

## REFLEXIÓN Y ACCIÓN EN DEFINICIONES SOCIALES RELACIONADAS CON LA SALUD BUCAL

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

### **Introducción**

Los programas de promoción y prevención en cuanto a Salud Bucal, no fueron suficientes para modificar los elevados valores en los indicadores de patologías bucales prevalentes.

La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata no ha estado ajena a ésta situación, y conciente de ello asume el compromiso y responsabilidad procurando formar un profesional capacitado para participar activamente y en forma comprometida con los cambios que la misma sociedad le está señalando.

El objetivo de ésta investigación fue promover la integración del conocimiento en el área de la prevención con una dimensión social.

### **Objetivos**

#### **General:**

- ◆ promover la integración del conocimiento en el área de la prevención con una dimensión social.

#### **Específica:**

- ◆ Caracterizar la población y su organización social
- ◆ Determinar índices epidemiológicos inicial y final de caries y enfermedad periodontal
- ◆ Comparar los índices epidemiológicos iniciales y finales
- ◆ Promover la participación de la comunidad

### **Marco teórico**

La odontología como profesión ha sido objeto de una razonada crítica en torno a determinar la capacidad del impacto social que ha tenido hasta el presente, por su incidencia en la modificación de la problemática de salud de la población, específicamente en el campo de la salud bucal, en cuanto a sus enfermedades prevalentes: caries y enfermedad periodontal.

Al presente los procesos de formación de recursos humanos en esta campo se caracterizan por presentar fenómenos variables según los grados de avance curricular observados. Existe aún la prevalencia de corrientes biologicistas que pretenden continuar formando odontólogos de corte científico-mecanicista, que no responden a la realidad social de estos tiempos. Lo anterior se explica por el acentuado tradicionalismo en la formación y práctica, así como en la conducción del proceso educativo, en el cual persisten

corrientes conductistas, favorecedoras de los esquemas dominantes de los modelos económico sociales sustentados.

En muchos países, este modelo de práctica, desarrollado a partir de la enseñanza recibida en las escuelas de odontología, ha entrado en una crisis, que no puede desligarse de las crisis que sufren algunos de ellos por el fracaso de sus modelos de desarrollo.

Habiéndose identificado las crisis y sus causales, y reconociendo que una crisis representa a la vez que una situación difícil, una oportunidad, las universidades, teniendo ante sí los dos momentos, buscan salidas a las crisis con planteamientos innovadores, que son todo un reto para lograr cambios sustanciales en la formación de sus actuales recursos y en la de aquellos nuevos derivados del análisis de la problemática social.

La preocupación por el deterioro de las condiciones de salud de las poblaciones, llevó a las autoridades de salud del mundo a proponer la meta de alcanzar salud para todos en el año 2000 (SPT 2000), delineando estrategias generales a seguir en cada país, para el logro hacia la meta.

Papel fundamental juegan los recursos humanos para la salud; por lo tanto los objetivos se orientan a analizar particularmente algunas variables que permitan predecir acerca de un proceso de formación de odontólogos consecuentes con los fines propuestos.

Investigaciones realizadas sobre los patrones formativos, reflejan cómo la profesión se inicia de una manera artesanal y un tanto biológica, pasando luego a recalcar su carácter biológico, ignorando toda posibilidad de explicación social del proceso salud-enfermedad. Mas adelante se incorpora la odontología preventiva y social como un ente separado, cuyo trabajo no tiene nada que ver con el proceso formativo visto como un todo.

Mas recientemente, los criterios sobre el proceso de formación de odontólogos han ido cambiando, reconociéndose la existencia de variables no biológicas que están determinando las patologías y que, además, son factores relacionados con las formas de vida y producción de nuestras sociedades.

Esto ha dado origen a planteamientos de globalidad para el abordaje de la educación, procurando desarrollar modelos integradores en la enseñanza / aprendizaje, que consideren la salud-enfermedad como un proceso en el que intervienen factores biológicos y no biológicos, que afectan al individuo, la familia y la comunidad.

Son pocas las instituciones que integran el conocimiento básico, preclínico y clínico, a través de unidades de integración práctico-teóricas, y un alto porcentaje mantiene la estructura tradicional, en forma aislada y no relacionada, dándose en el mejor de los casos alguna integración disciplinaria.

