interdiscipliniedad: los avatares de la ideología*. Mexico, UAM-Azcapotzalco, 1982.
- (5) Gagliardi R 1991. Model training kit for extensionists on fish technology and quality control at artisanal level: analysis of the required characteristics of a model training kit. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 52 pags. (Informe sobre un proyecto de la FAO)
- (6) Resoluciones CD FOR-1985-1986)
- (7) Veron E: Ideología y comunicación de masas: La semantización de la violencia política. VV.AA.
- (8) *Lenguaje y comunicación social*, Nueva Vision, Buenos Aires, 1971.
- (9) •Wallerstein, Immanuel y otros, Open the social sciences (report of the Gulbenkian Comision on the restructuring of social sciences). Stanford, Stanford University Press, 1996.
- (10)Apostel, Leo y otros, *Interdiscipliniedad*. Mexico, Biblioteca de la Educación Superior, ANUIES, 1975.
- (11)Castro-Gomez, S. y Mendieta, Eduardo (coords.), *Teorías sin disciplina (latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate)*. Mexico, Porrúa, 1998.
- (12)Davis, L. y Cherns, A. (1975). *The quality of working life*. Nueva York:
- (13)Follari R: La interdisciplina revisitada. Tercer siglo / año 2 / numero 3 / Filosofia politica de la enseñanza / abril de 2006.
- (14)Follari, Roberto, *Modernidad y posmodernidad: una óptica desde América Latina*, Buenos Aires, Aique-Rei-IDEAS, 1990.
- (15)Gagliardi R .1987. Concepts structurants en education a la sante. Actes des IXemes journees internationales sur l'education scientifique, pags. 543-550. Chamonix (Francia).
- (16)Gagliardi R.1994. An integrated model for teacher training in multicultural contexts.
- (17)Ginebra, UNESCO/Oficina Internacional de Educación. (Papers on teacher training and multicultural/intercultural education, nº 1)
- (18)Gagliardi R.1994. Obstaculos al aprendizaje — Obstaculos a la enseñanza en contextos multiculturales. Ginebra, UNESCO/Oficina Internacional de Educación. (Papers on teacher training and multicultural/intercultural education, nº 25)
- (19)Gagliardi, R . 1983. Les concepts structurants de la biologie. Actes des Ventes journees internationales sur l'education scientifique, pags. 545-552. Chamonix (Francia).
- (20)KUHN.TS (1969) Comparative Studies in Philosophy and History. Comment pp 403-12.
- (21)SCHWARTZMANN L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería. IX (2): 9-21, 2003.
- (22)Segurado Torres, Agullo. *Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social*. Psicothema 2002. Vol 14, no 4, pp 828-836.
- (23)Siragusa M; Racciatti G; Servin, M. V. *ESTUDIO DE POBLACION ASISTIDA EN F.O.R. CON LA UTILIZACION DE UNA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA. GEOCODIFICACION* .Electronic Journal of Endodontics Rosario (EJER). Vol 2, Nº 22. Pag: 512-525. Octubre2011.www.endojournal.com.ar
- (24)Siragusa M; Schiapira M; Sáenz I. *Representaciones en Salud y Formación de Recursos Humanos*. Revista Iberoamericana. Educación, Salud y Trabajo. Coedición UNR y Universidad de Extremadura. No 2-3, Marzo 2002. Pag 123:156.
- (25)Taylor, J. C. (1973). *Concepts and problems in studies of quality of working life*. Manpower
- (26)Administration, U.S Department of Labor.
- (27)Wallerstein, Immanuel y otros, *Open the social sciences (report of the Gulbenkian Comisión on the restructuring of social sciences)*. Stanford, Stanford University Press, 1996.
- (28)The Free Press, McMillan Publishers