



Universidad Nacional de La Plata

Especialización en Docencia Universitaria (Modalidad a Distancia)

Trabajo Final Integrador

Título: Propuesta para la incorporación de prácticas supervisadas en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste a personas con discapacidad y adultos mayores.

Autor: Juan Marcos Vallejos

Directora: Dra. Sofía de los Milagros Alí

Co-Director: Esp. Pedro Luis Fortín

Asesora: Lic. Yamila Duarte

Año: 2021

Dedicado a Tiana y con ella a todos mis pacientes con discapacidad, a Mercedes mi paciente mayor estrella, a mis estudiantes en quienes espero dejar la chispa que inicie la llama para el tratamiento de estas personas y a mi padre, mi modelo de maestro universitario y guía.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INNOVACIÓN	8
OBJETIVOS	13
Objetivo general:.....	13
Objetivos específicos:	13
MARCO CONCEPTUAL	14
El Curriculum Como Posibilidad De Cambio.....	18
Aportes de la Sociología	20
Curriculum y sociedad	22
La Práctica Situada Como Metodología De Enseñanza.....	23
¿Qué Se Entiende Por Persona Con Discapacidad?	25
Características De Las Personas En Esta Propuesta De Innovación	27
Distinción En La Percepción De Los Tipos De Dificultades.....	29
Población Adulta Mayor	30
Derechos Argentinos de las Personas Mayores y con Discapacidad	33
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA DE INNOVACIÓN	41
Participantes del proyecto	46
• Estudiantes de odontología de la UNNE que cursan la asignatura Odontología Integral -PPS. ...	46
CONCLUSIONES	47
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS	54
Anexo 1: Tasa de Natalidad Argentina	54
Anexo 2: Población con dificultad de 6 años y más.	55
Anexo 3: Población con dificultad de 6 años y más, por cantidad y tipo de dificultad.....	55
Anexo 4: Rúbrica de seguimiento de los aprendizajes.....	56

Anexo 5: Programa Adultos Mayores.....	58
Anexo 6: Programa 2: Tratamiento Odontológico De Personas Con Discapacidad	62

RESUMEN

La propuesta del presente trabajo final integrador de la Especialización en Docencia Universitaria (Modalidad a Distancia) de la Universidad Nacional de la Plata consiste en la incorporación de prácticas profesionales supervisadas a la cursada de las asignaturas “Atención Odontológica del Paciente Geronte” y “Tratamiento Odontológico De Personas Con Discapacidad” pertenecientes a la carrera de grado de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), Dicha propuesta de innovación pretende, mediante la rotación por servicios de atención a personas adultas mayores y con discapacidad, que los estudiantes puedan desarrollar habilidades asociadas a la realización de un diagnóstico, así como también la realización de un plan de tratamiento acorde a la historia clínica y la situación particular de cada paciente, teniendo presente los recursos que dispone en los servicios donde realice las rotaciones.

Es importante que los estudiantes puedan conocer diversas opciones de tratamientos como así también la optimización y adecuación con los recursos que dispone cada servicio a fin de ser capaces de plantear al paciente y responsable del mismo (si lo tuviera), el tratamiento más adecuado. Lo antedicho se propone desde una mirada integral tomando a la Salud como un proceso dinámico bio-psico-social.

La atención odontológica de adultos mayores y de las personas con discapacidad usualmente es una responsabilidad tercerizada o dejada de lado por cuestiones más urgentes. Sin embargo, entendiendo la salud integral del paciente no puede dejar de ser tenida en cuenta por la alta prevalencia de patologías bucales que puedan presentarse como así complicaciones a nivel sistémico y psicológico que ellas traen.

Es fundamental propiciar espacios para la atención odontológica específica, pero integrando equipos de salud junto a acompañantes terapéuticos, médicos, asistentes sociales y kinesiólogos; lo cual se propicia desde la formación de grado para el abordaje interdisciplinario sea el hábito y no la excepción.

INTRODUCCIÓN

En Argentina, según censo 2010, viven más de 5 millones de personas con dificultad o limitación permanente (DLP), lo cual es equivalente al 12,9% del total de la población, resultando semejante a las estimaciones mundiales. Además, el índice de natalidad en nuestra población ha disminuido notablemente en los últimos 20 años según la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud, (DEIS, 2019).

Como consecuencia tenemos una población que rápidamente va envejeciendo. En Argentina, en la actualidad, se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. Según el Censo 2010, un 10,2% de la población tiene 65 años y más; es decir, existe una alta proporción de personas mayores con relación a la población total. Esto determina que en la medida que la población avanza en edad también va presentando mayores riesgos de tener, a lo menos, enfermedades crónicas o algún tipo de invalidez física o neurológica que hay que tener presente cuando se deben realizar atenciones de salud, más aún cuando esta salud se ve afectada en uno de sus órganos que tiene que ver con la comunicación y alimentación, como lo es la cavidad oral y el aparato estomatognático

Por lo expuesto se deja en evidencia la necesidad de formación de profesionales capaces de trabajar con estas poblaciones que irán en aumento con el correr de los años. Es responsabilidad de las universidades formar a profesionales competentes que sean capaces de dar respuesta idónea al problema planeado y ello se logrará desde la formación de grado de los mismos.

Hasta ahora los odontólogos, no han tenido educación universitaria formal en sus cursos de pregrado para atender personas en situación de discapacidad, (Krämer, Valle, Cubillos, & Letelier, 2016) desconociendo incluso no solo algunas patologías sistémicas, sino también la gravedad de patologías bucales prevalentes en ellas y muchas veces frente a la incertidumbre o susto a lo desconocido estos pacientes no son atendidos en un consultorio odontológico, ni referidos para la atención con algún especialista.

Como afirma Di Nasso (2013), “no todos los profesionales odontólogos están dispuestos abiertamente a la atención de las personas con discapacidad”. Es usual que los profesionales

piensen, en pacientes con discapacidad como eternos niños, siendo algo completamente alejado de la realidad ya que son personas con deseos sexuales, lazos afectivos relacionales y capaces de desenvolverse en el ámbito laboral según sus capacidades, que se desarrollan como cualquier individuo a lo largo de los años.

Los odontopediatras usualmente son los primeros quienes consultados por sus tutores debido a que las primeras consultas las realizan por lo general durante la infancia. Los atienden mientras puedan tener un manejo adecuado de la conducta. Pocos colegas son quienes buscan dar respuesta para la atención de estas personas ya sea por vocación de servicio o ante la angustia de los pacientes de no ser atendidos por la negativa de odontólogos ante la excusa de no ser especialistas en la materia o tener desconocimiento para el abordaje de los mismos. Esto lo realizan a fin de contribuir a una mejor calidad de vida. No fueron formados para ello, pero su personalidad les permite realizar el abordaje de estos pacientes.

Algo similar sucede con los adultos mayores, gran parte son pacientes con múltiples patologías, algunas limitantes, que por lo general acuden polimedicados; además cuentan con múltiples experiencias y buscan del acompañamiento y atención que no reciben en sus hogares, ya sea por descuido de familiares o porque viven solos.

Finalmente, aunque en nuestro país se pregonan la atención pública y de calidad para personas con discapacidad y poblaciones vulnerables; en la realidad pocos son los lugares públicos o privados apropiados para la atención de casos más complejos y dificultosos. Se intenta por el presente trabajo reflexionar la situación actual de estas poblaciones invisibilizadas mediante la generación de espacios de aprendizajes situados que propicien la atención odontológica de la persona con discapacidad y adultos mayores desde la formación profesional del Odontólogo. Los recursos y estrategias son aspectos que deben profundizarse en los estudios universitarios de pregrado, grado y postgrado, entendiendo a estas personas y pacientes como un contenido transversal en educación superior y con el propósito de conformar equipos transdisciplinarios para su atención.

CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INNOVACIÓN

En la Facultad de Odontología dependiente de la Universidad Nacional del Nordeste, a partir del tercer año, como asignaturas optativas, los estudiantes tienen disponible dentro del plan de estudio las áreas disciplinares “Atención Odontológica del Paciente Geronte” y “Tratamiento Odontológico De Personas Con Discapacidad”, si bien las mismas son espacios que suman un valor importantísimo a la formación de los futuros profesionales, considero que habría que reconstruir dicho espacio. Lo cual permitirá al alumno una inserción laboral acorde a la realidad, donde dos poblaciones altamente vulnerables no acceden fácilmente a la atención odontológica, ellas son las Personas con discapacidad, y los adultos mayores.

Como docente coordinador de las Prácticas Profesionales Supervisadas, asignatura ya existente y necesaria de cursar como última asignatura de la carrera, en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) N°3 de la ciudad de Corrientes, puedo afirmar la numerosa concurrencia para la atención odontológica en dicho centro. En el mismo se realizan atenciones odontológicas de variada complejidad y grupos etarios, orientadas por la mejora de las condiciones del componente bucal de la salud a toda persona que concurra al mismo. En la práctica diaria se atiende, junto con otras odontólogas y estudiantes que realizan su pasantía, a todos quienes concurran al servicio siendo usual la atención a personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Bajo mi supervisión realizan sus prácticas profesionales supervisadas estudiantes de último año de la Carrera, los cuales en su trayectoria formativa nunca han atendido estas poblaciones altamente vulnerables. Los mismos mencionan en sus informes finales no sentirse preparados para la atención de estas personas. Si bien las técnicas o prácticas odontológicas son una sola, pocos son los odontólogos que atienden a esta población.

En mi experiencia sólo se requiere paciencia y empatía por parte de los profesionales. Por tal motivo para desterrar mitos sobre la necesidad de emplear técnicas odontológicas distintas o especiales y para formar futuros profesionales que incluyan en su atención diaria a la población antes mencionada, considero necesario revisar el programa y promover prácticas odontológicas para la atención de pacientes con discapacidad y adultos mayores.

Entendiendo al Curriculum como elemento dinámico que responde al contexto social y sus necesidades considere oportuna la incorporación de prácticas situadas (prácticas profesionales supervisadas) de los estudiantes para lograr mayores capacidades de ellos en la atención odontológica durante el ejercicio de la profesión. Se aspira, además, a potenciar los servicios de atención para esta población vulnerable mediante la posibilidad de sembrar a futuro, especialistas en este tipo de prácticas odontológicas o bien, que los futuros colegas consigan empatizar con estas personas y pacientes logrando, desde la odontología, mejorar su calidad de vida.

La atención odontológica de personas con discapacidad (transitoria o permanente) y de adultos mayores resulta un problema invisibilizado de la práctica profesional general. La estética dental, las nuevas tecnologías (impresiones digitales, coronas dentales talladas por dispositivos de última tecnología), los desarrollos innovadores (duchadores bucales, cepillos y limpiadores dentales eléctricos), nuevos insumos (nuevos materiales dentales que reemplazan al metal como el zirconio) e instrumental y herramientas modernas (mayor utilización del láser y turbinas eléctricas, en reemplazo de las neumáticas que requieren compresores ruidosos) mercantilizan el servicio de las prácticas de salud bucal y las orientan hacia la estética, o generan en el paciente el consumo de tratamientos de alto costo, pero no siempre idóneos o necesarios.

Considero pertinente comentar que siendo la universidad una institución pública, se debe prestar atención a los aportes e intervenciones que realizan los laboratorios de medicamentos, empresas de productos para la salud bucal y empresas locales de insumos odontológico ya que las mismas podrían actuar como lo que según Ball y Youdell (2007) denominan sistemas de privatización exógena de la educación.¹ No por ello debe desvincularse de las mismas ya que son necesarias e incluso tanto estudiantes como docentes somos dependientes para el desarrollo de las prácticas durante el cursado y luego en la práctica profesional de los odontólogos.

¹ Ball y Youdell, proponen el término de la privatización exógena, o 'privatización de la educación', cuando se permite la participación del sector privado en la educación pública a fin de que este diseño, gestione o provea aspectos de la educación pública'

Durante la formación de grado, estos vínculos entre la universidad y empresas o laboratorios son evidentes por ejemplo en el desarrollo de proyectos de extensión en geriátricos e instituciones que asisten personas con discapacidad. Esto quizás en parte es, como manifiestan Moschetti, Fontdevila y Verger (2017), un fenómeno generado por una relativa ausencia del Estado en materia de provisión educativa. Es necesario ser objetivos en la conformación de convenios donde las empresas o laboratorios brindan ayuda ya que el uso de productos odontológicos brindados por los mismos propiciaría vínculos con pensamiento mercantilista desde la formación de grado, generando subjetividades al momento de discernir al momento de consumirlos para la práctica profesional. Es por ello que como docentes debemos aprovechar los recursos brindados por las empresas, sin dejar de tener presente que existen otras posibilidades y de ese modo incentivar al pensamiento crítico y que sea más conveniente en cada situación, evitando de ese modo las practicas mercantilistas que se infiltran exógenamente en la vida universitaria de nuestra institución.

Es necesario, por otro lado, reconocer las condiciones laborales de los profesionales odontólogos que atienden a este grupo poblacional donde las prácticas odontológicas se garantizan mediante dos posibilidades en nuestro país: por la vía de trabajo privada donde la atención brindada genera un costo que debe afrontar el paciente y donde los mismos son proporcionales a la calidad de la práctica y los insumos utilizados; o por la vía pública, mediante el Estado en organismos públicos o aquellos que hacen convenio con agencias prestadoras de salud. En estos últimos el costo es transferido al estado (a la sociedad mediante impuestos) o en el segundo caso a la cuota que pagan los afiliados a la prestadora. En los casos donde la salud es brindada por el estado o por prestadoras de salud, la atención odontológica queda limitada a los costos que maneja cada institución que por lo general disponen de insuficientes recursos para garantizar las prácticas odontológicas requeridas lo que impacta en los resultados a largo plazo por ser prácticas como extracciones dentarias e inactivaciones (arreglos con materiales de duración intermedia).

Este aspecto, relacionado con la conformación actual del mercado de empleo de la profesión, es vivenciado por los estudiantes desde el inicio de la cursada. Se genera, asimismo, la dicotomía según la práctica, si el profesional presta un servicio o colabora en garantizar un derecho (a la salud). Esa realidad planteada, es ajena muchas veces a la sociedad; no obstante

miles de pacientes adultos mayores y personas con discapacidad viven esa situación a diario. Para este grupo de la sociedad el acceso a la salud bucal es un derecho postergado o dependiente de su responsable (cuando los tienen) y/o del sistema de salud al que pertenece. Es por ello que en el Curriculum de la carrera desde el año 2011, se encuentra como materia optativa la atención para adultos mayores y para personas con discapacidad. Ello se condice con el perfil que se busca del egresado, como profesional agente de la salud y con responsabilidad social.