La situación se hace mas critica, cuando observamos que los componentes de investigación y extensión son casi nulos a nivel curricular y se realizan en forma esporádica en lo individual. En muchas Facultades se mantiene el patrón conductista en la formación de odontólogos, basado en la tradicional conferencia repetitiva y la enseñanza libresco acrítica, que la mayoría de las veces proporciona información atrasada y a veces obsoleta.

Por otra parte se ha privilegiado el modelo curativo y tecnologizado, considerando secundariamente el aspecto preventivo de una manera desintegrada. Además, este modelo está muy influenciado por la práctica hegemónica, que no ha sido capaz de producir un impacto social de amplia cobertura.

Las anteriores razones, sumadas a otras de naturaleza estructural, han llevado a algunos a formular a afirmar que existe un deterioro en los procesos de formación de pregrado.

Ante estas afirmaciones habrá que preguntarse si en verdad hay deterioro o es una fase de transición, en la que el paso hacia modelos alternativos de enseñanza / aprendizaje han hecho cambiar también los conceptos que de la excelencia académica se han tenido hasta la fecha, los cuales han sido de corte academicista tecnológico.

Actualmente, la excelencia académica debe medirse no solamente en base al nivel del conocimiento científico y técnico, sino también en base a la capacidad para conocer e interpretar la problemática de salud de nuestras poblaciones y saber hacer propuestas que le permitan al odontólogo incorporarse a las tareas multidisciplinarias en búsqueda de mejorar los perfiles epidemiológicos.

La universidad, como institución comprometida desde siempre con los intereses de las grandes mayoría poblacionales, es un sector que tiene una responsabilidad grande para la consecución de esas metas y objetivos.

Considerando el análisis precedente, intentaremos perfilar lo que podría, o debería, ser la orientación para la formación de odontólogos en ese contexto y cuáles son las perspectivas.

Podríamos afirmar como premisa de entrada que los currículos tradicionales son incompetentes para que se logre una incorporación efectiva de las Facultades de Odontología a las tareas requeridas. La simple razón de ello es que esos procesos formativos enfatizan y centran la atención en el individuo, para resolver problemas inherentes al segundo y tercer niveles de atención, lo cual es excluyente del trabajo en base a la atención primaria, que es la estrategia a seguir para el abordaje de la problemática de salud.

Los mecanismos que rigen las relaciones entre educación, formación y empleo en nuestras sociedades ha sido un desafío permanente para investigadores y ejecuto, a cuyo fin se han implementado diversas formas de evaluación de la enseñanza.

Las particulares condiciones del contexto actual han incrementado esta necesidad, los sistemas educativos enfrentan al desafío de mantener su relevancia social en el marco de su masificación y complejización, ante el requerimiento de mejorar el nivel de calidad de los conocimientos impartidos, y de brindar las competencias indispensables para desempeñarse en el mundo del trabajo. Al mismo tiempo, la crisis económica y los programas de ajuste imponen serias limitaciones financieras, que exigen maximizar la eficiencia de los gastos sociales, entre los que se incluyen los destinatarios a la educación y la formación para el trabajo.

Nuestra facultad no ha estado alejada de esta realidad y con el cambio curricular del año 1990 y su reforma de 1994 se planteó los interrogantes sobre la mejor forma de articular educación y formación para satisfacer las necesidades de los egresados y de la comunidad.

La proyección social, efectuada tradicionalmente con una visión asistencialista, y con impacto social, asume en este proyecto alternativo un carácter formal que se realiza desde el inicio de la carrera hasta que se termina la misma. Esta modalidad permite a su vez, sensibilizar al recurso humano en formación que encuentra respuesta objetiva a un planteamiento filosófico y retroalimenta su bagaje humanístico.

En términos generales, podríamos esbozar las características del tipo de odontólogo que, para los propósitos de una nueva práctica en salud, combine acciones interprofesionales, interdisciplinarias, interinstitucionales y multisectoriales.

