

# IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN UN SECTOR POPULAR DEL GRAN LA PLATA

*Silvia Irigoyen, María Mercedes Medina, Silvia Albarracin, Leticia Rueda, Nelida Coscarelli, Etel Mosconi, Gustavo Papel\**

## Resumen

Las enfermedades prevalentes en odontología son las caries y la enfermedad periodontal. Podrían evitarse a través de medidas preventivas sencillas, cuyo eje primordial es la "Educación para la Salud" que generan conductas de auto cuidado.

Este conocimiento se construye a partir de la interpretación de las representaciones y creencias de salud de los sujetos sociales.

El Objetivo de esta investigación es comprobar la efectividad de las estrategias aplicadas por los ejecutores y el impacto social obtenido, teniendo en cuenta la vida cotidiana y sus representaciones sociales. Se realizaron visitas periódicas a los domicilios de 20 familias incluidas en el programa y que habían alcanzado el alta en salud. Se subdividieron en 2 grupos de 10 familias cada una: Experimental (E) y Control (C). El grupo experimental (E) fue visitado cada 15 días por investigadores calibrados que reforzaron la educación y las técnicas profilácticas con inclusión de un índice de higiene oral simplificado (I.H.O.S.). El grupo control (C) no recibió refuerzos posteriores.

Se realizaron los relevamientos epidemiológicos de ambos grupos aplicando los índices CPOD, ceod, IP e IG. Transcurridos 24 meses se verificó que la población perteneciente al Grupo E conservó las condiciones de salud bucal en el 97.6 % de los casos. Mientras que la población perteneciente al grupo C el 65.9 % conservó las condiciones de salud bucodental.

Los resultados obtenidos permiten inferir que la educación tiene fuerte impacto en la prevención de la salud bucal del sector popular cubierto.

## Introducción

Se debe tener en cuenta que la caries y la enfermedad periodontal son dos patologías prevalentes en Argentina y en el resto de América Latina. Sin embargo, ambas pueden evitarse a través de medidas preventivas sencillas, cuyo eje primordial es la educación para la salud que genera conductas de autocuidado. Para el logro de estas conductas, se elabora un plan dentro de la vida cotidiana de los actores sociales que según Margarita Rozas, está dada por el conocimiento de un espacio concreto en el que los sujetos constituyen y configuran la sociedad, dándole sentido a su vida, porque a través de esa construcción se puede explicar los aspectos significativos, en donde surgen los valores, creencias, nociones y representaciones de la comunidad, ya que las conductas sociales son factores fundamentales, en la etiología, predominio y distribución de las enfermedades. La educación para la salud genera un proceso en el cual interactúan los conocimientos, destrezas y las emociones de educador-ejecutor y del receptor. La educación y la salud constituyen el pilar básico de bienestar humano. La educación para la salud actúa como catalizador de los procesos de cambio, usando diferentes modalidades de intervención para crear condiciones favorables que contribuyan a generar una parti-

---

\* Facultad de Odontología - UNLP. 51 e/ 1 y 115 La Plata. (1900) Telefón: 0221-423-6775/76 Área temática: Recursos humanos en Salud mamedina@isis.unlp.edu.ar o memedina@ciudad.com.ar

participación activa de individuos, grupos o comunidades en el mejoramiento de sus condiciones de vida. La participación de la comunidad en su "Educación para la salud" debe adecuarse a la realidad social de la misma, generando agentes multiplicadores de la salud de su propia sociedad permitiendo la reconversión de patologías prevalentes a través de una resignificación de sus creencias, valores y representaciones. La realidad del lugar donde se trabaja es muy importante porque de allí surge el rol de movilizador de recursos humanos que se tiene como ejecutor, ya que identifica las potencialidades humanas de individuos, grupos y comunidades, promoviendo la participación en el estudio de sus necesidades, la toma de decisiones para afrontarlas y la organización para ejecutar las acciones comunes que permitan su resolución. También logra generar la toma de conciencia social, ante problemas y necesidades, mediante el efecto multiplicador y la demostración. Los intereses, sentidos y representaciones que configuran las interacciones cotidianas, hacen que las ambiciones formales y predictivas propias de los modelos positivistas de intervención social se desborden, dando paso a la construcción de propuestas cognoscitivas diferentes que cuestionan, además, la existencia de valores absolutos y métodos únicos, postura teórica que sostiene la presente investigación. Cuando comienza la acción en un lugar de trabajo, los alumnos recorren el barrio, lo ubican geográficamente, averiguan la existencia de redes de agua, gas y otros servicios, acceso al barrio, existencia de escuelas, iglesias, clubes y se contactan con los miembros comunitarios, manteniendo una relación permanente con sus líderes. Se realiza además una encuesta estructurada a fin de conocer el número de integrantes de cada grupo familiar, sexo, edades, trabajo, etc. Desde el lugar de trabajo educandos y educadores dejan participar a los sujetos de la comunidad, respetando siempre la interpretación de la salud y de las prácticas odontológicas para el mejor trabajo en común. Esto hace que desde la salud se pueda actuar por la familia logrando que los adultos conozcan el trabajo de los futuros profesionales, tomando conciencia de ello y lleven a sus hijos tempranamente a su atención. El modelo de salud bucal vigente en nuestro país, no toma suficientemente en cuenta las condiciones socioeconómicas de los grupos o clases en relación a los perfiles de salud y enfermedad de los mismo. Se desinteresa del sustrato sociocultural de los pacientes, de los que provienen valores y creencias que sostiene una determinada concepción del procesos salud-enfermedad que los acercan o alejan de las practicas curativas y/o preventivas. Esto resulta más notorio en poblaciones periféricas y de escasos recursos. En función de ello, es necesario detectar con claridad los modos y matices en que las prácticas se manifiestan, en las actitudes de los agentes sanitarios, en las creencias de la población demandante y los programas de la asistencia a la comunidad. De la misma manera en lo que concierne a la formación de recursos humanos en odontología, será también necesario, advertir y educar sobre tales prácticas, privilegiando el accionar preventivo sobre las causas de las enfermedades bucales y no la acción sobre los efectos.