Asimismo, dentro del plan de estudio existe la asignatura Odontología Integral, Práctica Profesional Supervisada, la cual se realiza al finalizar la cursada con el propósito generar practicas situadas en contextos de instituciones de salud donde se prestan servicios de atención odontológica. La misma busca integrar y poner en práctica las destrezas y habilidades incorporadas en la carrera de grado, proponer modelos alternativos de atención de la salud bucal e investigación en servicio. También busca que los estudiantes puedan identificar los factores sociales, culturales, políticos y económicos que inciden en la producción de la enfermedad y el estado de salud bucodental de la población y, proponer y ejecutar el plan de tratamiento de acuerdo a las disponibilidades del servicio.

Esta es una instancia que posibilita lo que Diaz Barriga (2003) denomina el aprendizaje situado, siendo que los cursantes tienen la posibilidad de integrarse a los equipos de salud en los servicios de odontología de la región. Es común en los cursantes que pasan por el servicio al que pertenezco, la necesidad manifiesta de mayor formación durante el grado para poder desarrollar mejores técnicas y destrezas en la atención de personas con características particulares como son los que propone el presente trabajo.

Por todo ello, la propuesta de innovación que se propone pretende incorporar prácticas profesionales supervisadas a las asignaturas que abordan el trabajo de pacientes con discapacidad y adultos mayores. Durante la cursada el estudiante deberá realizar una correcta valoración, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y rehabilitación (como así también derivaciones y/o interconsultas) adecuado a las necesidades y condiciones que presente el paciente para su atención bucodental, integrando los conocimientos de materias cursadas y lo

aprendido en el proceso de atención clínica; pensándolo desde una perspectiva que contemple la salud como *proceso integral*.

La necesidad de incorporar las prácticas en los centros de salud es planteada a fin de que los estudiantes tengan la vivencia de atender y aprehender técnicas para el abordaje idóneo de las necesidades de salud oral de este grupo de personas y de ese modo, al momento de ejercer su actividad profesional, logren sentirse preparados y seguros ante dicha situación odontológica.

Analizando las prácticas profesionales desde una visión vigotskiana el aprendizaje que se propone implica el entendimiento e internalización de los símbolos y signos de la cultura y grupo social al que se pertenece (ser y saber odontológico en este caso), dónde los estudiantes se apropiarán de las prácticas y herramientas culturales a través de la interacción con miembros más experimentados (los docentes /odontólogos). De ahí la importancia que tienen en esta aproximación los procesos de andamiaje del enseñante y los pares, la negociación mutua de significados y la construcción conjunta de los saberes. En este modelo de enseñanza situada recobran importancia las prácticas pedagógicas deliberadas, los procesos de mediación del aprendizaje ajustado a las necesidades del estudiante y del contexto, así como las estrategias que promuevan un diálogo colaborativo o recíproco.

En cuanto al componente social considero que la universidad pública es una institución protagónica al ser creadora de la misma y como tal, mantiene un compromiso para con la sociedad a la que pertenece. Destaco la importancia de la presente propuesta para que la misma sea capaz de dar respuesta a la problemática planteada, más adelante presento el número de habitantes que conviven con alguna discapacidad o son adultos mayores y no tienen acceso a una atención odontológica efectiva o exclusiva, siendo por ello marginados e invisibilizados por la sociedad.

Es inminente hacer visible esta realidad porque como ciudadanos deben ver cumplido su derecho de acceso a la salud y que la misma sea de calidad. En la región donde está la UNNE, Corrientes y Chaco, no existen muchas instituciones públicas que trabajen de modo específico en la atención odontológica a personas con discapacidad, y donde solo existe un hospital para

la atención de adultos mayores en la región. La universidad debiera dar respuesta a esta necesidad; por ello se busca potenciar el conocimiento y visibilizando a esta población, para así, posteriormente aplicar políticas institucionales que generen profesionales capacitados para la atención de los mismos y que ya sea por vía estatal o por iniciativa privada, puedan dar respuesta a la necesidad de restablecimiento de la salud bucal de estas personas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Mejorar y fortalecer los procesos de formación de los estudiantes de odontología en el campo de la atención de adultos mayores y personas con discapacidad a fin de lograr la visibilización de esta temática mediante la incorporación y la capacitación en prácticas situadas para el abordaje de las necesidades del componente bucal de la salud de esta población particular.

Objetivos específicos:

- Diseñar una propuesta pedagógica de aprendizaje desde la práctica o de aprendizaje en servicio que propicie en los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de odontología de la UNNE para una formación práctica con responsabilidad profesional y compromiso social.
- Posibilitar el desarrollo de experiencias de aprendizaje que incluya estrategias de trabajo colaborativo e interdisciplinario, con especialistas de diferentes campos en una visión integral de la salud.
- Conformar un espacio de práctica en el que los cursantes reconozcan el acceso a una salud integral de todos los pacientes concientizando, a partir del trabajo profesional situado, sobre la realidad de este sector de la sociedad en particular.
- Generar espacios de articulación entre la universidad y servicios de odontología que trabajen con este grupo poblacional, para promover verdaderos espacios inclusivos en salud odontológica.

MARCO CONCEPTUAL

La universidad es una institución constituyente de la sociedad que, hasta el día de hoy, ha perdurado por su adaptabilidad los cambios en su estructura y organización a través de los siglos. Como Castañuela Sánchez (2016), escribe en su artículo sobre la universidad, ésta es la *“organización social más exitosa que ha generado el hombre, por lo cual en ella reside el motor futuro de las sociedades, en la mente de sus jóvenes y en los diferentes actores que la conforman”*.

Desde hace mucho tiempo se ha acusado a las universidades de encerrarse en su torre de marfil, o sea, de despreocuparse de los problemas de su entorno. Y si bien es cierto que por ello vivimos situaciones como la Reforma Universitaria de 1918²; comparto en este sentido la opinión de González Cuevas (2006), en que esta acusación por momentos no es justa ya que ella también es responsable de muchas innovaciones y aportes tanto científicos como sociales para la comunidad y su entorno. No obstante, hay que tener presente que, si bien la estructura es firme, la misma se sostiene por agentes que la forman como ser el cuerpo docente y los estudiantes que a ella concurren y recae principalmente en ellos ser centinelas de la calidad educativa, las funciones de extensión y sus formas de actuar para y con su entorno.

Muchas veces es cierto que los planes de estudio y los métodos convencionales de enseñanza no favorecen el desarrollo de una educación “superior”, y ello es un problema a la hora de buscar desarrollar profesionales o egresados con capacidad de ser o actuar como agentes de cambio. El incorporar una visión crítica, en el sentido positivo de la crítica, a los planes de estudio y a las actividades que se desarrollan en el salón de clase resulta por momentos difícil, en especial en las carreras de ciencias duras como ser las ciencias médicas (odontología

² La Reforma Universitaria Argentina (1918) Fue un movimiento estudiantil y social que inició en la Universidad de Córdoba con el fin de democratizar las condiciones de acceso y participación; planteaba la reactualización de los planes de estudio y de las metodologías para implementarlos; reivindicaba la libre expresión de ideas que habían quedado sepultadas; y, sobre todo, conducía hacia una disputa de clase. Como golpe de efecto, la democracia en el sistema universitario traería aparejada mejores condiciones para los individuos de clase media. La Reforma Universitaria, que comenzó en la Universidad Nacional de Córdoba y halló en Deodoro Roca uno de sus principales referentes, se anticipó medio siglo a lo que el mundo entero conocería como “Mayo Francés”.

incluida) ya que resulta más difícil criticar a la naturaleza que, a los procesos sociales. Pero aun en las ciencias médicas es posible tomar una posición crítica sobre sus métodos, a su accionar o proceder con los pacientes y su papel en la sociedad.

Cuando se habla de innovación etimológicamente hablamos de innovar desde dentro³, es decir, que la innovación se asocia a “hacer, desde dentro, algo nuevo”. El Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (RAE) otorga como significado al término “innovar”: “(verbo transitivo), mudar o alterar algo, introduciendo novedades”. En esta definición se habla de un genérico “algo”, y se sigue aludiendo a cambios o modificaciones, pero se incluye la noción de “novedades”. Si también analizamos el significado de la noción de “novedad”, encontramos que hace referencia a “cualidad de nuevo”, “cosa nueva”. De este modo encontramos que la innovación no solamente implica cambiar algo, sino que se trata también de introducir una cosa nueva.

Fernández Lamarra (2015), analiza que aspectos involucran a la innovación y dan tres características fundamentales y que considero necesarias de comentar. Para el autor, para que una innovación educativa sea verdadera debe cumplir tres requisitos: ser algo nuevo, que mejore y genere un cambio. Esto implica que, si un cambio no genera mejora o bien una nueva estrategia no produce una mejora, no son verdaderas innovaciones educativas. Para estos autores, y comparto, la innovación requiere de esas tres características para ser entendida como tal.

En concordancia con el autor anterior, Lucarelli (2004) sostiene que:

“una perspectiva crítica de la innovación implica protagonismo en las prácticas de enseñanza y de programación de la enseñanza, en sus relaciones con el afuera, con la profesión o con otras acciones más allá de la enseñanza; rupturas en las prácticas habituales que se dan en el aula de clase, a partir de la búsqueda de resolución de problemas afectando, o pudiendo afectar, de alguna manera, el conjunto de relaciones de la situación” p11.

³ Su raíz etimológica latina “innovare”, que significa “hacer nuevo, renovar”; y que, si la descomponemos, a su vez procede de “in”- que significa hacia dentro y de “novus”, que significa nuevo

Precisamente con el trabajo presentando se busca la aproximación con la comunidad, con el afuera. Se busca romper con la burbuja protectora que representaría la universidad y salir a afrontar la realidad con sus dificultades y situaciones particulares. Se busca lograr un estudiante que conoce a su comunidad, conoce los problemas de la misma y que sea capaz que de accionar en forma positiva sobre la misma.

Según Barraza Macías (2013), lo que hace que un cambio sea una innovación es que el cambio se haya producido con una intencionalidad. El componente intencional de la innovación hace que esté asociada a un objetivo y meta previamente estipulados. Otras características que este autor relaciona para definir la innovación como tal son a) necesita ser duradera; b) tener alto índice de utilización y, c) estar relacionada con algo sustancial, lo cual la hace diferente a las simples novedades.

Cada sociedad y más precisamente la comunidad universitaria en particular es la que determina los parámetros y condiciones que necesita de los profesionales que ha de formar para su posterior inserción como miembros activos de la misma. Para lograr ese objetivo, podría decirse que las universidades e instituciones de formación, mediante sus docentes o programas de cambio curricular, son los medios reconocidos social y constitucionalmente para ese cometido (no son los únicos, pero es dentro de él que se encuadra el presente proyecto). Es por ello que resulta lógico pensar que las necesidades de la sociedad son llevadas por los mismos miembros que están dentro de las instituciones para la generación de cambios, adaptaciones o innovaciones curriculares.

Partiendo desde esa perspectiva quisiera abordar en lo sucesivo que implicaría la reflexión curricular del problema vigente de los adultos mayores y personas con discapacidad. Es necesario visibilizar en los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) esta población. Debemos mostrarles durante el desarrollo del cursado de la carrera que estos pacientes llegan a la consulta odontológica durante la práctica diaria con el propósito de que se les resuelva alguna disfunción del componente bucal de su salud y es por ello que deben estar preparados para el manejo de la atención con las particularidades y técnicas que se requieran en el caso. El propósito es lograr generar que el futuro profesional sea capaz de realizar las atenciones evitando la negativa en su atención, que podría complicar el cuadro clínico del paciente.

Como afirma Castañuela Sánchez (2016), la reconfiguración del papel de la universidad es un deber ser para con la sociedad, los actores universitarios, tanto docentes como estudiantes, deben tener una misión humanística. Esto implicaría que la universidad debe formar estudiantes con un corazón y una visión humanitaria, lo cual se condice con el perfil que se espera del egresado de la UNNE. Para ello las aulas de la universidad es dónde deben gestarse los nuevos agentes de cambio, para que la sociedad evolucione y se logre un mejor bienestar de toda la sociedad.

Ante lo planteado anteriormente es que la propuesta busca que los futuros profesionales se encuentren preparados para afrontar la atención de toda la población, incluida aquella vulnerable por discapacidad o ser adulta mayor. Esto lograría evitar derivaciones que acarrearía demoras en la atención, saturación de servicios especializados y complicaciones en su salud bucal, general y psicológica, tanto del paciente como del grupo familiar o de personas que los acompañan (en los casos en los que disponga de ellos).

Como Krämer y col. (2016) reconocen, que las personas adultas mayores y con discapacidad pueden estar en un mayor riesgo de enfermedades bucales a lo largo de su vida. La patología oral⁴ puede tener un impacto en la salud general y la calidad de vida de las personas con ciertos problemas de salud. Por ejemplo, las personas con compromiso del sistema inmune o condiciones cardíacas (habitual en personas con síndrome de Down, por ejemplo) asociadas con endocarditis son especialmente vulnerables a los efectos de los patógenos orales. Las personas en situación de discapacidad cognitiva, del desarrollo o física que no tienen la habilidad de entender, asumir responsabilidades, o de cooperar con las prácticas de prevención en salud bucal, también aumentan su susceptibilidad a enfermedades bucodentales. La salud bucal es una parte inseparable de la salud general y el bienestar.

Es fundamental por ello, el trabajo de las entidades especializadas que atienden tanto con las personas con discapacidad como con adultos mayores. Las organizaciones que los agrupan, sus representantes y familias propician la inclusión y el cambio social. Aquí la universidad también debe sumarse y ser un agente responsable más que nos permita avanzar en la

⁴ Patología oral, entendida como cualquier disfunción del sistema estomatognático, caries, enfermedades periodontales, retraso eruptivo, dientes retenidos o supernumerarios, alteraciones en tejidos duros o blandos de la cavidad bucal, que determinen un desequilibrio de la misma.

eliminación de las barreras que limitan el goce pleno de los derechos de todas las personas ya sea se encuentren en situación de vulnerabilidad o no.

De la misma forma, el presente trabajo sería el inicio de la generación de Políticas Públicas en materia de salud bucal para las personas adultas mayores y con discapacidad, mediante el fortalecimiento y preparación de los equipos de trabajo, la formación de redes de colaboración entre la universidad, atención primaria y secundaria. Todo esto vinculando a la familia en acciones de promoción y prevención. Siempre sin olvidar que el eje central de estas acciones son mejorar el bienestar e inclusión social de todas las personas.