La Facultad de Odontología propone un perfil institucional de formación que incluya lo siguiente:

1. Disponer de recursos humanos altamente críticos, creadores, capaces de ubicarse en el contexto del que hacer ocupacional institucional y privado, participando en su permanente transformación. Aprendizaje mediante la construcción activa de conocimientos: Invención, descubrimiento o redescubrimiento.
2. Incorporar la investigación en todos los aspectos del proceso formativo, aplicando permanentemente el método científico.
3. Integrar la enseñanza - aprendizaje y enfatizar los aspectos preventivos.
4. Hacer hincapié en que la metodología del proceso de enseñanza aprendizaje sea andragógica, prevaleciendo sobre la pedagógica.
5. Establecer un equilibrio entre los aspectos técnicos, científicos y humanísticos.
6. Utilizar tecnología apropiada para una práctica eficaz y eficiente.

Por otra parte, el perfil del profesional que se propone formar, reúne las siguientes características:

1. Capaz de manejar a un alto nivel el conocimiento fundamental del sistema estomatognático, su estructura, su función y evolución. Todo ello dentro del concepto de salud-enfermedad; relacionando este concepto con el resto del organismo y con el individuo como parte de una comunidad.
2. Altamente crítico y creador, con características de liderazgo, capaz de identificar los factores socioeconómicos de las condiciones de vida y salud de la población, todo ello a través del conocimiento y aplicación del método científico.
3. Capaz de manejar con sentido interdisciplinario las enfermedades del sistema estomatognático más prevalentes en la población, convirtiéndose en un recurso básico para el fomento, mantenimiento y recuperación de la salud del individuo y de la comunidad, utilizando los conceptos de transferencia del conocimiento, simplificación de la práctica odontológica, y trabajo en equipo, siendo el nexo entre el equipo de salud bucal y el de salud general.
4. Capaz de organizar y administrar servicios odontológicos en los diferentes modelos de práctica profesional, mediante la utilización de sistemas y técnicas que faciliten el empleo de los recursos humanos, físicos y administrativos.

Por lo tanto el proceso de enseñanza - aprendizaje debe estar dirigido hacia la idea de que los alumnos aprendan a pensar por ellos mismos y en consecuencia puedan tomar acciones adecuadas a sus propias decisiones.

En cuanto a los contenidos si el propósito está dirigido hacia las necesidades sociales, los contenidos serán en buena parte diferentes a que si fueran dirigidos a mantener el prestigio y la imagen profesional.

De acuerdo a lo expresado anteriormente sobre las profesiones de la salud, si el objetivo es la salud, los contenidos deberán ser diferentes que si fuera la enfermedad. Es más, si el énfasis se da en los aspectos de curación y rehabilitación, los contenidos seguramente no serían los mismos que en el caso a donde la prevención fuera lo más sobresaliente.

Si la intención es preparar a los egresados para atender preferentemente a las minorías que tienen mayor capacidad económica, los contenidos irán dirigidos obviamente con

mayor énfasis hacia el tipo de problemas de esta clase social y desde luego no tanto hacia aquellos de las grandes mayorías quienes con dificultad podrían pagar directamente un servicio privado.

Por último, si se trata de que los alumnos aprendan principalmente técnicas, los contenidos presentarán mas la forma de información dogmática. ¿Cómo puede enseñarse una técnica a un alumno, si no es exigiéndole que efectuó con la mayor precisión y fidelidad posible el método y los pasos estipulados? Si por el contrario, interesa que los alumnos piensen y decidan por ellos mismos, los contenidos se definirán más por medio de actividades de búsqueda, análisis, discusión, aplicación y evaluación efectuados por los propios estudiantes, es decir, que aprendan a aprender, más que a obedecer sin mucho pensar. En ambos de los métodos anteriores, los contenidos no presentarán muchas similitudes. Estos pues, deben ser diferentes dependiendo del contexto y de las intenciones que se plasmen en el programa académico.

De acuerdo a las características de la enseñanza impartida, será el perfil del futuro egresado.