Por lo tanto estas prácticas implican distintos aspectos:

- Preparación de docentes
- Formación de recursos humanos (alumnos)
- Prácticas comunitarias
- Proyectos de investigación como resultado de estas acciones (investigación participativa)

Las diferentes formas de encarar la educación para la salud según los sectores populares donde se trabaja, se basa en el paradigma “La salud y la enfermedad se deben a una óptica que es mucho más amplia que la puramente biológica” O mejor, que la respuesta biológica de un individuo, que es la más destacada y mejor definible, está en función de diversos factores externos, a veces evidente y a veces ocultos. Estos factores no sólo explican la génesis de enfermedades, sino también para entender el motivo de la distribución desigual, que se traduce en una distinta duración de la vida humana. La naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en la forma de enfermar y morir de los grupos humanos. Así, dentro de una misma sociedad las clases que las componen muestran condiciones de salud diferentes. Se entiende por riesgo la posibilidad que tiene una persona o grupos de personas de sufrir en el futuro un daño en su salud. No todas las comunidades, familias, personas tienen el mismo riesgo o probabilidad de enfermar, sino que para algunos este riesgo es mayor que para otros. Los factores de riesgos son condiciones existentes que interactúan (factores biológicos, sociales, económicos, culturales vinculados con el estilo de vida). Esta identificación fundamenta la toma de decisiones clínicas o sanitarias que tiendan a desarrollar programas individuales o comunitarios, con capacidad para reconvertir la situación de riesgo. En este marco el concepto de atención primaria, permite avanzar hacia las causas estructurales que inciden sobre la salud bucal, y en la construcción de criterios alternativos de abordaje con participación comunitaria y tratamientos que priorizan un determinado tipo de prácticas odontológicas. Se entiende por atención primaria a la estrategia o política integral de salud, que comprende a toda la población e implica el enfrentamiento de los problemas sanitarios mediante formas concretas y apropiadas de reajustar, recombinar y orientar los recursos de toda la sociedad para satisfacer las necesidades y las aspiraciones en el área de salud.

La posibilidad de construir criterios alternativos, que a partir del concepto de atención primaria, impulsen una actitud capaz de revertir las creencias y prácticas deberán nuclearse alrededor de aspectos tales como el énfasis en las tareas de prevención y de educación sistemática y permanente de la población demandante. Las modalidades concretas de su funcionamiento han de elaborarse en cada situación específica. La construcción de un común denominador teórico entre varias disciplinas, ha de permitir un abordaje más abarcativo y profundo de los problemas socio-odontológicos de los diferentes sectores y grupos sociales de la comunidad. La interacción de las ciencias sociales, en la educación, para la ciencia de la salud resulta ya una exigencia insoslayable. Es por ello que la formación de recursos humanos en una formación interdisciplinaria, tiende a impulsar modos de pensamientos más abarcativos y críticos que los tradicionales, con el propósito de lograr una comprensión más adecuada de los fenómenos a estudiar. Procura además, plasmar respuestas eficaces a los interrogantes y problemas planteados por la realidad.

Como consecuencia se obtendrá:

- 1- Un diagnóstico más riguroso y preciso y respuestas más eficaces para el desarrollo de la práctica odontológica
- 2- Un análisis crítico en busca de la información más completa de los hechos, su explicación en términos de causas y consecuencias y la identificación de las posibilidades de acción transformadoras.
- 3- Prácticas que procuran la objetivación de la realidad cotidiana por parte de la población involucrada en el estudio y establecimiento de relaciones entre problemas individuales y colectivos, funcionales y estructurales.

4- La incorporación de los sectores populares, como actores de un proceso de conocimiento, donde los problemas se definen según una realidad concreta a través de intereses y necesidades compartidas por el grupo social.

El conocimiento surge de una población-ejecutor, donde se verifica un intercambio.

El ejecutor posee conocimientos técnicos específicos y la población es participante de la realidad en la que vive. Si bien posee conocimientos específicos, los comparte en un proceso de aprendizaje grupal. Los ejecutores asumen el papel de “animadores socio-culturales” de los grupos de trabajo para la reflexión y autoevaluación. Se apela a la educación como manera de mejorar las condiciones personales y ambientales, guiados por la idea de que la ignorancia de los destinatarios es la causa de los riesgos a los que están expuestos. Pero siempre tomando en cuenta lo que la comunidad cree, sus ideas sobre la enfermedad y la salud, los significativos atribuidos a los síntomas, las técnicas para recuperar la salud y mantenerla, etc. Pero este análisis requiere que sea crítico, tanto para quienes coordinan las acciones de educación para la salud como para quienes son sus destinatarios. De tal modo que unos y otros pueden acercarse a formas distintas de comprender los mismos hechos, analizando las contraindicaciones de unos y otros, de manera que se produzcan modificaciones. La educación para la salud, es una propuesta pedagógica sustentada en las ciencias biológicas y sociales. Las ciencias básicas aportan las fases científicas sobre historia natural de las enfermedades prevalentes y su forma de prevenirlas. El marco de referencia de la realidad social y su eje es el hombre. La sociología, la psicología y la antropología son las ciencias que dan las bases para que la comunicación ocurra en los diferentes grupos etarios, con distintas creencias y tradiciones. Las estrategias utilizadas para la formación de educadores de la Salud Bucal, son participativas y reproducen las modalidades de trabajo que se llevan a cabo en la comunidad. Cada población tiene características que condicionan las conductas de salud. El diagnóstico de esas conductas y el reconocimiento de valores y creencias permiten decidir cuáles son favorables y deben ser fortalecidas y cuáles deben ser modificadas. Se parte de un marco conceptual caracterizado por una conceptualización social de la salud, el reconocimiento de la hegemonía de la práctica sobre el proceso formador y la aplicación de un criterio holístico acerca de recursos humanos en salud. En este marco se reconoce la necesidad de estudiar la sociedad, analizar las formas de salud y de práctica social y odontológica.

Este abordaje no puede quedar como un mero diagnóstico, sino que debe ser empleado para la toma de decisiones que corresponda en los procesos de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones, de tal manera que garanticen la coherencia teórica, metodológica y técnica.

A tal efecto es fundamental inscribirla como componente de atención primaria de salud, y como táctica operativa, instaurando sistemas locales de salud. Desde esta perspectiva se propone participar en el desarrollo global de grupos y poblaciones generando modos más eficaces de intervención específica como impacto en la calidad de vida de la población. Es decir, que plantea la formación de recursos humanos en un modelo de atención reformulado y validado como eficaz, eficiente y equitativo. Desde la concepción de la salud como el perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección y como derecho fundamental del hombre; alcanzar el más alto nivel posible de salud es el objetivo de máxima importancia para el mundo, lo que implica la intervención de sectores sociales, económicos y de salud. El objeto de estudio dentro del campo odontológico es el proceso salud-enfermedad, y siendo que el contexto sociopolítico-económico constituye una determinante fundamental la investigación orientada a la prevención debe incluir los aspectos bio-psico-sociales como parte

integrante y determinante de este proceso para poder así construir una imagen-objetivo o una nueva situación a la que debe dirigirse la odontología. Se parte del concepto de salud, como un derecho de todo ciudadano. Alma Ata se proponía la meta, ya imposible, de “Salud para todos en el año 2000”. Si bien esto es hoy una expresión de deseo, quienes se dedican a la salud (en este caso, bucal) aspiran a que sea una realidad. Las enfermedades prevalentes de la cavidad bucal son la caries y las enfermedades periodontales.

El estudio de los datos disponibles en el país revelan.

- 1- La existencia de un perfil de patologías prevalentes de gran magnitud.
- 2- La frecuencia de caries y enfermedades periodontales es prácticamente universal.
- 3- Los programas de promoción y preventivos aplicados por diversas instituciones, no fueron suficientes para revertir o modificar los perfiles epidemiológicos.