El Curriculum Como Posibilidad De Cambio

Para de Alba (1995), todo currículum es “síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta político – educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios [...] Síntesis a la cual se llega por diversos mecanismos de negociación u imposición social”

Una versión más clásica identifica al Curriculum o currículo⁵ con los documentos que prescriben los asuntos de la enseñanza, es decir el material en el que se explicita el carácter y los alcances de las propuestas educativas que llevamos a cabo (Coscarelli, 2015). Es decir que lo que hace es estipular qué debe enseñarse, a quiénes, cómo y en ese cometido conlleva una manera de agrupación de los sujetos, la secuenciación de actividades y tiempos y configura, con otras creaciones, como clase, grado y método un determinado ordenamiento institucional.

El Curriculum, es formador de sujetos y de subjetividades, afirma Coscarelli (2015); es decir de culturas interiorizadas, es un propagador de la cultura institucional. El Curriculum es más que una prescripción rígida e inalterable se realiza en la práctica en los intercambios de sentidos de sus sujetos. Suma Puiggrós(1995) la idea de que el currículo se realiza, no solo dentro de la institución, sino que, consciente e inconsciente dentro y fuera del aula.

⁵ La pedagoga argentina Flavia Teriggi, especialista en la temática curricular nos recuerda la correcta ortografía del término: el Curriculum y su plural los curricula del latín y respectivamente currículo y currículos en la versión castellanizada. Lo usaré indistintamente. Ver Pág.26.del texto de la autora

El currículum entonteces, va mucho más allá de un listado programático de contenidos, se puede afirmar que es resultado de negociaciones y creencias que se infiltra por los pasillos, los patios y aulas, pero sobre todo es transformador de sujetos. Hernández Sánchez. & García García(2017), afirman que el Curriculum condiciona la percepción que tenemos de los otros, las posibilidades de participación, las interacciones e interrelaciones, los mensajes de aceptación o de rechazo explícito y/o encubierto.

Pero hay que ser conscientes que entonces *el currículum, como resultado de las negociaciones, vislumbra algunas realidades y silencia otras, las defiende o las desacredita*. En definitiva, el currículum deviene, consciente o inconscientemente, en la propuesta cultural que un centro educativo (como son las universidades y las escuelas) ofrece a su comunidad. Y esta propuesta, desde un enfoque educativo intercultural y con compromiso social, debería ayudar a representar las realidades culturales del contexto y favorecer, en la práctica, que los estudiantes puedan dotar de significado a sus experiencias vitales cotidianas.

Daniel Feldman (2016), afirma que los problemas relativos a la definición del contenido en la enseñanza universitaria están relacionados con las misiones de la formación superior y con el modo en que pensamos en los estudiantes. Estableciendo con esa afirmación que la formación curricular tiene una relación vincular innegable con la visión o perfil del egresado que posee cada universidad.

El Curriculum es dinámico, no algo estático y por ello los docentes responsables del mismo buscan a diario actualizarlo mediante innovaciones con el firme propósito de generar propuestas superadoras para mejorar los procesos del aprendizaje. Teniendo siempre presente el modelo de profesional que se busca formar. Como afirma Edith Litwin (2006) :

“entendemos que el gran desafío del currículo universitario es su posibilidad de cambio, reconociendo que no debiera cristalizarse, si atendemos a los desarrollos de la ciencia y la tecnología en cualquiera de los campos profesionales o académicos, y a las necesidades y requerimientos de nuestra sociedad en pos de la equidad” (p31)

Comparto con Abate y Orellano (2015) la idea de que con anterioridad los docentes consideraban a la planificación de un curriculum como la simple organización de contenidos

disciplinarios sin embargo; se debe reconocer la necesidad de incluir y hacer visible los saberes que hacen a la práctica o quehacer profesional.

Especialmente, en el contexto en el que me desempeño, la necesidad de que estudiantes de odontología logren desarrollar técnicas y habilidades que deban ser aplicadas sobre personas para devolverles su estado de salud y que el mismo responde a un procedimiento técnico con base científica y biológica. Todo ello siempre respetando y aplicando las mismas bajo lógicas médicas atendiendo a una visión integral de la salud⁶.

Aportes de la Sociología

Las instituciones educativas tanto escuelas como universidades, son instituciones socializadoras por excelencia donde se configura la identidad de los sujetos (estudiantes) con valores centrales de la cultura. Como afirma Fernández Palomares (2003), cada sociedad configura el tipo de escuela/universidad que le resulta eficaz para producir el tipo de personas que necesita. Sociólogos como Giroux, desarrollan teorías donde afirman que las instituciones educativas generan el ámbito propicio para la construcción de personas comprometidas con la democracia; lo que implicaría una formación para el desarrollo del sentido de lo público, lo común y lo de todo sin exclusiones.

Ciertamente así como las instituciones pueden fomentar y propiciar espacios para el desarrollo de personas comprometidas para la participación comunitaria, el trabajo colaborativo, la inclusión social y el respeto a las diversidades también pueden, según el propósito de la formación, propiciar lo contrario; exclusión, competencia desleal e individualismo. Es por ello de la necesidad de entes reguladores que analicen críticamente los programas educativos, el perfil del egresado y generen políticas para la inclusión y respeto social.

⁶ Salud Integral, comprende el clásico concepto de salud brindado por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), pero se remarca la palabra integral para denotar la importancia de las conexiones indivisibles que existen entre los órganos y sistemas del organismo y la relación hacia su entorno; haciendo de este modo comprensible que cualquier alteración tiene repercusión en la salud.

Los centros educativos, como sistemas sociales abiertos al entorno que son, están en un continuo feed-back con el medio social. La apertura de la organización al entorno viene a dar, de acuerdo con el modelo de contingencia o sociotécnico, respuestas funcionales al entorno social, que es el que proporciona las materias primas al centro educativos (estudiantes, docentes, financiación...) recibiendo a cambio capital humano y soluciones a su incertidumbre.

Todo centro educativo, como afirma Fernández Palomares (2003), es una organización social, es decir un sistema social o totalidad articulada, que cuenta con un círculo preciso de miembros configurados racionalmente siguiendo un modelo burocrático, que tiene como objetivo conseguir en reciprocidad con su medio o entorno social los fines específicos que se figura: la socialización moral y la técnica de jóvenes generaciones.

Para la sociología, las instituciones educativas son organizaciones al servicio de los jóvenes, unidades sociales investidas de la función de servicio consistente en la socialización técnica y moral de las nuevas generaciones. Es lo que afirma Durkheim (1934) en *La educación moral*: que el objetivo de la escuela como organización es acometer la socialización cultural y técnica de las nuevas generaciones, con el objetivo de crear el “yo social” de cada uno. Una socialización cultural consiste en crear en cada uno la conciencia común, base de solidaridad mecánica, la que contiene la primera fase de la constitución de la sociedad y que lleva a cabo transmitiendo en la escuela obligatoria, actitudes, creencias, valores y normas sociales en la escuela obligatoria mediante materias culturales (lengua, matemática, geografía, historia, entre otras). Y una socialización técnica consiste en formar seleccionando y clasificando las nuevas generaciones para la solidaridad orgánica o interdependencia funcional en la escuela postobligatoria (universidades e institutos de formación profesional) mediante las materias que constituyen la lógica tenocrática (ciencias experimentales, idiomas, diseño, por mencionar algunas) y los niveles especializados del sistema escolar.

De este modo se puede observar que los objetivos que se aplican de manera específica en cada centro educativo son el resultado de la contextualización específica del currículo que fija el sistema educativo. Por ello puede verse que las líneas generales de los objetivos de la acción educativa formal, se formulan leyes y decretos que buscan regular los sistemas educativos, que recogen los principios hegemónicos en cada coyuntura sociohistórica.

Curriculum y sociedad

Según García y Puigvert (2003), las perspectivas sociales y educativas que subyacen a la definición de currículo son elementos fundamentales para una sociología que apuesta por la transformación de la sociedad en vez de por la reproducción o ampliación de desigualdades.

Entendiendo de este modo que el desarrollo de propuestas y modelos curriculares evoluciona en íntima relación con la realidad social y la situación sociohistórica. La sociedad actual planea que las relaciones entre las instituciones educativas y la comunidad, son cada vez más decisivas y relevantes en el proceso de aprendizaje de las personas.

Teniendo en cuenta esta situación de partida, se entiende que el desarrollo de propuestas y modelos curriculares evolucione en íntima relación con la realidad social y la situación sociohistórica. El currículo tiene, por tanto, una naturaleza social. Pero, así como la sociedad determina o condiciona al mismo, también se ha desarrollado respondiendo a intereses personales y sociales determinados y perpetuando relaciones de poder. En la medida que representa un conjunto de elecciones en materia de objetivos, contenidos formas de evaluar, entre otras; y de convicciones acerca de cómo deben conseguirse estas elecciones, supone necesariamente un conflicto entre distintas concepciones de sociedad y entre posturas sociales, éticas y morales. Por ello la existencia de diversas formas de clasificación o enfoques curriculares⁷ que se diferencian según los criterios que utilicen. En el fondo las cuestiones curriculares responden al tipo de sociedad que anhelamos.

Planteado de este modo al currículo es clara que la búsqueda de una sociedad inclusiva y que respete a las personas mayores y con discapacidad generará currículos que las incluya, no solo para el abordaje de estos grupos sociales, sino que los incorpore en sus programas promoviendo la inclusión de los mismos en las tomas de decisiones al respecto de programas destinadas a ellos. Ese sería un verdadero modelo inclusivo ya que desde el ejercicio se

⁷ La perspectiva clásica diferencia 5 orientaciones curriculares: cognitivista, tecnológica, personalizada, racionalista académica y reconstrucción social. No obstante, las teorías sociales (Habermas) y educativas-críticas (Freire), junto con experiencias educativas igualitarias, generan nuevas perspectivas de currículo crítico y comunicativo (Ferrada, 2001)

potencia su incorporación y participación reconociéndolos parte de la sociedad que determina el modelo curricular que desea su reconocimiento para el trabajo de sus estudiantes.

La Práctica Situada Como Metodología De Enseñanza

Para Cols (2008), la preparación para una práctica implica que la referencia de los contenidos, que es necesario poner a disposición de los futuros profesionales, está constituida no solo por un conjunto de saberes eruditos sino que remiten en gran medida a prácticas sociales y a todos aquellos elementos constitutivos de esa práctica. Teniendo presente ello es que considero necesario remarcar la necesidad de reconocer las prácticas odontológicas como prácticas con un componente social ya que el quehacer de esta realiza va a repercutir socialmente, desde la relación del paciente con su entorno, hasta su autopercepción y estima, lo que denota la importancia de esta profesión médica más allá de lo biológico.

La enseñanza situada que Díaz Barriga (2003) la caracteriza por destacar la importancia de la actividad y el contexto para el desarrollo del aprendizaje y reconoce que el mismo es, ante todo, un proceso de enculturación en el cual los estudiantes se integran gradualmente a una comunidad o cultura de prácticas sociales. En esta misma dirección, se condice la idea de que **aprender y hacer son acciones inseparables y, en consecuencia, un principio nodal de este enfoque plantea que los estudiantes deben aprender en el contexto pertinente.**

Generalmente en los planes de estudios años atrás la discapacidad y la gerontología no eran abordados. Actualmente, en términos generales, estos son tratados en materias optativas. Sin embargo, es esperable ya que no eran poblaciones aceptadas socialmente siendo que representan lo que la población niega o rechaza: la vulnerabilidad, la dependencia y la mortalidad. Pero esta visión está siendo cambiada por una inclusiva y humana, por ello de la incorporación de variadas asignaturas que potencian la visión humanística dentro de la medicina y las ciencias duras en general.

Es importante que los estudiantes incorporen logren los conocimientos pero que a la vez los mismos no sean ajenos a la realidad en la que se desenvolverán luego. En odontología el ejercicio de la profesión los desafiará diariamente con la realidad y situaciones socioculturales, más allá de los problemas de salud de los pacientes; y es por ello que los estudiantes no deben desconocer el contexto en el que se desenvolverán.

Las practicas supervisadas que propone el proyecto generaría que la enseñanza transcurra en contextos significativos (hospitales, centros de salud específicos) propiciando que los estudiantes se enfrenten a problemas y situaciones reales, ciertamente con un tutelaje y promoviendo la reflexión en la acción y enseñando estrategias adaptativas y extrapolables.

Davini (2008), afirma que el:

“aprendizaje significativo es posible cuando quien aprende relaciona las informaciones y el significado del contenido sobre el que trabaja, los vincula con sus conocimientos, significados y experiencias previas, y por ello, los comprende. Ello demanda una intensa actividad participativa de quienes aprenden, reflexionando, debatiendo y descubriendo relaciones”.(p. 47)

Comparto con Diaz Barriga (2003) en la búsqueda por generar el aprendizaje significativo que propone Ausubel (1983) debe realizarse mediante la creación de “ambientes de aprendizaje” que propicien la participación de los actores, esto puede darse cuando se generan actividades de valor innegable para los individuos(estudiantes y docentes) y sus grupos o comunidades de pertenencia. La conformación de este paradigma educativo, requiere de la incorporación de enfoques como el de la enseñanza situada . Puesto que las personas actúan y construyen significados dentro de sus comunidades de práctica y todo pensamiento, aprendizaje y cognición se encuentran situados dentro de contextos socioeducativos y culturales particulares, tanto el diseño como el desarrollo y evaluación de la instrucción están adoptando crecientemente los principios de la cognición y enseñanza situada.

Lo planteado busca de lograr *mejoras educativas significativas* para la formación del conocimiento práctico, la capacidad para resolver problemas, tomar decisiones y aprender de modo contextualizado. Con ello, los estudiantes desarrollan un importante bagaje de capacidades y habilidades necesarias para la vida, para la acción y para el aprendizaje permanente en la profesión.

Antes de continuar es necesario dejar en claro los conceptos y contexto de las personas con discapacidad y adultos mayores, para a partir de ello lograr profundizar el análisis.

¿Qué Se Entiende Por Persona Con Discapacidad?

Para conceptualizar a quienes se conoce como Persona con discapacidad, hay que partir desde un punto de vista teórico, según el documento Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicado en 2001 por la Organización Mundial de la Salud, considera que la discapacidad es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, originada en la interacción entre la persona con una condición de salud y los factores contextuales (entorno físico, humano, actitudinal y sociopolítico), para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según su sexo y edad.

Según dicho concepto intentaré realizar un desglosamiento de mismo para una mejor comprensión de lo que el mismo abarca. La limitación en la actividad se refiere a “las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de las actividades”. La restricción en la participación incluye “los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales”; a su vez, es determinada por “la comparación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad”. La condición de salud es “un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión”. Finalmente, los factores contextuales (entorno físico y social) son el medio en el que se desempeña el individuo; por ejemplo, en la

comunidad, en la escuela, en el trabajo, entre otros, y en relación con pautas culturales conocidas y compartidas.