### **Material y método**

La metodología utilizada fue de tipo descriptivo. La experiencia se realizó en un período de cuatro años en una comunidad periférica del Gran La Plata en la Provincia de Buenos Aires con características semirural, integrada por 500 familias (entre estables y transitorias), cada una en promedio constituida por 5 personas de las cuales el 63% son mayores de 15 años y el 37% menores. Se realizó la caracterización de la población y su organización social. Se informó y discutió el proyecto de investigación con la población y sus representantes procurando su participación. Se prepararon los instrumentos a utilizar, se estableció un programa de Salud Bucal dirigido a la familia con capacidad resolutive hasta el 2do nivel que encarado a partir de la promoción y educación para la salud, determinación de índices epidemiológicos, CPO, CEO y de placa, clasificación de la demanda, identificación, análisis y selección de factores de riesgo homogéneo y específico, participación de líderes y abordaje integral con activa participación comunitaria. Se procedió a la recolección y análisis de los datos, utilizando como indicador la reconversión epidemiológica comparando los índices epidemiológicos iniciales y finales.

Se elaboraron las conclusiones y la transferencia a organismos educativos y comunitarios.

### **Resultados**

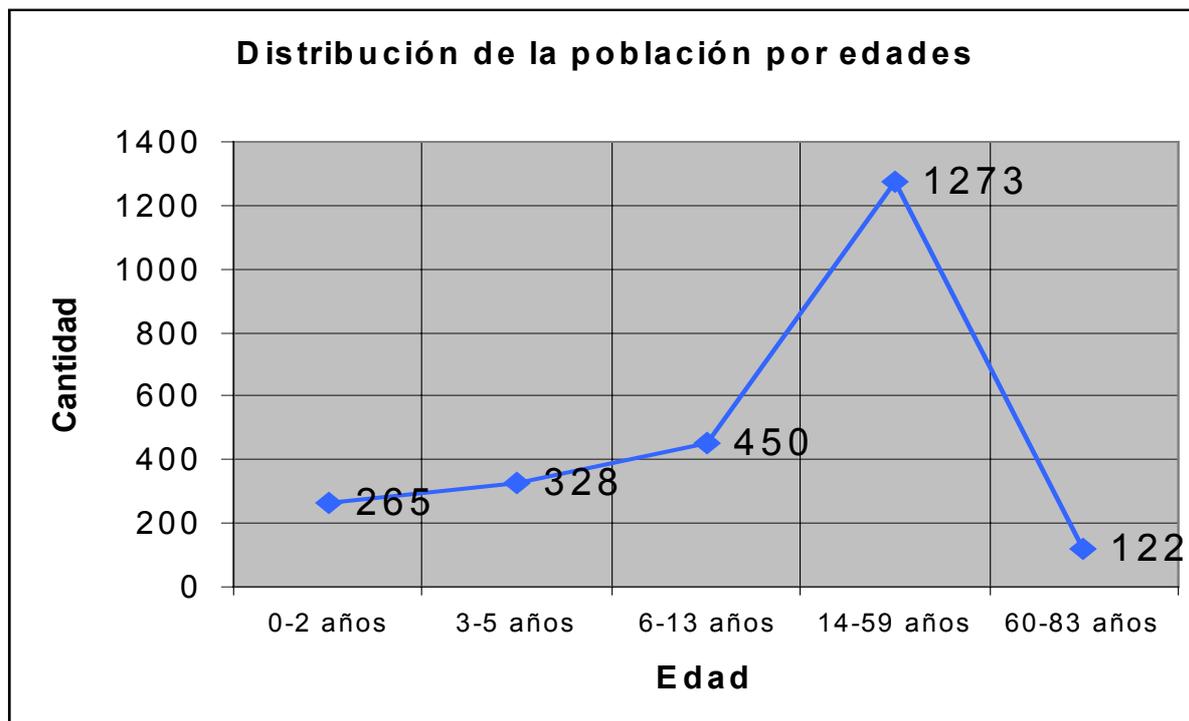
De la población cubierta 2438 pacientes entre adultos y niños, 800 realizaron demanda espontánea, se les practicaron 5481 prestaciones y el 99,4% obtuvo alta en salud; 580 accedieron a 4453 prestaciones por demanda estimulada y el 97.0 % obtuvo alta en salud. A 1058 se les practicaron 6378 prestaciones por demanda programada y el 96,37% obtuvo alta en salud. Se formaron 20 agentes multiplicadores y se modificaron los perfiles epidemiológicos de enfermedades prevalentes, el porcentaje de caries se redujo de 92,9 a 12,3 % y el de enfermedad periodontal de 84,1 a 14,2%.