Existen un sin número de condiciones de riesgo social que han permitido centrar la aplicación del enfoque de riesgo. “¿Será posible desarrollar programas para prevenir y erradicar las infecciones que causan cavidades en los dientes, mientras haya tanta diversidad de opinión, desacuerdos y conflictos? Desafortunadamente no hay un modo fácil para eliminar la pereza cognoscitiva (Procedimiento mental por el cual una persona rechaza datos que no coinciden con sus conceptos personales, sus creencias, sus opiniones y sus propias ideas)”. Según Chamberland en 1927: “El problema radica en que cuando formulamos una sola hipótesis nos aferramos a ella. En el momento en el cual nosotros ofrecemos una explicación original de un fenómeno y que parezca satisfactoria, en ese momento nace nuestro afecto por esa concepción brillante y a medida que esa concepción crece, hasta convertirse en una teoría definitiva, nuestro afecto intelectual aumentaría. Para evitar ese problema, es necesario utilizar teorías múltiples de trabajo, no una sola, porque esto distribuye los esfuerzos y divide nuestras simpatías. Cada hipótesis sugiere sus propios medios para comprobarla, sus propios métodos para desarrollar la verdad y en un grupo de hipótesis engloba el tema en todas sus formas, el resultado final de todos los medios y métodos es completo y rico”. El factor principal para obtener un progreso importante en cualquier campo o ciencia, consiste en lograr un proceso intelectual al que se le debe llamar “Interferencia Fuerte”. Esta consiste en aplicar pasos para cada problema, formulándolos en forma explícita y regular:

- Desarrollar hipótesis alternativas
- Diseñar experimentos con resultados que sean posibles;
- Reciclar los procedimientos formulando sub hipótesis o hipótesis secuenciales.

Una inferencia fuerte orienta al hombre hacia la solución de problemas, pero requiere que él esté dispuesto a rechazar los últimos procedimientos usados y que aprenda nuevos.

Regresando a la necesidad de conocimiento, se podría descomponer en por lo menos 5 ítems diferentes:

- 1- Se debe poseer información a cerca de medidas terapéuticas confiables y efectivas. Este incluye el uso de los instrumentos de higiene oral, la necesidad

de suministro de agentes anti-placa y medicamentos antibacteriales y el valor del cepillado de dientes después de las comidas.

Se debe obtener información de diagnóstico, acerca del estado del control en los pacientes. Se debe asegurar si el estado microbiológico de los pacientes es compatible con una excelente salud periodontal.

2- El profesional debe sentirse confiado cuando el paciente ha recibido un nivel suficiente de fluoruros en su esmalte, cemento y placa para prevenir la caries dental.

3- Los educadores deben estar adecuadamente informados

4- Los pacientes deber preocuparse acerca de su higiene oral.

5- A los aprendices se le debe dar información precisa, específica y significativa a cerca de medidas preventivas. Falta mucho tiempo para que la profesión odontológica, en su totalidad, se encargue de la educación sobre salud bucal de la comunidad.

La labor del odontólogo es primero que todo educacional, convirtiéndose todos en profesores de salud. Hartzell, se preguntaba en 1930: ¿Cómo podemos, individual y colectivamente, ayudar a nuestro semejantes a mantener dentaduras funcionando saludablemente?. La Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata desde su creación se concibió con un perfil biólogo y por lo tanto alejada absolutamente del contexto social, cuestión que fue manteniéndose en el tiempo y que primó en muchas generaciones de sus graduados. Al mismo tiempo, su enseñanza daba énfasis en la curación de enfermedades y no en la prevención de las mismas. En el marco de una reforma curricular realizada en el año 1990 y con algunas puestas a punto en el año 1994, se impulsó una enseñanza odontológica contemporánea con perfil social. Para ello se inicia a los estudiantes en forma temprana en distintas realidades sociales. Como consecuencia de estudios realizados en este sector popular del Gran La Plata, en relación a modificar actitudes en lo que concierne a salud bucal, se amplió la investigación incluyendo visitas regulares a los domicilios de familias escogidas como medio eficaz de reforzar aprendizajes.

## **Objetivos**

El objetivo de este trabajo es demostrar la incidencia de la educación en la salud del sector popular

## **Material y método**

Se seleccionaron aleatoriamente 20 familias incluidas en el programa y que habían alcanzado el alta integral en salud. Con ellas se formaron dos grupos (experimental E y control C) de 10 familias cada uno. El grupo experimental E fue visitado quincenalmente por investigadores equilibrados que reforzaron la educación y técnicas profilácticas con amplia aplicación de un índice de higiene oral simplificado (IHOS). Se utilizó una vasta gama de recursos audiovisuales y protocolo de registro específicamente confeccionado. El grupo control C no recibió refuerzos posteriores. Se realizó el relevamiento epidemiológico de los grupos aplicando indicadores CPOD, ceod, IP e IG. Se empleó luz natural, explorador standard y espejo bucal. El perfil epidemiológico de la muestra seleccionada se definió por los siguientes indicadores:  $x_{CPOD} = 12,5$  (  $C = 0$ ;

$E = 7.6$ ;  $E_i = 0$ ;  $O = 4.9$ )  $x_{ceod} = 4.6$  ( $c = 0$ ;  $e_i = 0$ ;  $O = 4.6$ );  $x_{IP} = 0.66$  ( $5 - 15 = 0.15$ ;  $16 - 20 = 0.26$ ;  $21 - 30 = 0.42$ ;  $31 - 40 = 0.75$ ;  $41 - 50 = 0.91$ ;  $51 - 60 = 1.36$ ;  $+ 60 = 1.49$ );  $x_{IHOS} = 0.92$  ( $5 - 15 = 0.16$ ;  $16 - 20 = 0.35$ ;  $21 - 30 = 0.57$ ;  $31 - 40 = 0.81$ ;  $41 - 50 = 1.26$ ;  $51 - 60 = 1.48$ ;  $+ 60 = 1.86$ ). Los datos se recogieron en planillas ad hoc confeccionadas específicamente para este fin y fueron procesadas por el sistema estadístico Sector.

## Resultados

Después de 24 meses el perfil epidemiológico se definió según grupo e indicadores.