El gran aporte que resalta de este concepto es el reconocimiento de la discapacidad como un fenómeno complejo que no contempla al individuo de forma aislada, sino en su interacción con la sociedad en la que vive. Esta definición reconoce, el contexto social como un factor a considerar en la discapacidad de una persona, algo que otras definiciones previas no lo consideraban ya que solo se basaban en las competencias biológicas de los individuos.

En América Latina se estima que 85 millones de personas tienen discapacidad y tienden a incrementarse las enfermedades no transmisibles y por causas externas, además del envejecimiento de la población que se viene dando por el aumento en la esperanza de vida en la región gracias a los avances científicos y tecnológicos.

Por su parte, el acceso a la atención odontológica para este grupo de personas que presentan características particulares, evidencia la presencia de barreras y la falta de experiencia de los profesionales en la atención de este tipo de pacientes y una orientación adecuada a sus cuidadores. Algunos odontólogos consideran no sentirse preparados para atender una persona con discapacidad, principalmente las que tienen que ver con la salud mental, enfrentándose con frecuencia a temores y dudas sobre el manejo que debe asumir ante una persona con esta condición, por cuanto los vínculos de comunicación tienen un componente adicional de dificultad; sin embargo, el profesional está en la obligación de proporcionar una odontología para todos sus pacientes. Asumir la dificultad que genera la llegada de un paciente con discapacidad en la rutina de un consultorio, la necesidad de contar con condiciones edilicias adecuadas, el tener equipos especiales, la inadecuada compensación del tiempo invertido en cada paciente y los honorarios generados dificultan la tarea y requieren de mayor preparación para prestar un servicio digno.

En la actualidad, se reproducen prácticas de cuidado y actitudes de sobreprotección hacia estas personas, muchas veces por desconocimiento o menosprecio. Esto termina generando políticas y acciones que promueven la inactividad y la dependencia (subsidios) de ellas hacia el estado o los empleadores, siendo que no siempre debe de ser así.

La identificación de las personas con discapacidad algunas veces resulta evidente otras no. Es necesario aclarar que en ocasiones remite a la autopercepción del individuo acerca de sus dificultades para ver, oír, agarrar y levantar objetos con las manos o brazos, caminar o subir escaleras, bañarse, vestirse o comer solo, hablar o comunicarse, aprender cosas, recordar o concentrarse y controlar su comportamiento, entre otras.

A su vez, es importante hacer la aclaración que aporta el estudio nacional del perfil de Personas con Discapacidad (INDEC, 2018) donde aclara:

“debe tenerse en cuenta que la limitación en la actividad y la restricción en la participación siempre deben estar originadas en una condición de salud, es decir, causadas por algún problema en las funciones o estructuras corporales, tales como anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en ellas. No corresponden y, por lo tanto, se excluyen limitaciones y restricciones originadas en factores socioeconómicos y/o culturales (por ejemplo: niños que tienen dificultad en su ingreso a una escuela debido a escasos recursos económicos o desinterés de su familia; personas que no participan en un ámbito deportivo porque son excluidas por su raza o religión, etc.).” (p 27)

En el mismo libro se reconoce que si bien todas las personas tienen limitaciones o restricciones para realizar diferentes actividades, generalmente estas no afectan en gran medida su desenvolvimiento y vida diaria (ej. Astigmatismo o presbicia). Sin embargo, algunas personas tienen dificultades, ya sea de nacimiento o porque las adquieren durante su vida, originadas en una condición de salud, que, al interactuar con diversos factores contextuales (edificios, viviendas, escuelas, medios de transporte, servicios, legislación, programas, políticas, etc.) afectan su desenvolvimiento y vida diaria.

Características De Las Personas En Esta Propuesta De Innovación

De acuerdo con los cálculos de la OMS, más de 1000 millones de personas —alrededor del 15% de la población mundial— tienen alguna forma de discapacidad (transitoria o

permanente). Por otro lado, las previsiones indican que esa cifra aumentará como consecuencia del envejecimiento de la población y de la creciente prevalencia de las enfermedades no transmisibles. Aunque las personas con discapacidad se ven desfavorecidas, no todas ellas enfrentan los mismos obstáculos, ya que estos dependen de varios factores, como el lugar donde viven y la equidad en el acceso a la salud, la educación y el empleo.

En Argentina, según censo 2010, viven más de 5 millones de personas con dificultad o limitación permanente (DLP), lo cual es equivalente al 12,9% del total de la población, resultando semejante a las estimaciones mundiales. Respecto a la distinción por géneros, las mujeres representan un porcentaje levemente mayor (14% contra 11,7%). Dentro de la población económicamente activa con dificultad o limitación permanente, menos de la mitad (44,6%) tiene un trabajo como ocupación (hay que tener en cuenta que de este porcentaje el 59% posee atrofias visuales en todas sus presentaciones).

Otro indicador más actual, pero basado en encuestas que incluyen autopercepciones del grado de dificultad que poseen las personas para realizar actividades simples y de rutina doméstica es el “Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018”, en el mismo se presenta que la prevalencia de población con dificultad (es importante destacar que no habla expresamente de personas con discapacidad, sino que se utiliza un término más amplio) de 6 años y más es 10,2%. En términos absolutos, se corresponde con una estimación de 3.571.983 personas (Anexo 2).

Vuelvo a aclarar que para ese trabajo se considera persona con dificultad a aquellas que hayan manifestado tener “Sí, mucha dificultad” o “No puede hacerlo” en al menos una de las siguientes actividades: ver, oír, agarrar y levantar objetos con las manos o los brazos, caminar o subir escaleras, bañarse, vestirse o comer solo/a, comunicarse, aprender cosas, recordar, concentrarse o controlar su comportamiento y, en particular en el caso de los niños/as, jugar con niños/as de su edad. También incluye a las personas que indicaron usar audífono y tener certificado de discapacidad vigente, hayan respondido o no tener dificultad. En el anexo 1 se observa que la prevalencia de personas con dificultad presenta variaciones según se trate de varones o mujeres, y aumenta con la edad. En general, es mayor para las mujeres que para los

varones, en especial a partir de los 80 años, cuando alcanza una diferencia de 10 puntos porcentuales entre ambos sexos. El 50,4% de las mujeres de 80 años y más poseen dificultad.

Distinción En La Percepción De Los Tipos De Dificultades

Volviendo sobre el estudio del 2018 de la población argentina se puede determinar que, según el estudio, el 59,0% de la población con dificultad de 6 años y más declara experimentar solo una dificultad⁸, mientras que el 30,5% señala tener dos dificultades o más, y el 10,5% tiene solo certificado de discapacidad vigente, (ver anexo 3).

En cuanto al tipo de dificultad, entre la población que declara tener solo una dificultad se observa que la mayor cantidad se agrupa en dificultad motora, seguida por la dificultad visual, la auditiva y la mental-cognitiva. Las dificultades del habla y la comunicación, y del cuidado de sí mismo son las menos prevalentes. En relación con las dificultades del habla y la comunicación, y solo del cuidado de sí mismo, cabe mencionar que la escasa prevalencia que se observa proviene de las características de este tipo de limitaciones. Las personas con dificultad del habla y la comunicación en ocasiones también presentan dificultad mental-cognitiva, a la vez que las personas con dificultad del cuidado de sí mismo manifiestan también dificultades motoras. Ello indica que estas limitaciones se encuentran especialmente presentes en las personas con dos dificultades o más.

La importancia de la descripción de los tipos de discapacidades tiene la finalidad de que los estudiantes se aproximen a la comprensión del universo con el cual tendrán que trabajar, posibilitando trazar una práctica situada y acorde a estas personas.

La atención odontológica de un paciente con discapacidad no difiere en muchos aspectos de la que requiere una persona sin discapacidad. Formicola, et. all (2018), establece que el 90% de los pacientes con discapacidad, incluyendo adultos mayores con limitaciones en la

⁸ Se habla de dificultad y no de discapacidad ya que el estudio utilizó encuestas que dan resultados subjetivos dependientes de las percepciones del individuo al respecto de sus capacidades y no pueden por ello ser objetivables por algún tipo de medición.

comunicación y despalazamiento, pueden ser atendidos por odontólogos de práctica general. El desafío, no obstante, se presenta en el abordaje y la motivación que este paciente necesita, dónde se torna central el seguimiento y el tipo de tratamiento que se pauta para cada uno.

Por otro lado, conocer las diferentes discapacidades que presenta la población argentina, posibilitará que los profesionales odontólogos busquen diseños de consultorios y herramientas que se puedan adecuar, sino a todos, a la mayor parte de estas personas para poder darle así asistencia efectiva y pertinente para resolver el motivo de su consulta. La disposición de rampas, elección de pisos no resbalosos, la utilización de colores tranquilizantes y la disminución de los ruidos, son factores que todo profesional debiera tener en cuenta al momento de diseñar su consultorio para una atención universal; pero para ello es imprescindible que conozca la sociedad en la que se inserta laboralmente.

Es importante remarcar que en el presente trabajo se presentan estudios tanto de pacientes con discapacidad como de adultos mayores por separado ya que uno no implica el otro. Si bien la edad trae aparejadas limitaciones físicas y biológicas, al igual que procesos degenerativos propios, esto no siempre sucede del mismo modo ni para todos por igual, por lo que me veo en la necesidad de presentarlos separadamente, si bien pueden realizarse análisis semejantes en algunos casos.

Población Adulta Mayor

Respecto a los adultos mayores la forma más utilizada de relevar dicha información estadística y es a través de delimitar una edad alcanzada. De esta forma, y dependiendo de circunstancias y objetivos, se han utilizado los grupos de 60 años o más; 65 años o más y 70 años o más, aparte de otras opciones. En este trabajo utilizaré 65 años o más, ya que es el corte más utilizado, haciendo previamente la aclaración de que el criterio de la edad es tan sólo una aproximación práctica indistintamente de las capacidades.

El envejecimiento poblacional está asociado, por un lado, a la caída de la fecundidad y al aumento de la proporción de adultos mayores en los países en desarrollo, sumado al descenso

de las tasas brutas de mortalidad. A esta situación se le debe agregar el aumento en la esperanza de vida de las personas, con lo cual el escenario posee no sólo una proporción más elevada de personas mayores de 65 años, sino que, son personas que vivirán en promedio más años que en épocas pasadas.

En efecto, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según calcula la Organización Mundial de la Salud, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Esto significa que, en números absolutos, el aumento previsto será de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años.

En el contexto latinoamericano, Argentina y Uruguay constituyen dos casos particulares, ya que en ellos el proceso de envejecimiento se inició mucho antes que en el resto de los países de la región (Chackiel, 2004). Este acelerado proceso de envejecimiento plantea un desafío mayor a la hora de implementar y monitorear políticas públicas tendientes a establecer mecanismos de protección eficaces a las personas mayores que permitan hacer efectivo el compromiso a nivel internacional asumido por el Estado. Entendemos que el envejecimiento de las poblaciones puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero también creemos que constituye, al mismo tiempo, un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad y en el ámbito que nos ocupa particularmente, el acceso a una tutela judicial efectiva.

En Argentina, en la actualidad, se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. Según el Censo 2010, un 10,2% de la población tiene 65 años y más; es decir, existe una alta proporción de personas mayores con relación a la población total. Sumando esta a la disminución en la tasa de natalidad (ver anexo 1) se puede apreciar el envejecimiento poblacional. Una de las características de la población adulta mayor es la feminización de su composición a causa de los mayores niveles de sobremortalidad masculina. Para el año 2010, de un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más, 2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones.

Respecto a los adultos mayores sería conveniente destacar desde un nivel microsociedad, la existencia de etapas: la primera etapa está marcada por el retiro del mercado del trabajo y la

reducción del grupo familiar. La segunda etapa, la cual se establece cerca de los 80 años de edad, se caracteriza por el avance del proceso de fragilización humana y mayor probabilidad de padecer enfermedades, discapacidad o muerte. El estado de fragilidad conforma una *situación de vulnerabilidad* (15) bio-psico-social que requiere el despliegue de recursos económicos, sanitarios y sociales de carácter extraordinario. Los factores que determinarán la *capacidad de respuesta* frente a esta crisis vital serán los ingresos, el acceso al sistema de salud y la presencia de una red familiar que brinde apoyo instrumental y económico frente a la pérdida (potencial) de autonomía funcional.

Estas crisis vitales mencionadas se consideran esperables en el desarrollo de toda persona, por lo cual la “salida” favorable o no de la misma estará en relación directa con los recursos subjetivos y objetivos con los que el adulto mayor cuente. Entendiendo el proceso vital de manera dinámica, sería posible identificar aquellas potencialidades y recursos con los que los adultos mayores cuenten y así poder reforzarlos, en el acceso a la Salud a los fines de propiciar una mejor calidad de vida.

Otro aspecto importante a tener en cuenta sería su caracterización y clasificación de hogares con o sin adultos mayores que componen el país. Según un estudio sociológico de la licenciada Arlegui (8), los hogares con adultos mayores se pueden clasificar en tres Estratos Generacionales: hogares unipersonales (conformados por una sola persona de 60 años y más), Hogares unigeneracionales (todos los miembros tienen 60 años o más) y hogares multigeneracionales (al menos una persona de 60 años y más y al menos una persona menor de 60 años). El cuarto estrato corresponde a los hogares sin adultos mayores y representaría el entorno social o red de apoyo potencial del Adulto Mayor fuera del hogar.

Las personas de 60 años y más alcanzan el 14.3% de la población urbana, mientras que los hogares con adultos mayores conforman el 34.8%. Lo que equivale a uno de cada tres hogares urbanos. El 81.9% de los mayores se concentran en las Regiones Pampeana y Gran Buenos Aires. Ambas regiones, seguidas por Cuyo y Patagonia presentan la mayor incidencia de hogares unipersonales y unigeneracionales, mientras que en Norte del país predominan los hogares multigeneracionales.

Ante la realidad presentada puede decirse que las mejoras aplicadas al sistema de en salud, acompañado de innovaciones médicas y un porcentaje de la población que accede a mejores

condiciones de vida impacta en que, las personas con discapacidad y adultos mayores vaya aumentando progresivamente en la región y en nuestro país.

Esto destaca la relevancia de los objetivos del presente proyecto, que busca mejorar los procesos de formación de los estudiantes, a partir de involucrar a la Universidad en contextos diversos, en prácticas inclusivas que promuevan y garanticen el acceso a la salud de las poblaciones caracterizadas. Se pretende que los cursantes logren una comprensión de los territorios, comunidades y poblaciones y desarrollen habilidades y herramientas específicas para el abordaje de este colectivo en particular.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta, que como grupo particular muchas veces su estado general de salud es tercerizado, dependiendo de alguien más. Esto podría ser multicausal (en algunos casos) por sí mismos no podrían desenvolverse solos en la comunidad de la que forman parte y es por ello que es necesario que la Institución Universitaria se ocupe de que los estudiantes conozcan esta realidad invisibilizada y tengan herramientas para tomar posición y formarse en prácticas de salud bucal propias de pacientes en esta situación.