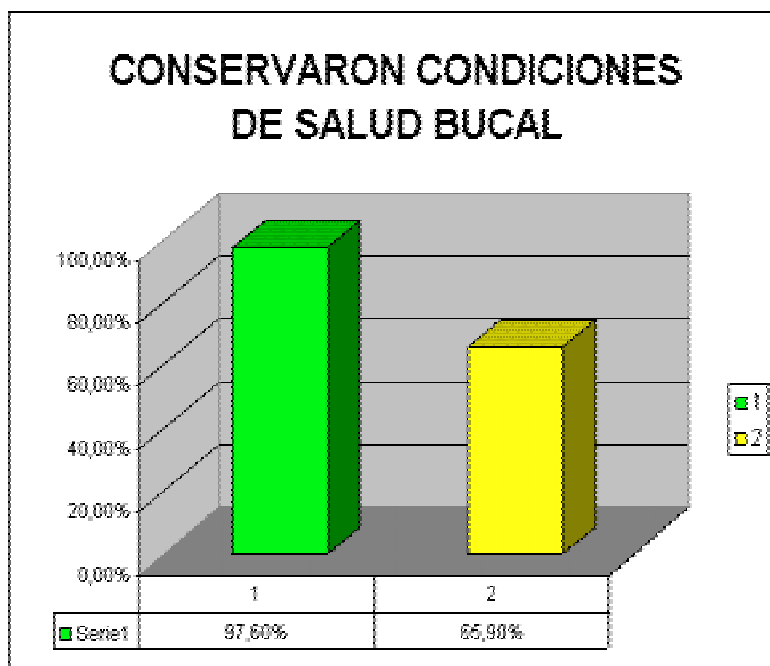
**GRUPO EXPERIMENTAL E:**  $x_{CPOD} = 12.6$  ( $C = 0.2$ ;  $E = 7.6$ ;  $E_i = 1.3$ ;  $O = 4.6$ ) Si bien el CPOD no se modificó significativamente respecto al inicial, sí lo hicieron sus componentes internos;  $x_{ceod} = 4.9$  ( $c = 0.3$ ;  $e_i = 0.4$ ;  $O = 4.2$ );  $x_{IP} = 0.78$  ( $5 - 15 = 0.17$ ;  $16 - 20 = 0.25$ ;  $21 - 30 = 0.45$ ;  $31 - 40 = 0.74$ ;  $41 - 50 = 0.99$ ;  $51 - 60 = 1.36$ ;  $+ 60 = 1.50$ );  $x_{IHOS} = 0.76$  ( $5 - 15 = 0.14$ ;  $16 - 20 = 0.21$ ;  $21 - 30 = 0.37$ ;  $31 - 40 = 0.61$ ;  $41 - 50 = 1.06$ ;  $51 - 60 = 1.28$ ;  $+ 60 = 1.66$ ). Conservó las condiciones iniciales de salud buco-dental el 97,6 %.

**GRUPO CONTROL C:**  $x_{CPOD} = 13.9$  ( $C = 1.9$ ;  $E = 7.6$ ;  $E_i = 1.3$ ;  $O = 3.1$ );  $x_{ceod} = 0.61$  ( $c = 1.2$ ;  $e_i = 1.4$ ;  $O = 3.5$ );  $x_{IP} = 1.29$  ( $5 - 15 = 0.20$ ;  $16 - 20 = 0.40$ ;  $21 - 30 = 0.92$ ;  $31 - 40 = 1.31$ ;  $41 - 50 = 1.72$ ;  $51 - 60 = 1.93$ ;  $+ 60 = 2.49$ );  $x_{IHOS} = 3.10$  ( $5 - 15 = 2.36$ ;  $16 - 20 = 2.58$ ;  $21 - 30 = 2.69$ ;  $31 - 40 = 3.04$ ;  $41 - 50 = 3.39$ ;  $51 - 60 = 3.59$ ;  $+ 60 = 4.07$ ).

Conservó las condiciones iniciales de salud buco-dental el 65.9%

## CONSERVARON CONDICIONES DE SALUD BUCAL

GRUPO E	97,60%
GRUPO C	65,90%



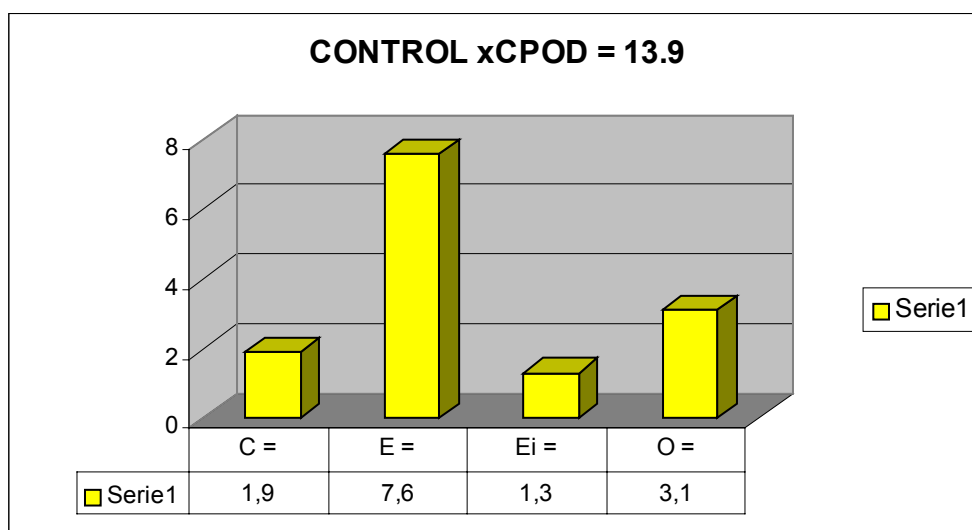
**CONTROL CPOD = 13,9**

C = 1,9

E = 7,6

Ei = 1,3

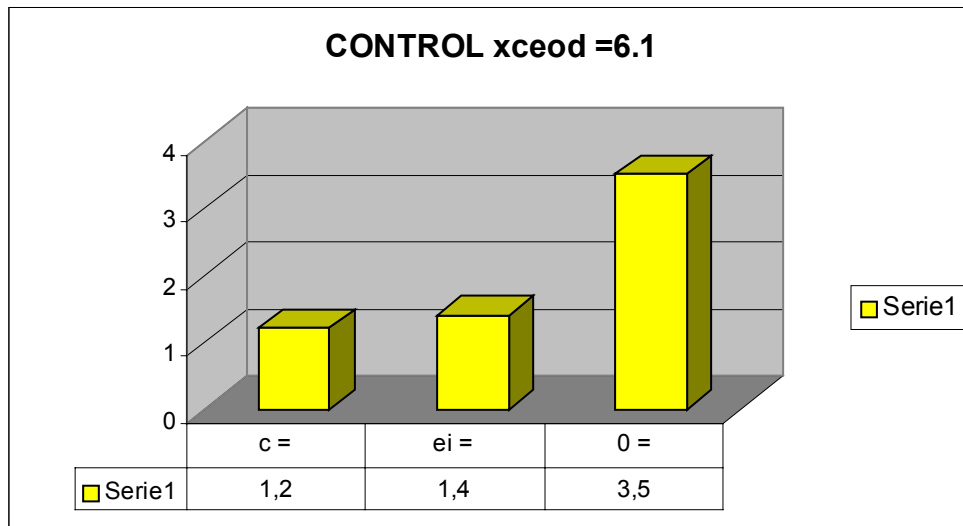
O = 3,1





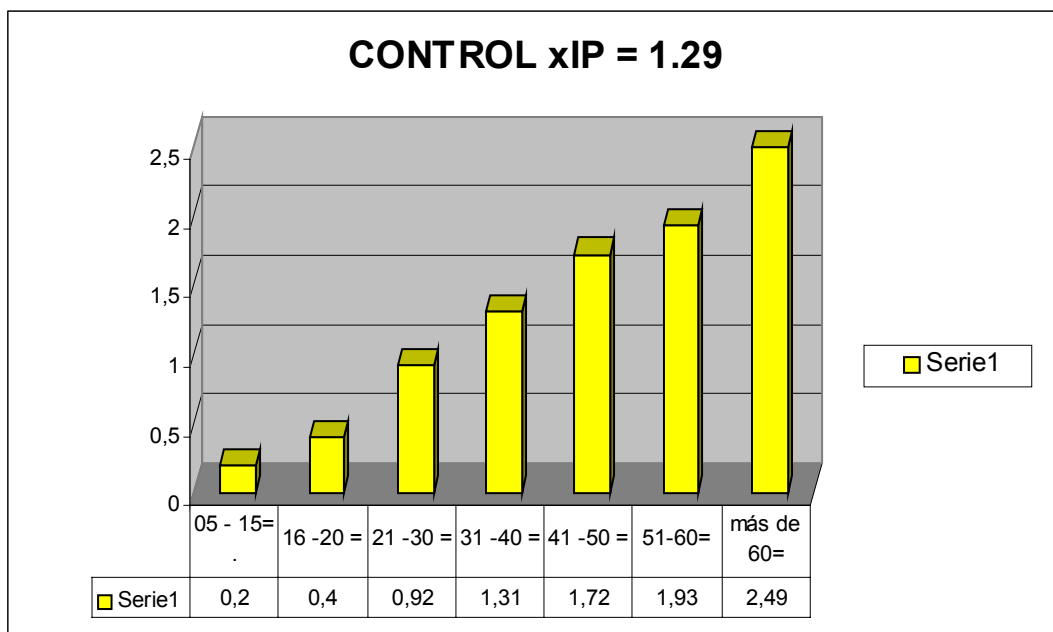
**CONTROL xceod = 6,1**

c = 1,2  
 ei = 1,4  
 0 = 3,5



**CONTROL xIP = 1,29**

05 - 15 = 0,2  
 16 -20 = 0,4  
 21 -30 = 0,92  
 31 -40 = 1,31  
 41 -50 = 1,72  
 51-60= 1,93  
 más de 60= 2,49