Derechos Argentinos de las Personas Mayores y con Discapacidad

En Argentina a partir de año 1981, con la promulgación de la Ley 22431, se impulsó la inclusión y protección de las personas con discapacidad. Con la misma se buscaba generar un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendientes a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca.

Ante la necesidad de ampliar la ley 22431 para generar mayores garantías en cuestiones de salud, en el año 1997, se promulga la Ley 24901 (PLN, 1997), por la cual se desea generar un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. La misma, en su artículo

2, obliga a las obras sociales a la cobertura de las prestaciones básicas de salud enunciadas en la misma, determinando un marco legal para cuando las mismas se niegan o burocratizan los servicios de salud que son necesarios por las personas con discapacidad.

En la actualidad la Ley 24901 constituye la ley marco que establece el sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. En ella como se describió previamente, se establece las prestaciones para garantizar la salud de las personas, pero a su vez garantiza la prevención y asistencia. Abarca un concepto amplio de salud, siendo no solo la física, sino reconociendo la también a la espiritual y la psíquica. En su artículo 9° define lo que se entiende por persona con discapacidad a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

En aquellos casos en que las personas no cuenten con cobertura médica, es el estado quien asumirá la responsabilidad de garantizar los requerimientos mediante instituciones públicas. Para ello en la actualidad se encuentra vigente un programa de nominado *Incluir Salud*, generado por la Agencia Nacional de Discapacidad (aunque no sólo incluye a personas con discapacidad, lo que considero desvirtúa la esencia del mismo) de asistencia financiera a las provincias que se adhieran, las cuales administran los fondos mediante las Unidades de Gestión Provincial (UGP), para brindar servicios de salud a las personas afiliadas a través de la red pública de prestadores y garantizar que todas las personas titulares de la Pensión no Contributiva (PNC) puedan acceder a una atención de calidad independientemente de donde vivan. Actualmente se encuentran adheridas al programa la totalidad de las provincias del territorio nacional.

Es importante mencionar que la ley 24901, establece también la creación de un certificado único de discapacidad (CUD), el cual constituye el elemento legal a nivel nacional. En el mismo certificado consta la patología y las prestaciones necesarias que según el diagnóstico funcional el paciente portador del certificado requiere.

En el año 2008, nuestro país adhiere a la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, por ley 26.378 (P.L.N., 2008), donde establece en su artículo 25 que las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro de seguro de salud. En este proceso le corresponde al Estado dirigir las estrategias orientadas al logro de una mayor igualdad de oportunidades, mediante la implementación de programas sociales. En la convención se establece en concepto de persona con discapacidad para dejar de lado el término discapacitado, el cual corresponde a una visión y modelo anterior o rehabilitador. Este modelo rehabilitador tenía en cuenta a la persona como objeto y no como sujeto (Chavarri, 2020). Actualmente se tiene en cuenta un modelo social, que tiene en cuenta a la persona como sujeto que puede ser dueña de sus actos pudiendo tener autonomía e independencia.

A continuación, se transcriben definiciones utilizadas para tipificar y certificar por el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR, 2011) las diferentes discapacidades, paso previo indispensable para posibilitar el acceso a todos los beneficios y/o a las distintas prestaciones.

Discapacidad motora. “Se considera discapacidad motora a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-musculotendinoso” (Disposición N° 170/2012).

Discapacidad visceral. “Se considera discapacidad visceral a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinarias” (Disposición N° 2574/2011).

Discapacidad mental. “Se define a la discapacidad mental como un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso” (Disposición N° 171/2012).

Discapacidad auditiva. “Se considera discapacidad auditiva a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales del sistema auditivo” (Disposición N° 2118/2011).

Discapacidad visual. “Se considera discapacidad visual a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones visuales y estructuras corporales del ojo y/o sistema nervioso” (Disposición N° 2230/2011).

Podemos apreciar que la visibilización y reconocimiento de las personas con discapacidad en nuestro país, desde el punto de vista legislativo, fue progresiva a partir del Año Internacional de la Persona con Discapacidad, 1981, con la creación de la ley 22.341. De ahí en más transcurrieron varios años durante los cuales se dieron múltiples modificaciones de dicha ley, y se crearon otras paralelas sobre temas anexos ampliando la cobertura considerada en la misma.

Fue a fines de la década del noventa, cuando se produjo un gran avance en el tema del abordaje de la rehabilitación y otras prestaciones a través de la Ley 24.901/97. En ella se las describió y se las agrupó con claridad a fin de contar con un Sistema Único de atención y evitar, de este modo, que las diferentes coberturas sociales difirieran su oferta asistencial u otras. Se estableció, además, una forma de atención para carecientes.

En el caso de las de Salud están comprendidas las siguientes:

- Módulo Integral Intensivo.
- Módulo Integral Simple.
- Hospital de Día. Jornada Simple.
- Hospital de Día. Jornada Doble.
- Internación para Rehabilitación.

Los aranceles correspondientes a estos módulos como también a los demás, son actualizados en sus valores, periódicamente, por el Ministerio de Salud de la Nación.

Hasta ese momento la medicina física y la rehabilitación de las diferentes discapacidades, se encontraban a cargo de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, insuficientes para atender la demanda creciente, las que en su mayoría habían nacido después de las epidemias de Poliomiélitis, siendo muy valiosas, pero con grandes problemas de subsistencia (ALPI central y delegaciones, por ejemplo). Casi todas eran de atención ambulatoria.

Los llamados hospitales “especializados” o de “crónicos” eran muy pocos y ubicados en la ciudad de Buenos Aires (CABA) y en la provincia de Buenos Aires (Mar del Plata y Burzaco), obligando al desarraigo, con gastos de traslado para los familiares que muchas veces residían en provincias distantes.

Los hospitales generales para pacientes agudos aquejados de patologías potencialmente discapacitantes (prevención secundaria), eran insuficientes del servicio de rehabilitación, muy necesarios para la detección, orientación previa al alta y seguimiento periódico de las personas discapacitadas secuelas (secuelas recientemente instaladas), situación que en menor grado aún persiste.

A posteriori, se describieron los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para la atención de las personas con discapacidad, los establecimientos, su habilitación, categorización, siendo la acreditación de los mismos y los indicadores de calidad de las prestaciones, una materia parcialmente pendiente a criterio de quien suscribe, a pesar de los esfuerzos realizados para llevar adelante este importante Sistema de Prestaciones.

Si no se controlan los resultados mediante indicadores específicos, podría existir sobre prestación con perjuicio para los beneficiarios, u otras alteraciones en la calidad. Con el advenimiento de la cobertura económica de las distintas prestaciones se produjo un gran crecimiento del número de prestadores, que en algunos casos contaron con financiamiento del fondo de Ley de Cheques.

La certificación de la población objeto, personas con discapacidad, requirió la unificación de criterios a nivel médico y de otras profesiones, como así también la utilización de instrumentos que contengan definiciones inequívocas, cuyas descripciones puedan ser codificadas a fin de mantener la privacidad de su contenido.

La Comisión Nacional de Discapacidad (CONADIS) y el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), como así también el Ministerio de Salud de la Nación, cada uno en áreas específicas ya determinadas, son los actores principales en relación a la organización y defensa del derecho a la salud de las personas con discapacidad a nivel país. Las provincias son autónomas en muchos aspectos, tienen sus propias leyes, algunas semejantes a las nacionales, y agregan otras sobre aspectos más locales. La mayoría ha adherido al Sistema Único.

En el área de la Salud es muy importante el trabajo en red de los prestadores, según complejidad de las deficiencias/discapacidades, siendo la provincia de Buenos Aires la que ostenta mayor antigüedad a través de su Ministerio de Salud y del Programa Provincial de Rehabilitación creado en el año 1994. Esta provincia se encuentra dividida en 12 regiones sanitarias que se utilizaron para conformar Redes de Atención locales y regionales (Sistemas Locales de Salud), con creación de normas de habilitación previas a las nacionales, servicios de medicina física y rehabilitación en hospitales generales, como así también especializados en rehabilitación con internación.

La descentralización de los efectores de rehabilitación fue una prioridad en ese programa a fin de evitar los traslados de las personas a tratar, y generar mediante la integración de “Médicos Referentes Regionales” un conocimiento real de los recursos, la propuesta estratégica de la creación de servicios y la conformación de redes locales, luego regionales, provinciales y a nivel del país según el grado de complejidad a abordar.

Sin embargo, sigue habiendo desigualdad de oportunidades entre provincia de Buenos Aires y el resto del país, donde los pacientes no se encuentran en igualdad, necesitando muchas veces del traslado hacia dicha provincia, que dependiendo de la patología y el lugar de residencia

condiciona tanto la posibilidad de realizar el viaje, como la calidad de vida de la persona. Es por ello que se debe trabajar aún para incentivar a la creación de centros terapéuticos y rehabilitadores especializados, distales a la capital nacional a fin de que todos tengan acceso a centros específicos para su atención y acompañamiento más próximos a sus domicilios.

De los Adultos Mayores

En el año 2017, por su parte, se promulga la adhesión por Ley 27360 (P.L.N., 2017), a la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada por la Organización de los Estados Americanos durante la 45a Asamblea General de la OEA, el 15 de junio de 2015. Donde se reconoce a las personas mayores o adultos mayores como individuos en igualdad de derechos indistintamente de su edad. Se busca afirmar de este modo condenar las discriminaciones potenciales y se fomenta su desarrollo personal

En el plano internacional, la República Argentina, en su carácter de sujeto primario de Derecho Internacional, ha reconocido como gran parte de la comunidad internacional a partir de la segunda mitad del siglo XX, la importancia del respeto de los derechos humanos, mediante la adhesión, a su tiempo, de lo que se considera la Carta Internacional de los Derechos Humanos, compuesta por: 1) La Declaración Universal de los Derechos Humanos; 2) El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; y 3) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; instrumentos que sirven como fundamento a la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos allí consagrados dentro y fuera de los Estados. Además, por vía del art. 75, inciso 22°, de la Constitución Nacional, la República Argentina ha otorgado jerarquía constitucional, además de los instrumentos consignados en el párrafo anterior, entre otros, a la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, a la Convención Americana sobre Derechos Humanos y a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

La creación de dichos instrumentos ha tenido por objeto la protección de grupos considerados históricamente vulnerables, que han sido colocados en desventaja frente a los demás colectivos de la sociedad.

En el plano local, la visión “estructural” de la igualdad ha sido incorporada expresamente en el artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional que establece entre las atribuciones del Congreso “Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”.

Pese a la fortaleza de la formulación, se ha dicho que “el reconocimiento de los derechos de la ancianidad resulta extremadamente débil en la Constitución Nacional y solo se cuenta con alguna referencia específica en un artículo que cuenta con escasa proyección inmediata, el art. 75 inciso 23, y el inciso 22 referido a la vigencia de los tratados y pactos internacionales” (Dabove & Dli Tullio Budassi, 2000).

El Derecho de la Vejez, denominado también Derecho de la Ancianidad, es una nueva especialidad transversal destinada al estudio de la condición y/o protección jurídica de las personas mayores de 60 años de edad en adelante, en el derecho interno, regional e internacional. Este derecho se propone también el reconocimiento de las situaciones de vulnerabilidad, discriminación, inestabilidad o abusos que puedan padecer estos sujetos, por la condición de su edad. (Calvo, 2020).

Si bien el marco normativo que establece la protección de los derechos de la vejez se fue ampliando con el paso del tiempo y con el proceso de especificidad de los derechos humanos, este marco no resulta suficiente si en la práctica sus derechos se siguen viendo vulnerados o invisibilizados.

Tomando en consideración que el envejecimiento poblacional es un fenómeno de alcance global, es necesario avanzar en la implementación de políticas públicas activas y mejorar el servicio de justicia, a fin de preservar la calidad de vida de los adultos mayores mediante el respeto de sus derechos fundamentales, para lograr una sociedad incluyente de todas las edades.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA DE INNOVACIÓN

La siguiente propuesta se pretende incorporar dentro de la cursada de las materias optativas de estudiantes del 4° y 5°, “Atención Odontológica del Paciente Geronte” y “Tratamiento Odontológico De Personas Con Discapacidad” (anexos 5 y 6), prácticas situadas en dichas asignaturas que se hallan dentro del plan de estudios vigentes de la Carrera de Odontología de la UNNE. En las mismas se les brinda a los estudiantes la formación teórica pertinente para el análisis estadístico y social y lo necesario para un abordaje odontológico para ambas poblaciones; pero no se realizan prácticas clínicas con este grupo de pacientes.

Actualmente ambas asignaturas son optativas, y se dictan para los estudiantes que hayan finalizado el tercer año. Las mismas se organizan a modo de talleres presenciales con trabajos grupales y un trabajo integrador final para su aprobación. Es importante destacar que si bien aún no son asignaturas fijas en el plan de estudios se logró reconocer la importancia de las mismas en la formación profesional de grado y fueron incorporadas para promover el compromiso social de los cursantes de la carrera de la UNNE.

La propuesta consiste en una rotación de los cursantes por centros de atención odontológica para Personas con Discapacidad y Adultos Mayores, reiterando que el motivo de la misma radica en que son poblaciones históricamente invisibilizadas en la sociedad. Tanto cultural como socialmente, principalmente las personas con discapacidad; los adultos mayores en sociedades anteriores (guaraníes y griegos, por mencionar algunas) eran considerados sabios por sus experiencias, pero la cultura de hoy, “líquida”⁹ de lo inmediato, de lo ágil y adaptable, es un modelo social/cultural que deja de lado a los adultos mayores por su dificultad a la adaptabilidad, o su respuesta más lenta a los cambios.

⁹ Zygmunt Bauman es el autor del concepto «modernidad líquida» para definir el estado fluido y volátil de la actual sociedad, sin valores demasiado sólidos, en la que la incertidumbre por la vertiginosa rapidez de los cambios ha debilitado los vínculos humanos

Las prácticas se propone realizarlas una vez finalizado y aprobadas los 4 talleres obligatorios que componen a las asignaturas en cuestión. Es necesario determinar pautas generales y que los cursantes conozcan técnicas para el abordaje y comunicación con los pacientes y/o los responsables o acompañantes. Además de saber manejar cada caso según el diagnóstico, conocer interacciones farmacológicas en pacientes polimedicados para evitar complicaciones prevenibles; todo ello se logrará fomentando la obligatoriedad de la realización de una historia clínica completa para cada paciente. De este modo una vez finalizados los talleres los estudiantes estarían en condiciones para el trabajo con los pacientes en centro de salud específicos.