**CONTROL xIHOS=**

**3,1**

5-15=

2,36

16-20=

2,58

21-30=

2,69

31-40=

3,04

41-50=

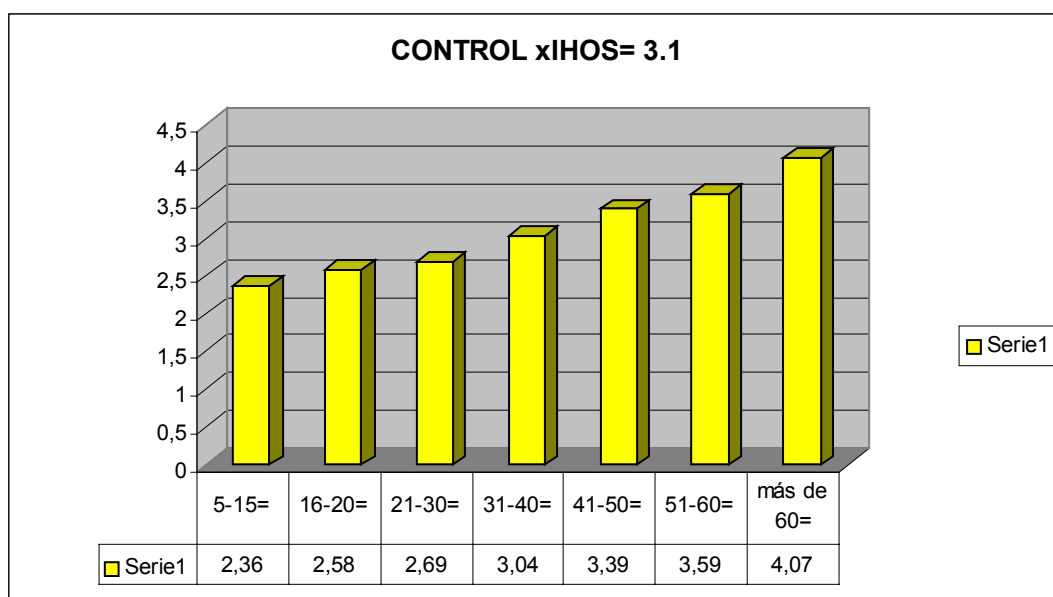
3,39

51-60=

3,59

más de 60=

4,07



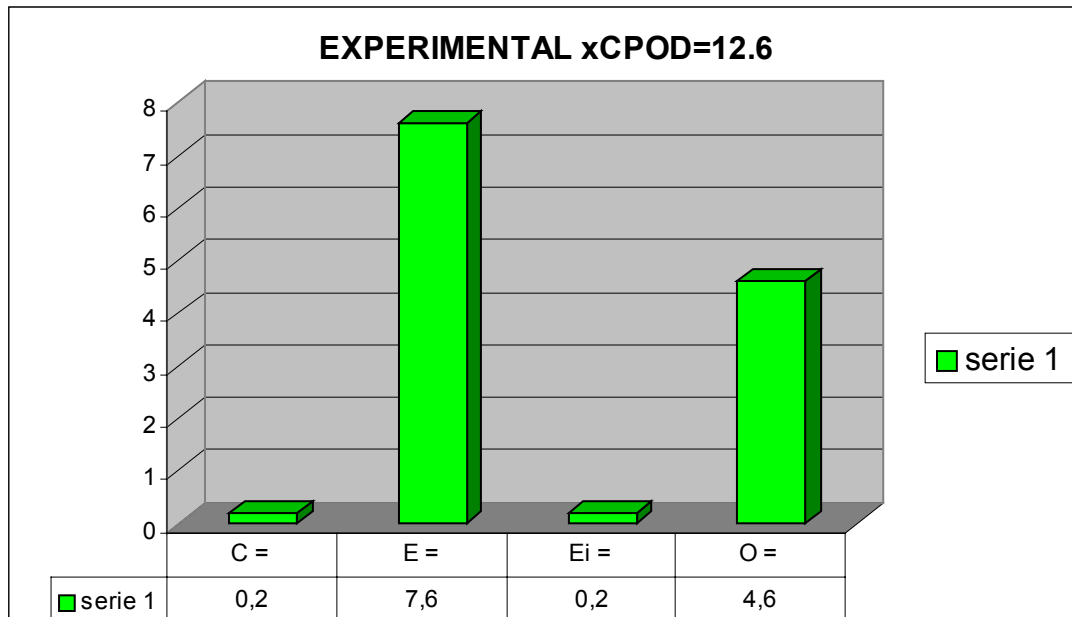
**EXPERIMENTAL xCPOD = 12,6**

C = 0,2

E = 7,6

Ei = 0,2

O = 4,6

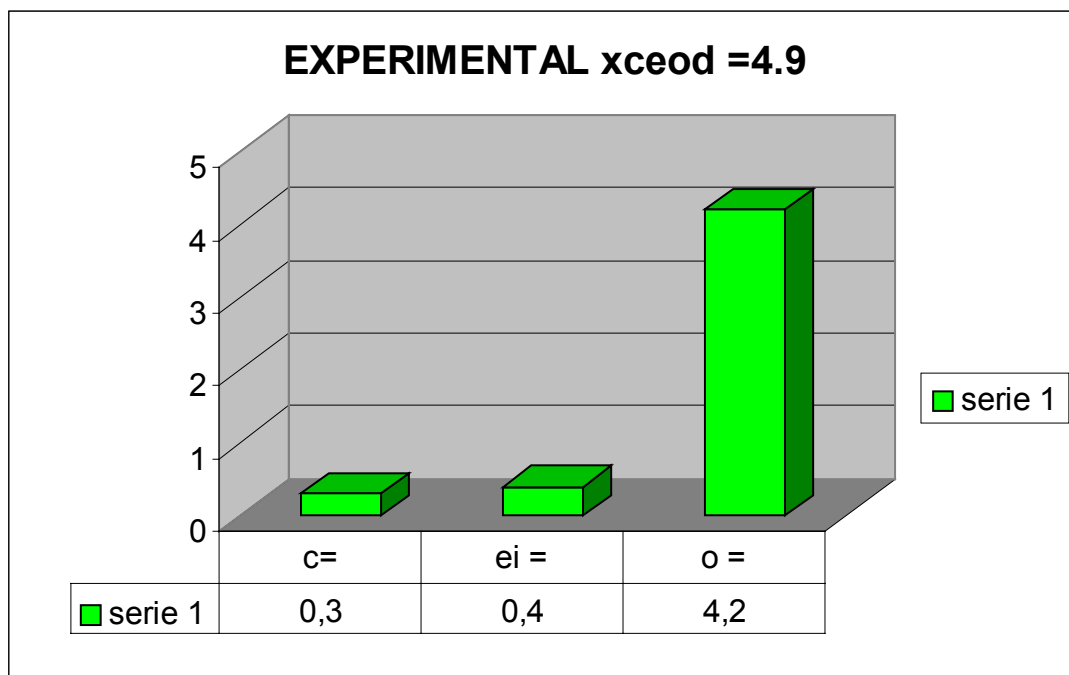


**EXPERIMENTAL xceod = 4,9**

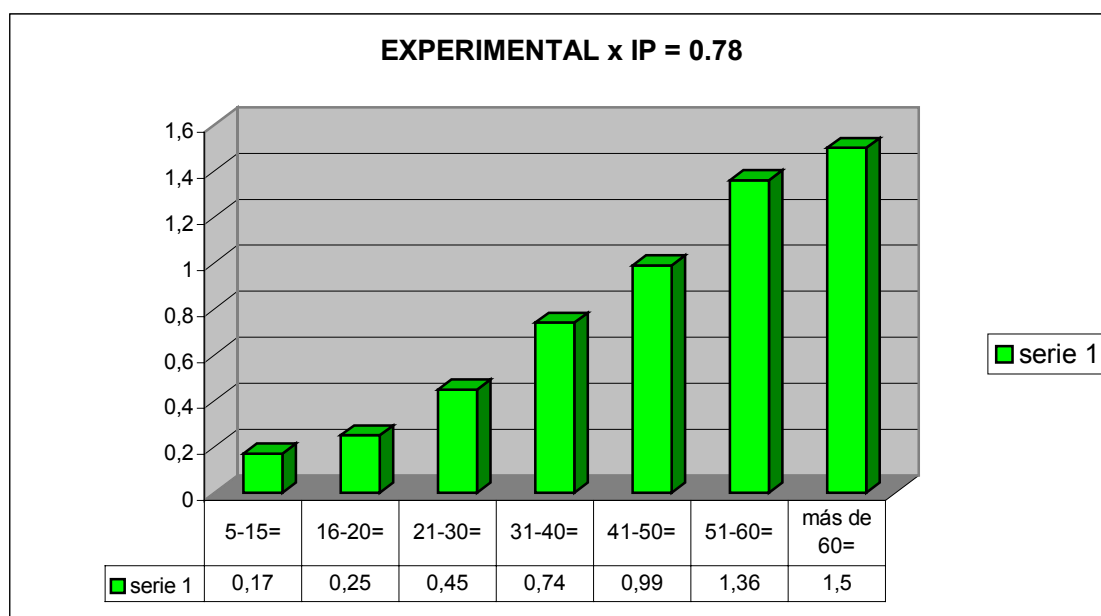
c= 0,3

ei = 0,4

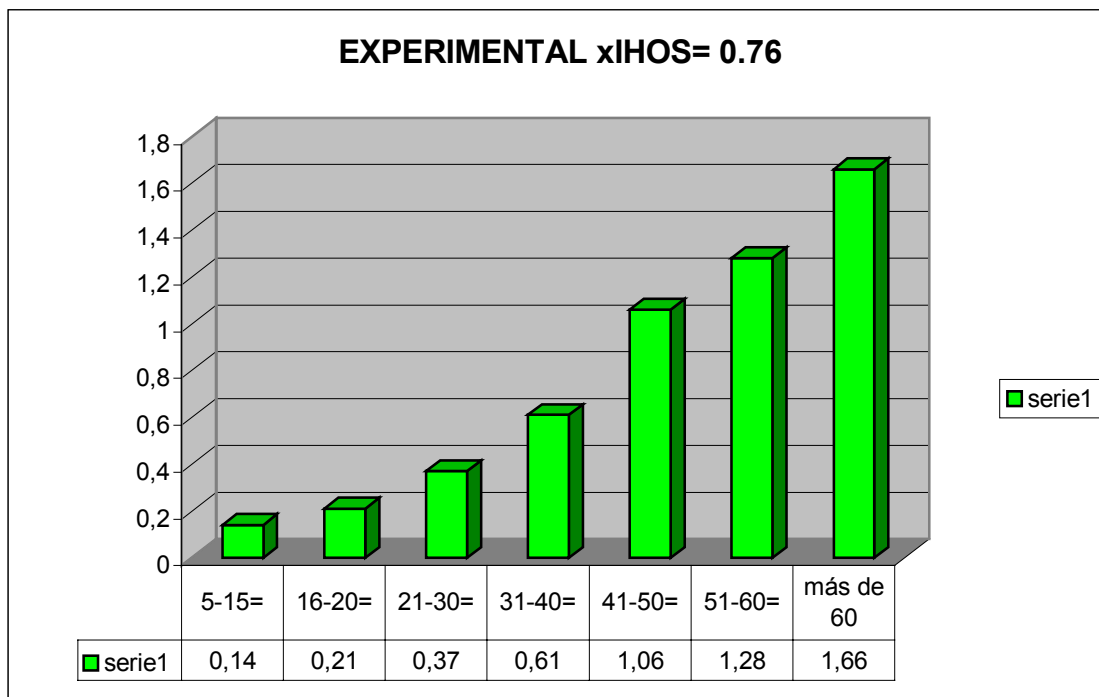
o = 4,2



<b>EXPERIMENTAL xIP =</b>	<b>0,78</b>
5-15=	0,17
16-20=	0,25
21-30=	0,45
31-40=	0,74
41-50=	0,99
51-60=	1,36
más de 60=	1,5