Estas poblaciones, de adultos mayores y personas con discapacidad, con problemas múltiples, en lo que respecta a la salud bucal, muchas veces se la retrasa ante otras necesidades aún más graves o de vital importancia, motivo por el cual el componente bucal de la salud es postergado. En este punto se considera la posibilidad de incorporar el trabajo interdisciplinario con otras instituciones o unidades académicas a fin de incorporar saberes de otras profesiones tales como el Trabajo Social, la Medicina, la Pedagogía y la Psicología, ya que se entiende a la Salud como un proceso y no un estado ideal estático.

La propuesta busca generar un espacio para capacitar y formar a los cursantes para la atención general de estos pacientes, que tengan nociones generales que les permitan poder intervenir profesionalmente y dar respuesta efectiva al problema o necesidad por la cual se realiza la consulta. Por lo anteriormente dicho, a partir de comprender la necesidad social presente, se pretende generar un posicionamiento crítico de las personas involucradas tanto a nivel de formación como educandos, a fin de que puedan observar, comprender, analizar e intervenir en los diversos contextos en los que participa. Se trata de mejorar y transformar los procesos de formación e intervención como así también brindar respuestas a una necesidad presente en la comunidad por mucho tiempo desatendida.

Esta propuesta coincide con las afirmaciones de Eldestein (2017) cuando sostiene la necesidad de revalorización de la actividad de enseñanza como responsabilidad sustantiva en

el quehacer del profesorado; en tanto se destaca su responsabilidad social. Esto es cierto analizado la realidad social de nuestro país donde existe un grupo poblacional vulnerable y la necesidad de generar odontólogos competentes para cubrir esa demanda de pacientes.

Además, este proyecto de innovación propone el reconocimiento de los odontólogos como parte integral de los equipos de salud en los servicios por los que “rotan” los estudiantes. Se trata de hospitales, centros de atención primaria y el hospital de la Facultad, donde asisten Personas Mayores y Personas con discapacidad para recibir atención a partir de la demanda espontánea. Hay personas con obra social y otros que no poseen ninguna cobertura médica.

Si bien la demanda es espontánea -por parte de las personas/pacientes- la propuesta desde el equipo es acercar la oferta del servicio a la Comunidad a partir de la difusión mediante el uso de Redes Sociales y medios masivos de comunicación, como así también por promoción de los servicios en los centros de salud a trabajar, también por la búsqueda de convenios con entidades y organismos afines a dicho grupo poblacional.

Se realizarán diversos registros para la evaluación del estudiante.

Evaluación formativa: La evaluación del proceso se llevará a cabo a lo largo del desarrollo y puesta en acto del proyecto y de las instancias formativas de los estudiantes. Tiene por finalidad la mejora de las intervenciones, de los aprendizajes, de las acciones del equipo docente y del proyecto en sí mismo.

Evaluación sumativa: Sería llevada a cabo por el grupo de docentes y tutores a cargo de la PPS. Estos no sólo evaluarán los conceptos y saberes adquiridos sino, fundamentalmente, la aplicación de los mismos al campo de acción donde no sólo son relevantes las acciones empleadas a fin de mejorar la salud física de los pacientes sino también, la relación que los estudiantes constituyan con las personas a tratar y la capacidad de respuesta integral.

Se evaluará de manera global una vez, tomando en cuenta las evaluaciones parciales (evaluación sumativa) de cada intervención realizada. La cantidad de intervenciones que cada estudiante deberá realizar, será definida de acuerdo a la demanda de atención que se genere desde o en el servicio.

Estrategia: Como estrategia de evaluación se tomará la observación directa de la intervención de los estudiantes participantes, como también la retroalimentación que se reciba por medio de los canales dispuestos a ese fin de aquellas personas que sean beneficiarias del servicio. Se utilizará el registro a través de distintos instrumentos: rúbricas e informes.

Instrumentos De Evaluación:

-Rúbrica de seguimiento de los aprendizajes (ver anexo 4)

-Informe de experiencia del Estudiante: Los/as cursantes deberán exponer un informe de su experiencia a fin de reconocer los aprendizajes alcanzados y las vivencias que resultan de la experiencia de pasantía. Se sugiere la ponencia de las experiencias mediante ateneos públicos con confección de posters o presentaciones, donde los estudiantes podrán compartir dichas experiencias con otros.

-Informe del Docente: análisis del docente sobre el desempeño de los cursantes en base a los criterios planteados previamente, se pueden sumar cuestiones que considere pertinentes.

-Evaluación de la atención por parte de los y las beneficiarios/as: A fin de incluir la “voz” de aquellas personas que hagan uso del servicio, se propone una retroalimentación de la atención recibida haciendo énfasis no sólo en si fue resuelto su inconveniente de salud bucodental, sino también en el componente humano, es decir: los beneficiarios del servicio deberán responder a un cuestionario de preguntas cerradas a fin de calificar la atención recibida por parte de los practicantes, estas serán a modo de diferencial semántico donde se incluirán preguntas tales como si “fueron informados sobre el o los procedimientos”, “cómo se sintió atendido/a por parte del/la practicante” entre otras. A su vez tendrán la posibilidad de dejar sugerencias y/o reclamos también de forma escrita. Si las personas no fueran capaces de escribir, se le solicitará a su tutor/a y/o acompañante que lo haga por él/ella.

Este punto es fundamental ya que por medio de la retroalimentación los estudiantes que participen del proyecto podrán saber en qué puntos de la atención pueden mejorar o cambiar, sea en el trato con los Adultos Mayores, las Personas con Discapacidad y las personas en general, sea en su actitud hacia el trabajo o en su disposición para con las personas a ser

atendidas, sea en la forma de llevar a cabo los procesos diagnósticos, de atención y pronósticos, entre otros aspectos a tener en cuenta.

Resultado Final: El resultado final de la PPS (nota) se formará considerando las evaluaciones parciales y evaluación final, la asistencia al servicio clínico (no menor al 80%), el desempeño general de los practicantes no solo en la evaluación diagnóstica y su desempeño clínico sino también el trato digno hacia los pacientes, como también la retroalimentación de aquellas personas que hagan uso del Servicio. Se considerará como suficiente para aprobar la PPS la nota 7 (siete).

La **Evaluación del Proyecto** se realizará de manera procesual, al inicio de su puesta en acto, durante y al finalizar la práctica:

- Al inicio se proyectará la propuesta de la cátedra contemplando la cantidad de estudiantes inscriptos, los servicios disponibles y convenios, las acciones formativas y los actores involucrados.
- Durante el transcurso de las residencias, podrán realizarse adecuaciones y ampliaciones de los servicios asignados, en función de las demandas comunitarias y las posibles articulaciones y convenios que pudieran realizarse oportunamente, que contribuyan a diversificar los contextos de la práctica profesional.
- Al finalizar se evaluará de manera participativa y colectiva el impacto de la propuesta, las experiencias de aprendizaje, la vinculación inter-institucional y las proyecciones. Podrán participar referentes de cada espacio: Unidad Académica, carrera/departamento, docentes de la cátedra de Odontología Integral -PPS, referentes de los centros de salud, estudiantes (en su totalidad o a través de representantes). Se tendrá en cuenta el análisis de las devoluciones realizadas por los pacientes a través del cuestionario cerrado, con el fin de mejorar la propuesta formativa u adecuar a las necesidades y características de la población con la que se trabaja.

La problemática en cuestión resulta de concebir a la salud bucal como parte de la salud integral de las personas y ante la necesidad de visibilizar poblaciones vulneradas respecto a

este derecho. Se pretende generar nuevas vinculaciones de la Universidad con los espacios de formación y atención de la salud a partir de prácticas de intervención y formación inclusivas.

En estas poblaciones el componente bucal de la salud generalmente queda relegado ante necesidades más “urgentes” o suele postergarse simplemente porque es un factor que depende del cuidador o responsable del “paciente”. Por su parte, los estudiantes en su trayecto de formación de grado cursan diversas prácticas supervisadas, pero al llegar al último año relatan no sentirse capacitados para abordar a los pacientes mencionados.

Participantes del proyecto

- Estudiantes de odontología de la UNNE que cursan la asignatura Odontología Integral -PPS.
- Equipo de cátedra
- Posibles instituciones que articulen para la realización de prácticas: **Hospital Odontológico de la UNNE**: específicamente en el espacio de tratamientos a pacientes con discapacidad (adultos y niños). **Hospital pediátrico Juan Pablo II** (Corrientes): en el servicio de atención a pacientes con discapacidad. **Geriátrico Juana Costa de Chapo**: actualmente en convenio con la UNNE. **Hospital Odontológico de Resistencia** (Chaco): servicio de atención a pacientes con discapacidad y 3ra edad. **Hospital Geriátrico Juana F. Cabral** (Corrientes).

Se podrían buscar nuevos convenios posteriormente con diversos geriátricos, e instituciones que trabajen con pacientes con discapacidad a fin de posibilitar diversos espacios de trabajo para los estudiantes.

De este modo se promueve la generación de agentes multiplicadores de salud, así como también fomentar el espíritu preventivo y social tan importante en los estudiantes que cursan la carrera de Odontología.

CONCLUSIONES

La Universidad por su compromiso con la sociedad está, y debe ser así, condicionada a trabajar en función de ella o para ella. Sus egresados deberán verse inmersos y ser actores de la misma. De este modo existe un vínculo relacional que difícilmente se corte, a no ser casos en los que sus egresados luego trabajen en otras sociedades más lejanas o muy particulares.

Es por ello que teniendo presente esa función de la universidad, como institución con acción transformadora y generadora de cambios, que consideré necesario el análisis y la innovación curricular para las asignaturas del proyecto.

Además, es pertinente recordar el hecho del trabajo presentado por Formicola, et. all (2018), donde se establece que el 90% de los pacientes con discapacidad, incluyendo adultos mayores con limitaciones en la comunicación y despalazamiento, pueden ser atendidos por odontólogos de práctica general. De este modo sería cuestión de que la universidad genere profesionales conocedores de realidad actual regional para lograr actuar en función de las necesidades de la población en cuestión.

Según las OMS, en su informe mundial sobre la discapacidad (2011) dos tercios de los pacientes con discapacidad (donde se incluye a personas adultas mayores con limitaciones psíquicas y en la movilidad) en América latina, no reciben ningún tipo de atención para la salud bucodental. Además, se presentó en el trabajo un informe nacional donde da cuenta que el 12,5% de la población argentina presenta algún tipo de discapacidad y el 10% tiene 65 años o más (INDEC 2010), sumado a ello hay que estimar que la expectativa de vida día a día se prolonga.

La realidad actual nos plantea un escenario donde los adultos mayores y pacientes con discapacidad, son poblaciones con alto desamparo en cuanto a la salud en general y más en su componente bucal. Tomando en consideración que el aumento en la esperanza de vida por los avances médicos y la protección social, es un fenómeno de alcance global que generará un aumento en estas poblaciones (personas con discapacidad y mayores); es necesario avanzar en la implementación de políticas públicas activas y mejorar el servicio de justicia, a fin de

preservar la calidad de vida de todos; mediante el respeto de sus derechos fundamentales, para lograr una sociedad incluyente y respetuosa.

Ante esta problemática planteada desde la universidad de debe en primera instancia lograr visibilizar en los cursantes a esta población, para que conozcan la realidad nacional y regional de los mismos. Y a partir del conocimiento de los mismos, generar potenciales profesionales comprometidos para la atención especializada de esta población, logrando de este modo promover la función social y humanista de la institución y fundamentalmente lograr generar áreas de salud dispuestas a la atención de estas personas.

Como afirma Feldman (2015):

“la formación universitaria es un camino de incorporación en comunidades especializadas. Digamos que, cuando terminen, los estudiantes se parecerán bastante más sus profesores. A lo largo de los años de formación adquieren no solo conocimientos y competencias (una forma de “saber hacer”), sino que también se llega a “ser como...” los miembros de la comunidad o de la profesión.” p21

Con ello queda claro que la universidad deja en sus graduados una impronta por su trayectoria universitaria y es justamente lo que se busca lograr obtener con el presente trabajo, un modelo de innovación curricular que logre generar una impronta de compromiso social en los futuros graduados de la UNNE.

Se pretende lograr la aproximación con la comunidad, con el afuera; romper con la burbuja protectora que representaría la universidad y salir a afrontar la realidad con sus dificultades y situaciones particulares. Es objetivo y debe ser objetivo de las universidades lograr generar estudiantes que conocen a su comunidad, reconocen los problemas de la misma y que sean capaces que de accionar en forma positiva sobre la misma a partir de la profesión que desempeñen en ella.

Sin embargo, quiero aclarar que es importante que el cuidado y actitudes de sobreprotección hacia estas personas (por la visión paternalista de la salud que posee el estado y que está inserto en nuestra cultura), sucede muchas veces por desconocimiento o menosprecio. Esto

luego genera políticas y acciones que promueven la inactividad y la dependencia de ellas hacia el estado o sus empleadores, generando de ese modo individuos poseedores de derechos, pero carentes de obligaciones que no logran generar su desarrollo personal y/o profesional por el entorno social que los formó o en el que se hallan insertos.

No obstante ello, considero que existe la necesidad de crear conciencia en los estudiantes universitarios. Para lo cual es muy importante contribuir en iniciativas y prácticas que generen aproximaciones entre los cursantes universitarios y las entidades especializadas que trabajan con las personas adultas mayores o con discapacidad. Las organizaciones que los agrupan, sus representantes y familias, impulsando la inclusión y el cambio social, lo que nos permitirá avanzar en la eliminación de las barreras que limitan el goce pleno de los derechos de todos.

Ciertamente factores como la edad, la patología y/o discapacidad que presente una persona limitará las capacidades individuales, pero a mi criterio, es el propio individuo quien debe hallar sus capacidades potenciado por una sociedad que lo incentiva para su desarrollo personal. De otro modo se genera un pensamiento retrógrado que debe madurar hacia prácticas y luego políticas que sean generadoras de verdadera inclusión, donde todos los individuos independientemente de sus capacidades, logren y puedan desarrollarse personalmente sin que la sociedad los condicione por preconcepciones o prejuicios. No debemos condicionar el potencial de una persona por prejuicios que tengamos de sus capacidades; por el contrario, debemos fomentarlo para lograr individuos emancipados que ejercen sus obligaciones y defensores de sus derechos.