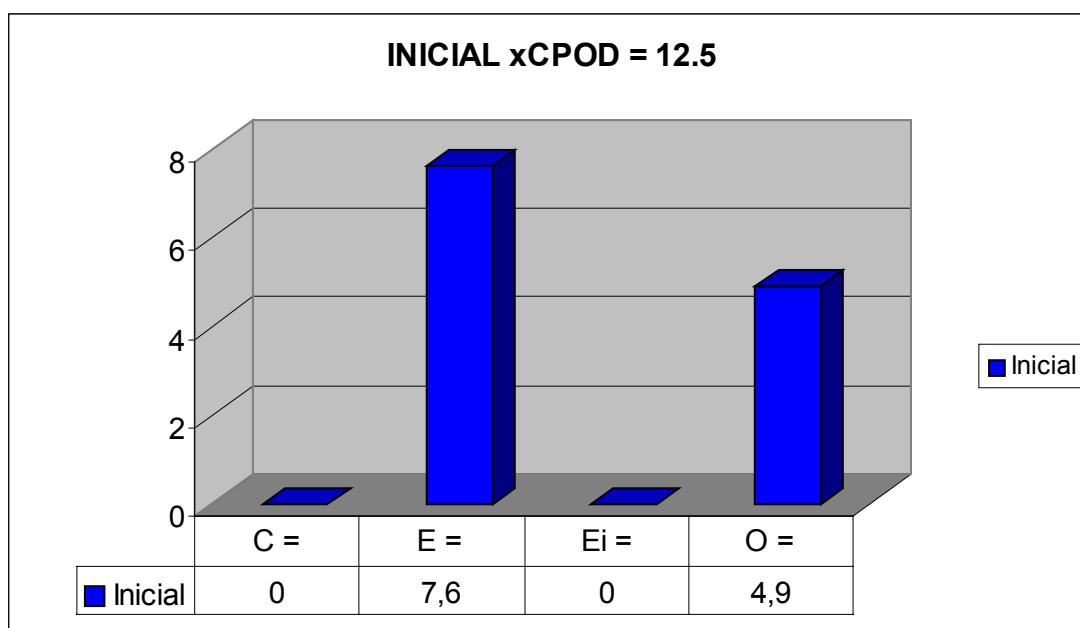


<b>EXPERIMENTAL</b>	
<b>xIHOS=</b>	<b>0,76</b>
5-15=	0,14
16-20=	0,21
21-30=	0,37
31-40=	0,61
41-50=	1,06
51-60=	1,28
más de 60	1,66