Es importante remarcar la necesidad de crear espacios, dentro de la trayectoria universitaria, donde no solo se trabaje el tratamiento y abordaje de los pacientes, sino que el estudiante de grado tenga la posibilidad que integrar y participar en grupos interdisciplinarios de salud para poder lograr un entendimiento más completo de la realidad de los pacientes y los objetivos posibles que se puedan alcanzar y planificar desde el espacio donde se realicen las prácticas. Es por ello que debería promoverse para su integración en centros de jubilados, centros terapéuticos o rehabilitadores; buscar los espacios donde no solo se realicen cuidados de salud física sino completar el entendimiento de la realidad desde las practicas sociales que realicen.

Compartir experiencias con psicólogos, trabajadores sociales y cuidadores (en el caso que posean) para de ese modo lograr un entendimiento mejor acabado de la salud de los pacientes.

La universidad está comprometida social e históricamente hacia la formación de profesionales proactivos para la participación y compromiso social. Es por ello que debe como formadora de profesionales brindar las bases, saberes científicos y específicos de cada área, pero también facilitar espacios para el desarrollo del compromiso social, generando propuestas de acercamiento hacia la comunidad que forma parte, potenciando de este modo un egresado conocedor de la realidad social de la que es parte integrante y conocerse como potencial agente de cambio.

En la práctica profesional de los odontólogos, la atención se verá condicionada por factores como ser el espacio físico del consultorio, el tipo de sillón dental, el acceso al mismo pero fundamentalmente por la predisposición del profesional para la atención de estas personas.

Haciendo visible esta población y generando conciencia de que los requerimientos en cuanto a técnicas de abordaje y manejo de la situación odontológica para estos pacientes son mínimas y posibles para la mayoría de las situaciones; lograríamos potenciar la voluntad de los profesionales egresados de la universidad para la atención de los mismos y en cierto modo, saldaríamos el desamparo que la sociedad actual ejerce sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abate, S. M. (Mayo de 2015). NOTAS SOBRE EL CURRÍCULUM UNIVERSITARIO, prácticas profesionales y saberes en uso. *Trayectorias Universitarias*, 1(1), 9. Obtenido de <https://revistas.unlp.edu.ar/TrayectoriasUniversitarias/article/view/2307/2252>
- Arlegui, M. A. (2010). Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente al envejecimiento en contextos vulnerables. *Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente al envejecimiento en*

- contextos vulnerables*, (pág. 22). Buenos Aires. Obtenido de <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Situacion-adultos-mayores-Argentina.pdf>
- Ball, S. J., & Youdell, D. (2007). *Hidden Privatisation in Public Education*. 5to Congreso mundial de educación, Education International, Bruselas. Obtenido de <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.534.7273&rep=rep1&type=pdf>
- Barraza Macías, A. (2013). *¿Cómo elaborar Proyectos de Innovación educativa?* (U. P. Durango, Ed.) Durango, Dgo., Mexico.
- Barriga, F. D. (julio-diciembre de 2005). Principios de diseño instruccional de entornos de aprendizaje apoyados con TIC: un marco de referencia sociocultural y situado. *Tecnología y Comunicación Educativas No. 41*(41), 5 - 16. Obtenido de <http://investigacion.ilce.edu.mx/tyce/41/art1.pdf>
- Calvo, J. A. (2020). *Normativa relevante para la protección de los derechos de las personas mayores*. Buenos Aires: Ministerio Público Fiscal.
- Castañuela Sánchez, B. G. (Octubre-Diciembre de 2016). La universidad y su función social. (U. d. Coahila, Ed.) *CienciAcierta, Revista científica, tecnológica y humanística*(48), 13.
- Censos, I. N. (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, Buenos aires. Obtenido de <https://sitioanterior.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Censos, I. N. (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: I.N.D.E.C.
- Chackiel, J. (2004). La dinámica demográfica en América Latina. *Población y Desarrollo*(52), 27.
- Chavarri, N. (28 de Abril de 2020). Derecho de las Personas con Discapacidad en Argentina. Consultora Potenciate. (L. Velez, Entrevistador) Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=FxNJKBrrUdQ>
- Cols, E. (2008). *La formación docente inicial como trayectoria*. Bs. As.: Mimeo.
- Coscarelli, M. R. (2015). Debates Curriculares y Formación de Educadores. Material elaborado para el Seminario de la Maestría en Educación-Orientación en.
- Dabove, M. I., & Di Tullio Budassi, R. (2000). *MODULO 10: Aspectos jurídicos y éticos del envejecimiento: derecho a la vejez* (3° edición ed.). (M. d. Social, Ed.) Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Daniel, F. (2015). Para definir el contenido. Notas y variaciones sobre el tema en la universidad. *TRAYECTORIAS UNIVERSITARIAS*, 1(1). Obtenido de <https://revistas.unlp.edu.ar/TrayectoriasUniversitarias>
- Davini, M. C. (2008). *MÉTODOS DE ENSEÑANZA. Didáctica General para maestros y profesores*. Buenos Aires, Argentina: Santillana.
- de Alba, A. (1995). *Curriculum: crisis, mito y perspectivas*. Bs As: Miño y Dávila.

- Di Nasso, P. (2013). *Atención odontológica de la persona con discapacidad: una mirada desde la formación del odontólogo a la asistencia clínica del paciente*. EEUU: Publica.
- Díaz Barriga, F. (Noviembre de 2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista electrónica de investigación educativa REDIE*, 5(2), 12.
- Durkheim, E. (1934). *L'éducation morale*. Paris: Librairie Félix Alcan (Vers. Española. *La educación moral*, 2002). Paris, España: Ediciones Moralta.
- Eldestein, G. (2017). Programa de seminario de doctorado. El análisis didáctico de las prácticas de la enseñanza. Una alternativa para la investigación e intervención de y en la prácticas docentes .
- Estela B., C. (2008). *La Formación Docente Inicial Como Trayectoria*. 11. Buenos Aires, Argentina: Mimeo.
- Feldman, D. (2016). Para definir el Conteido, notas y variaciones sobre el tema en la universidad. *Trayectorias Universitarias*, 1(1), 20-27.
- Fernández Lamarra, N. (2015). *La innovación en las Universidades Nacionales. Aspectos endógenos que inciden en su surgimiento y desarrollo*. Tres de Febrero, Bs. As., Argentina: Universidad Nacional de Tres de Febrero.
- Fernandez Palomares, F. (2003). *Sociología de la Educación*. Madrid: Pearson Education S. A.
- Ferrada, D. (2001). *Currículo crítico comunicativo*. Barcelona: El Roure.
- Formicola, A. J., Bailit, H. J., Weintraub, J. A., Fried, J. L., & Polverini, P. J. (2018). Advancing dental education in the 21st century: Phase 2 report on strategic analysis and recomendations. *Journal Dental Education*, 82(10), 1 a 32.
- García, C., & Puigvert, L. (2003). Sociología y Currículo. En F. Fernandez Palomares, *Sociología de la educación* (pág. 464). Madrid: Pearson Education.
- Giménez, A. (. (2014). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Serie C. Censo*, INDEC, CABA. Obtenido de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf
- González Cuevas, O. M. (2006). *El Concepto de Universidad*. Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco. Obtenido de <http://materiales.azc.uam.mx/omgc/descargas/CONCEP2.pdf>
- HERNÁNDEZ SÁNCHEZ., M. C., & GARCÍA GARCÍA., B. (2017). Currículum y práctica docente: hacia una educación transformadora. (pág. 7). San Luis Potosí: XIV Congreso Nacional de Investigación Educativa.
- I.N.D.E.C, I. N. (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad : resultados*. Buenos aires.
- I.N.D.E.C., I. N. (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad : resultados definitivos 2018* (1ra ed.). Buenos Aires: I.N.D.E.C.

- Krämer, S., Valle, M., Cubillos, M., & Letelier, M. (2016). *Manual de Cuidados Especiales en Odontología*. (D. S. Strenger, Ed.) Chile: Servicio Nacional de Discapacidad – SENADIS.
- Litwin, E. (septiembre-diciembre de 2006). El currículo universitario: perspectivas teóricas y metodológicas para el análisis y el cambio. *Revista Educación y Pedagogía*, XVIII(46).
- Lucarelli, E. (2004). LAS INNOVACIONES EN LA ENSEÑANZA, ¿CAMINOS POSIBLES HACIA LA TRANSFORMACIÓN DE LA ENSEÑANZA EN LA UNIVERSIDAD? *3ras Jornadas de Innovación Pedagógica en el Aula Universitaria – Junio 2004- Universidad Nacional del Sur* (pág. 11). Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur.
- Martínez-Menchaca Héctor, R.-S. G. (Mayo/Junio de 2011). Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. *Salud pública Méxicico. Cuernavaca*, 53(3).
- Molina, S. (2008). *Recorrido de vida y vejez: sobre la noción de fragilidad*. Lanús, Argentina: Ediciones de la UNLa.
- Moschetti, M. F. (2017). *Manual para el estudio de privatización de la educación*. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona-Internacional de la.
- Puiggrós, A. (1995). *Historiadora de la Educación argentina reconocida intelectual en A.L.* Bs As: Galerna.
- RAE. (10 de Octubre de 2021). Diccionario de la lengua española. *22da*. España. Recuperado el 10 de Octubre de 2021, de Innovar . En Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/innovar?m=form>
- Sánchez, E. M. (2005). *Curso de Formación y Actualización Profesional para el Personal Docente de Educación Preescolar* (1a ed.). (R. Fischer, Ed.) Mexico DF: Dirección de Desarrollo Curricular para la Educación Básica.
- Vázquez-Barquero, J. L. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de Salud (CIF)*. Santander - España: Organización Mundial de la Salud.
- (DEIS), D. d. (2019). *Tasa de Natalidad Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de salud. Obtenido de <https://datos.gob.ar/dataset/salud-tasa-natalidad>
- (OMS), O. M. (2011). *Informe Mundial sobre Discapacidad*. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Malta: Ediciones de la OMS.
- (OMS), O. M. (2011). *Informe Mundial Sobre discapacidad*. Malta: Banco Mundial.
- (ONU), N. U. (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York, EEUU.
- (P.L.N.), P. L. (1981). Ley 22341. *Sistema de protección integral de las personas discapacitadas*. Buenos Aires, Argentina.

(P.L.N.), P. L. (1997). Ley 24901. *Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad -- Modificación del art. 4º de la ley 22.431*. Buenos Aires, Argentina.

(P.L.N.), P. L. (2008). Ley 26378. *Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13/12/2006*. Buenos Aires.

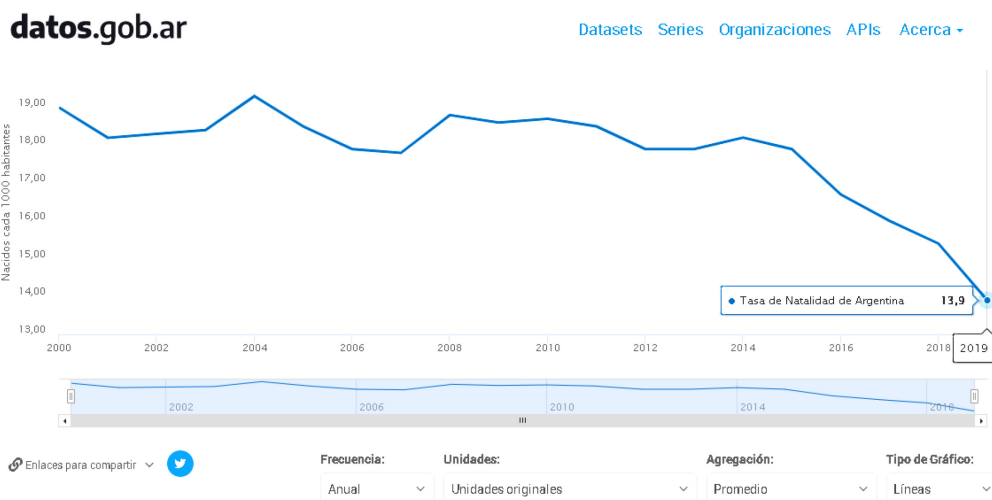
(P.L.N.), P. L. (2017). Ley 27360. *Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Aprobación*. Buenos Aires.

(PLN), P. L. (1997). Ley 24901. *Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad -- Modificación del art. 4º de la ley 22.431*. Buenos Aires, Argentina.

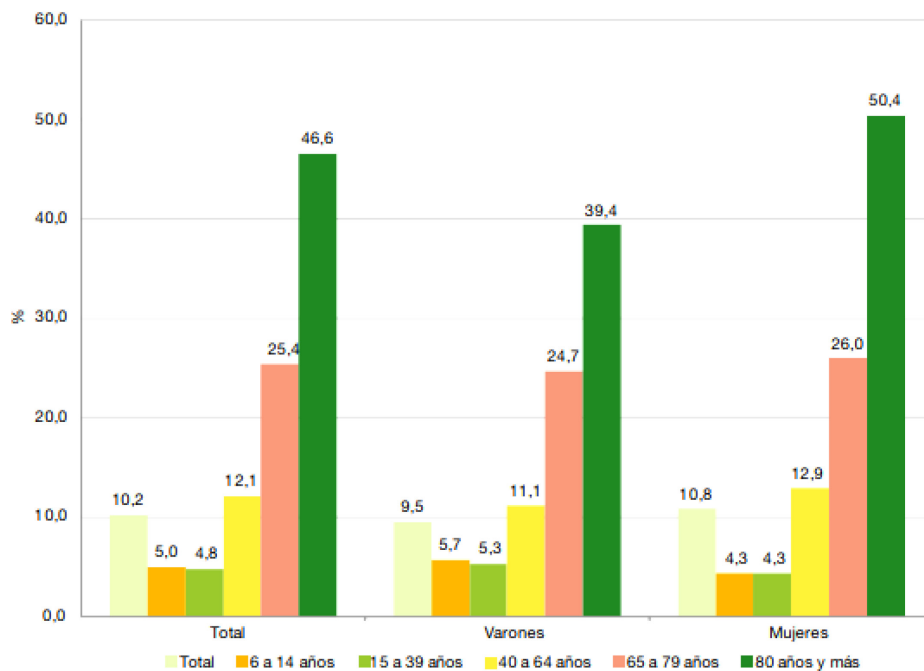
(SNR), S. n. (2011). *Certificación de las Personas con Discapacidad*. Buenos Aires, Argentina.

ANEXOS

Anexo 1: Tasa de Natalidad Argentina: nacidos cada 1000 habitantes. Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) Año: 2019.

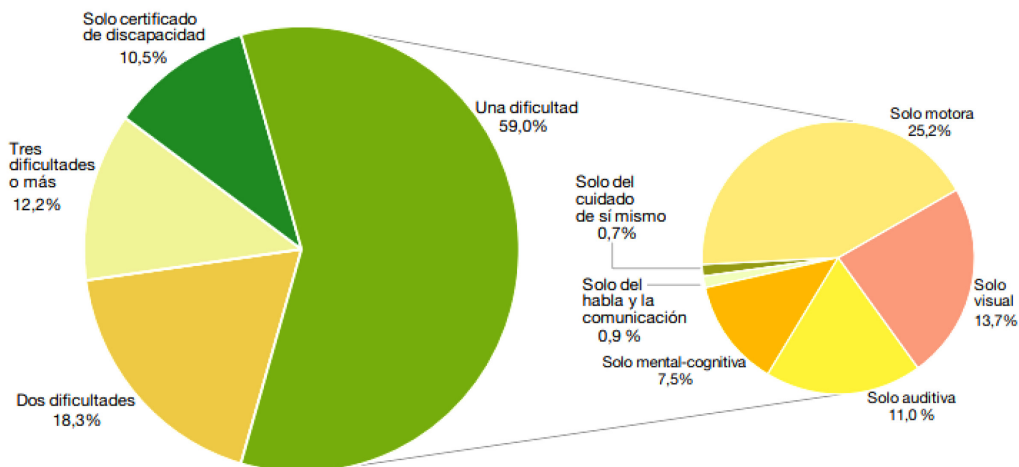


Anexo 2: Población con dificultad de 6 años y más. Prevalencia de población con dificultad, por sexo, según grupos de edad



Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018.

Anexo 3: Población con dificultad de 6 años y más, por cantidad y tipo de dificultad



Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018.

Anexo 4: Rúbrica de seguimiento de los aprendizajes

Nombre del Estudiante	No adecuado	Mínimo	Suficiente	Adecuado	Muy Adecuado
Área Psicomotriz					
- confección de modo claro y sistemático de la Historia Clínica					
- Técnica de manejo conductual adecuado al paciente y/o tutor					
- Habilidad y destreza en los movimientos operatorios					
- Selección y utilización adecuado de los materiales y técnicas según el caso					
- Desinfección y purgado de la unidad al inicio y fin (cumple normas de bioseguridad)					
Área Socio-Afectiva					

- Asistencia, Puntualidad y presentación					
- Respeto y Ayudantía (relación del estudiante con pares y docentes)					
- Capacidad de realizar interconsultas y/o derivaciones adecuadas					
- Demuestra interés por el estado físico, psíquico y social del paciente					
- Utiliza lenguaje adecuado para con el paciente y/o tutor					
Área Cognoscitiva					
- Evidencia capacidad de Integrar contenidos teóricos a la práctica					
- Maneja los fármacos y/o realiza interconsulta para adecuar los mismos					
- Manejo de lenguaje técnico correcto en					

la HC y para con el docente					
- Diagnóstico y Plan de Tratamiento personalizado según el paciente					
- Confección adecuada de recetas, derivaciones y pedidos médicos.					

Anexo 5: Programa Adultos Mayores

CÁTEDRA: Atención Odontológica del Paciente Geronte

DATOS FORMALES:

Ubicación curricular Área de Formación Profesional

Modalidad de Dictado Teórico - presencial,

Carga Horaria 10 Hs.

Duración del Cursado Bimestral.

Optatividad y Obligatoriedad Optativa

Estudiantes Alumnos cursantes de 3ro, 4to y 5to año de la carrera.

Docente: Prof. Alí Sofía de los Milagros.

FUNDAMENTACIÓN:

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. Es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales.

El adulto mayor es una persona con capacidad para pensar, razonar, sentir y producir; con experiencia y sabiduría acumulada a través del tiempo; quien ha formado una familia, colaborado con la sociedad y la vida comunitaria y, por tanto, con derecho a que el sistema social, de atención de salud y de otros sectores relacionados, le brinden la oportunidad de vivir una vejez participativa, digna y plena.

En el año 1982, la Organización de la Naciones Unidas - ONU -, organizó en Viena la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Poblacional, con el fin de discutir el impacto poblacional y las consecuencias socio-económicas y humanas que el fenómeno acarrearía, adoptó la edad de 60 años y más como adultos mayores y ancianos.

En 1950, este grupo etario representó el 8,5% de la población general, y para el 2025, ascendería al equivalente de 13,7 %.

En la Argentina, Los adultos mayores, que hoy representan un 14% del total del país, en el 2050 será un 24%.

En los últimos 100 años, mientras la población creció 16 veces, la población de 60 años creció 49 veces, y la mayor de 75 años, 53 veces.

Hace cuarenta años, América Latina tenía un promedio de 10 a 15 trabajadores por cada jubilado. Hoy el la relación es de 5 a 1, pero en la Argentina la relación es de 2 a 1.

La complejidad de los problemas de salud de los ancianos, exige se elaboren nuevas estrategias, se apliquen medidas especiales de promoción y prevención y se reorienten las actividades dirigidas a la atención de las necesidades, de una odontología curativa y paliativa, por otra de carácter integral, como eje fundamental de la formación de recursos humanos.

De tal forma, la incorporación de la disciplina en los planes de estudio de la Educación Superior, es la respuesta de la profesión ante esta realidad demográfica, el compromiso social, en términos de salud y bienestar, abordando el cuidado integral, tanto en el entorno familiar y comunitario, como institucional.

OBJETIVO GENERAL:

Propiciar el conocimiento y la aplicación de prácticas odontológicas con adultos mayores, teniendo en cuenta los aspectos bio-psico-sociales y económicos.

OBJETO DE ESTUDIO:

Analizar los aspectos generales de las características fisiológicas, los cambios sociales y los condicionamientos de la psicología de las personas de tercera edad, a fin de elaborar proyectos educativos, que les permita integrarse a la sociedad con un mejor nivel de calidad de vida.

COMPETENCIAS:Conocimiento y Comprensión:

- 1.- Analizar la epidemiología del envejecimiento y su relación con los sistemas de atención.
- 2.- Conocer los cambios cognitivos, fisiológicos, psicológicos y sociales de los adultos mayores.
- 3.- Identificar las patologías odontológicas prevalentes.

Destrezas:

- 1.- Registrar y suministrar datos confiables como fuente de información sanitaria.
- 2.- Elaborar proyectos de promoción, prevención y tratamientos.
- 3.- Integrarse a equipos multidisciplinarios de salud, aportando cambios en los sistemas de atención.

Valores y Actitudes:

- 1.- Priorizar las acciones manifiestas de promoción y prevención y recuperación de la salud.
- 2.- Emplear los conocimientos adquiridos a favor de la salud.
- 3.- Respetar a los pacientes y reconocer sus derechos.

MÓDULOS TEMÁTICOS:

CONTENIDOS:

Módulo I

Psicología del anciano.

Conductas más frecuentes

Consecuencias en las personas y en las familias de los cambios físicos, psicológicos y sociales en la vejez.

Módulo II

Características odontológicas del envejecimiento: Dientes.

Aparato masticatorio

Modificaciones temporomandibulares.

Trastornos de la deglución.

Módulo III

Medidas preventivas.

Dieta y nutrición.

Tratamiento clínico odontológico integral.

ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENSEÑANZA Y ACTIVIDADES DE APRENDIZAJES.

A) 4 Talleres: total 10 hs. (2 talleres de 3hs y 2 talleres de 2hs cada uno).

Encuadre teórico del tema, a cargo de la Profesora, con apoyo de material educativo multimedial.

Organizados en grupo, los alumnos procederán a leer, analizar, sintetizar y realizar producción escrita.

B) Elaboración de plan de tratamiento integral.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

100% de asistencia.

Carpeta, análisis y conclusiones de los temas desarrollados en los talleres.

BIBLIOGRAFÍA

1.- OPS. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica. Serie Paltex N° 31.

1993.

2.- Hyver C.; Gutiérrez Robledo L.M. “Geriatría”. Manual Moderno. México DF. 2006.

3.-OPS. Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Serie Paltex.

Publicación Científica N°546. 1994

Anexo 6: Programa 2: Tratamiento Odontológico De Personas Con Discapacidad

AREA O DEPARTAMENTO DONDE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES

UBICACIÓN CURRICULAR Área de Formación Profesional

DATOS DEL CONTEXTO:

Modalidad de Dictado Teórico - presencial,

Carga Horaria 16 Hs.

Optatividad y Obligatoriedad Optativa

Estudiantes Alumnos cursantes de 4to y 5to año de la carrera.

Docente: Dra. Sofía de los Milagros Alí

FUNDAMENTACIÓN:

Los fenómenos de salud especialmente considerados desde una perspectiva poblacional, resultan de la más alta complejidad porque en ellos operan e interactúan de manera simultánea, variables correspondientes a distintos órdenes de la realidad, desde los procesos biológicos hasta las complejas estructuras de la cultura y las relaciones sociales. Se considera que, la persona con

discapacidad es potencialmente un paciente de riesgo odontológico. La salud bucal de las personas con discapacidad depende del trabajo estrecho del odontólogo y de los padres, familiares o encargados de estas personas, todos los días y desde el nacimiento,

realizando medidas preventivas odontológicas que suelen ser muy simples la mayoría de las veces, pero por lo general son desconocidas o no valoradas en toda su extensión.

El término “discapacidad”, es incómodo para muchas personas y tienden a evitarlo. Se suele emplear los términos como ser: “necesidades especiales, capacidades diferentes” 1. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la segunda parte del artículo 1 define: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

La quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación, con el título de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la resolución WHW 54.21 del 22 de mayo del 2001 2.

La Organización Mundial de la Salud, tiene como instrumento oficial la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). El objetivo de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado para definir y clasificar la discapacidad. La CIF determina una importante evolución conceptual, dado que paso de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión 1980), a una clasificación de “componentes de la salud”. El término Funcionamiento se incluye como término neutro y término que abarca: función corporal, actividad y participación. El término Discapacidad aparece en el título abarcando: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La incorporación del término de Salud se propone en el título dado la necesidad de enfatizar el hecho de que la CIF se concibe dentro de un marco conceptual que evalúa salud y estados de salud. La última versión de esta nueva clasificación correspondiente al año 2001, ya no se refiere a la ;Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías;(CIDMM) 3 , ni siquiera de; Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación;. Ahora se habla de; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud;(CIF). Para evitar las connotaciones negativas el término ;discapacidad; ha sido reemplazado por el término neutro; actividad; y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como ;limitaciones de la actividad; el término minusvalía;, ha sido reemplazado por el de ;participación;, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como ;restricciones de la participación;. La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”, e intenta conseguir una síntesis y con ella, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

OBJETO DE ESTUDIO:

El objeto de estudio de la Asignatura Atención Odontológica de Personas con Discapacidad comprende: la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además de

definir y evaluar el riesgo del paciente y delimitación del riesgo odontológico, relacionando el plan de tratamiento de la patología buco dental con las condiciones de salud general y tipo de discapacidad.

OBJETIVO GENERAL:

Propiciar el conocimiento y la aplicación de prácticas odontológicas en Personas con Discapacidad, teniendo en cuenta los aspectos bio-psico-sociales y económicos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Adquirir conocimientos sobre discapacidad
- Comprender la problemática general de la discapacidad.
- Contextualizar la C.I.F. dentro del nuevo paradigma del funcionamiento y la discapacidad.
- Conocer cómo lograr un entorno accesible
- Reconocer barreras en la actitud que el entorno social tiene respecto de la discapacidad.

COMPETENCIAS:

Conocimiento y Comprensión:

- Reflexionar sobre cuestiones conceptuales, en relación a las personas con discapacidad
- Relacionar diferentes herramientas de valoración con la práctica en el abordaje de Personas con Discapacidad

Destrezas:

- 1.- Registrar y suministrar datos confiables como fuente de información sanitaria.
- 2.- Elaborar proyectos de promoción, prevención y tratamientos.
- 3 - Integrarse a equipos multidisciplinarios de salud, aportando cambios en los sistemas de atención.

Valores y Actitudes:

- 1.- Priorizar las acciones manifiestas de promoción y prevención y recuperación de la salud.
- 2.- Emplear los conocimientos adquiridos a favor de la salud.
- 3.- Respetar a los pacientes y reconocer sus derechos.

CONTENIDOS:

UNIDAD 1

.Discapacidad Definición. Evolución del concepto de discapacidad. Tipos de Discapacidad. La discapacidad desde los enfoques médico y social. Tipos de Discapacidad. De la CIDDDM a la CIF y a la CIF-IA: Un cambio cualitativo de paradigma. Epidemiología mundial y Argentina de la discapacidad. Datos estadísticos con los que se cuentan. Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad..

UNIDAD 2

Accesibilidad. Factores ambientales: su incidencia en la práctica cotidiana. Productos y Tecnología. Entorno natural y cambios en el entorno. Actitudes. Accesibilidad y nuevos aportes. Hacia la integración natural de las necesidades. Barreras de accesibilidad. Accesibilidad universal.

UNIDAD 3

Abordaje del paciente con discapacidad. Rol del odontólogo, acciones, estrategias. Enfoque del equipo interdisciplinario en el tratamiento odontológico de pacientes con discapacidad. Relación odontólogo-familia, odontólogo – paciente.

UNIDAD 4

Discapacidad Intelectual: Manifestaciones orales en el Síndrome de Down, Síndrome de Williams, Síndrome de Noonan, Síndrome de Cornelia de Lange, Autismo y Síndrome de Asperger. Discapacidad Motriz: Pacientes con parálisis cerebral. Discapacidad Visceral: Pacientes con alteraciones endocrinas, Pacientes con trastornos cardiovasculares y con problemas respiratorios, Enfermedades hematológicas. Educación para la Salud. Enseñanza y Técnicas de Cepillado

ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENSEÑANZA Y ACTIVIDADES DE APRENDIZAJES.

A) 4 Talleres de 4 hs de duración cada uno

- Encuadre teórico del tema, a cargo de la Profesora, con apoyo de material educativo multimedial.
- Organizados en grupo, los alumnos procederán a leer, analizar, sintetizar y realizar producción escrita.

B) Elaboración de plan de tratamiento integral.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

100% de asistencia.

Carpeta, análisis y conclusiones de los temas desarrollados en los talleres.

BIBLIOGRAFÍA

1- Pantano, L. Discapacidad: conceptualización, magnitud y alcances. Apuntes para el mejoramiento de las prácticas en relación a las personas con discapacidad. Centro de Investigaciones Sociológicas. Departamento de Sociología. FCSE. UCA /CONICET.

Documento de trabajo. (2008)

2- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. OMS, OPS (2001), IMSERSO, Madrid, España.

3- Organización Mundial de la Salud, “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías”, IMSERSO, edición 1997. Madrid.