**INICIAL xCPOD = 12,5**

C =	0
E =	7,6
Ei =	0
O =	4,9

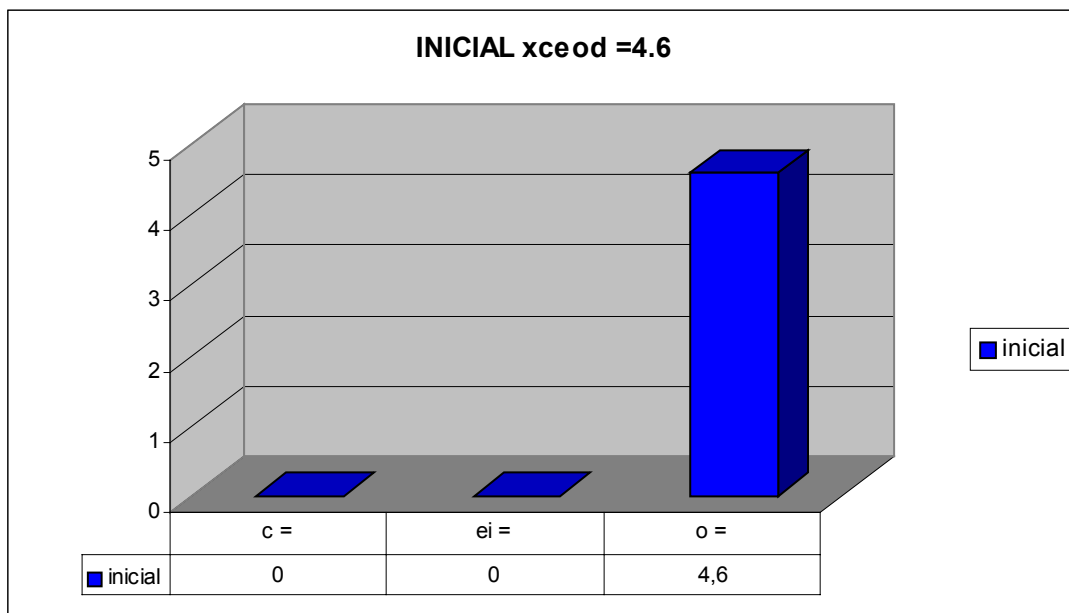


INICIAL xceod 4,6

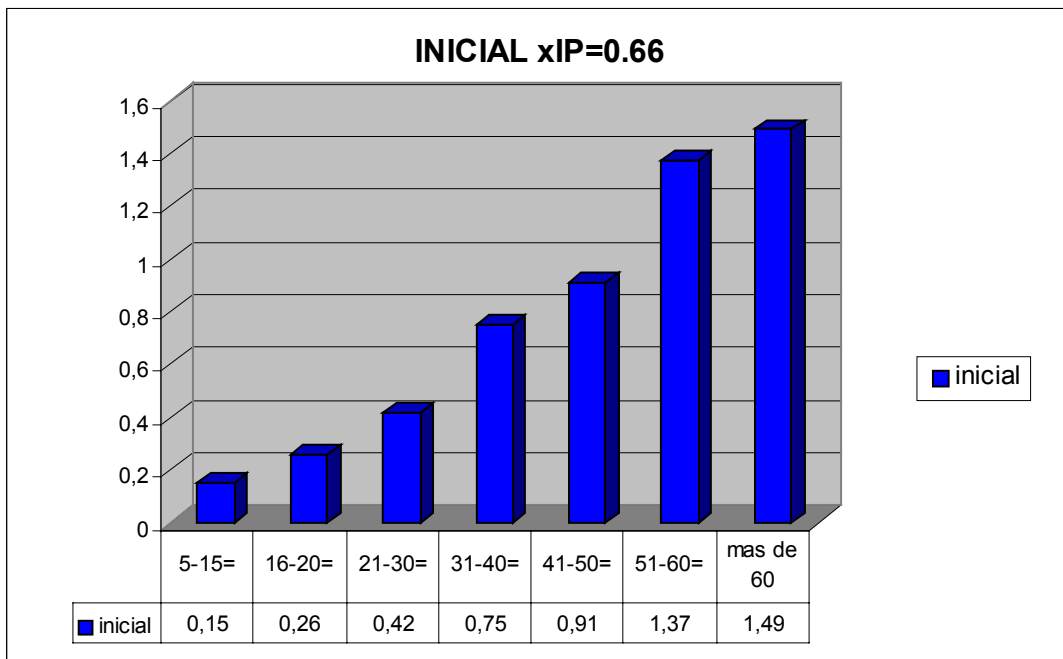
c = 0

ei = 0

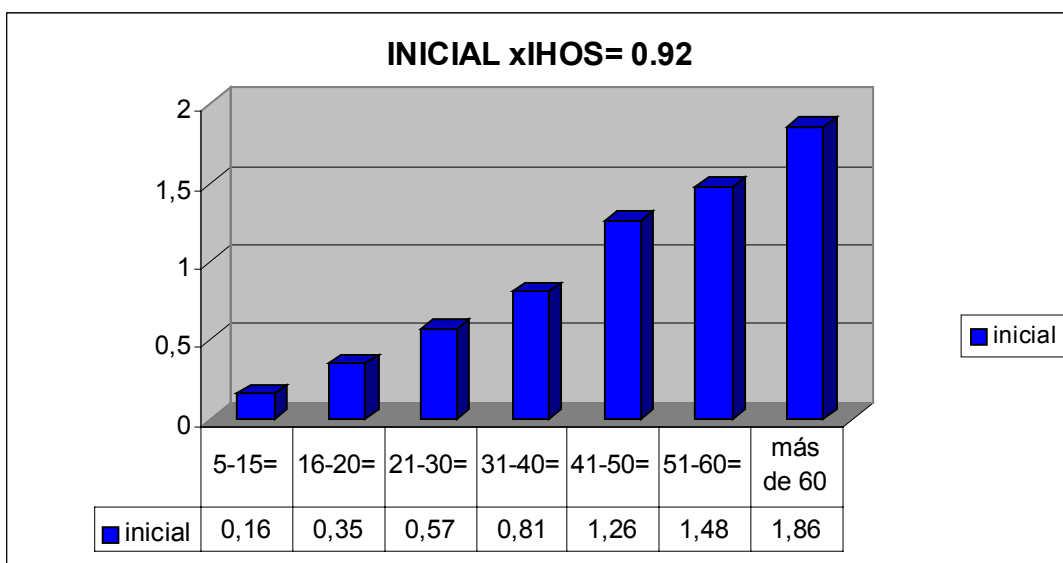
o = 4,6



<b>INICIAL</b>	
<b>xIP=</b>	<b>0,66</b>
5-15=	0,15
16-20=	0,26
21-30=	0,42
31-40=	0,75
41-50=	0,91
51-60=	1,37
mas de 60	1,49



<b>INICIAL xIHOS=</b>	<b>0,92</b>
5-15=	0,16
16-20=	0,35
21-30=	0,57
31-40=	0,81
41-50=	1,26
51-60=	1,48
más de 60	1,86





**Conclusiones**

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la educación actúa como factor relevante en la preservación de la salud bucal del sector popular cubierto.

## Bibliografía

Apostel, L. Guy Michaud y Otros “Interdisciplinarietà problemas de enseñanza de investigación en las Universidades”. Ed. Annuies 1975.

Argumedo, Manuel. “Educación Rural Integrada: a experiencia de planeamiento participativo no creará” Ilca, Sao Paulo, paz e Terra, 1983.

Bodgan, R y Taylors. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Bs. As. Argentina. Ed. Paidós

Brito, Pedro E. “Integración Docente-Aistencial. Bases para una propuesta de desarrollo”. Perú. Educación Méd. Salud Vol. 21, Nro. 1, 1987

Brusilovsky, Silvia. “ Entrenamiento mental, un método para un enfoque de la cultura y la educación”. Universidad de Belgrano, 1978.

Cortazzo, Inés. Saúde o Trabalho (Tesis de Maestría) en Arquivas de medicina Preventiva. Saúde Pública e Medicina do Trabalho. Faculdade de Medicina Universidade Federal do Río Grande do Sul Porto Alegre (Brasil) Nro. 7, Jan-Jul 1985.

Crocce, Vacaro y Stimola. “Medicina Casera”. La semana Médica 1978

Davini, María Cristina. “Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud”. Organización Panamericana de la Salud. 1989.

Díaz, Ester. “Metodología de la Ciencias Sociales”. Ed Biblios 2001.

Durán, L. “ Determinación de Necesidades de Recursos Humanos a partir de análisis de tareas en Educación”. Medicina y Salud. Vol 21 Nro.2, 1987

Geirenger, A. “ La Universidad Latino-América y la Salud de la Población”. Informe de la Reunión del Núcleo Básico III, sobre contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud. Caracas. 1988

Herazo, Acuña B. “Aspectos Clínicos y Docentes de la Odontología”. Boletín of. Saint Panann 102. 1987

Jadresic, Alfredo. “ El personal de salud y los principios que sustentan la meta de salud para todos en el año 2002”. Educación Méd Salud, Vol. 25 Nro4. 1981

Jodolet, Denise. “ La salud en Latinoamérica”. Instituto de Investigaciones de Ciencias Sociales de la U.B.A. 1994

Lardis Gonzalez, Julio. “Medicina Popular y Medicina Empírica”. La Semana Médica 1979.

Laurell, Ana Cristina “ Lo social en el proceso salud-enfermedad”. Cuadernos Médicos Sociales. Argentina. 1982

Lischetti, Mirtha. “Antropología”. Ed. Universidad de Bs. As.

Mejía, Alfonso; Fulop, T. “ Planificación del personal de salud: principios, métodos y problemas”. Publicación Organización Mundial de la Salud. 1979.

Menéndez, Eduardo. “Medicina Tradicional o Medicina Científica”. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales. Revista runa Nro XVII 1998

Nájera, Enrique y otros. “ El enfoque epidemiológico en la formación de políticas y en la formación de recursos humanos”. Educación Médica Salud, Vol 24 Nro.4, 1987

Rozas, Margarita. “La intervención del Trabajo Social, propuesta metodológica.”. Ed Fundación Unviersitaria a distancia Hernandarias.

Sirvent María Teresa. “Vida cotidiana, cultura popular y educación, asociaciones barriales y aprendizaje”. Ponencia presentada al 1er. Simposio Iberoamericano de la Salud Escolar. Sociedad Argentina de Pediatría. Centro Cultural General San Martín. 26 al 29 de Octubre de 1987

Timio, Mario. “Clases sociales y enfermedad: Introducción a la epidemiología diferenciada”. México – Nueva Imagen. 1978

Vélez Esther. “Reconfigurando el Trabajo Social”. Ed. Espacio 2003