**DATOS APORTADOS POR EL RELEVAMIENTO DE LA POBLACIÓN**

Total de pobladores	2438
Población 0 a 2 años de edad	265
Población en edad preescolar (3 a 5 años)	328
Población en edad escolar (6 a 14)	550
Población de 15 a 59 años	1173
Población de 60 a 83 años	122
Cantidad de viviendas	236
Tipo de viviendas	material
Viviendas con agua potable	236
Viviendas con cloacas	0
Viviendas con pozo ciego	236
Viviendas con servicios eléctricos	228
Cantidad de familias	500
X de familias por vivienda	2.12
X de habitantes por vivienda	10.33
X de personas por familia	4.87
Escuelas publicas dentro de la comunidad	0
Sala de primeras auxilios dentro de la comunidad	0
Características de las calles	Tierra
Vías de acceso a la comunidad asfaltadas o mejoradas	0
Servicios de transporte que ingresen en la comunidad	0

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOBA SEGÚN DENTICIÓN Y EDAD.**

<b>DENTICION</b>					
	<b>TEMPORARIA</b>		<b>MIXTA</b>	<b>PERMANENTE</b>	
<b>EDAD</b>	<b>0-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6-13</b>	<b>14-59</b>	<b>60-83</b>
<b>CANTIDAD</b>	<b>265</b>	<b>328</b>	<b>450</b>	<b>1273</b>	<b>122</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>11%</b>	<b>13%</b>	<b>18%</b>	<b>53%</b>	<b>5%</b>



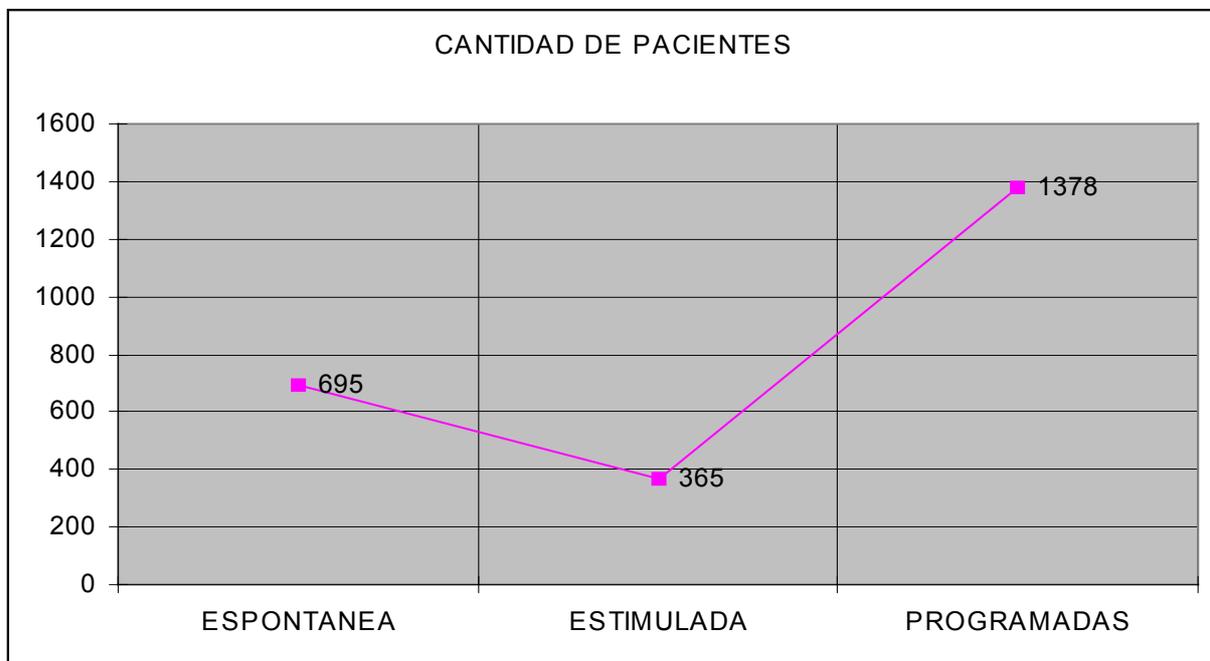
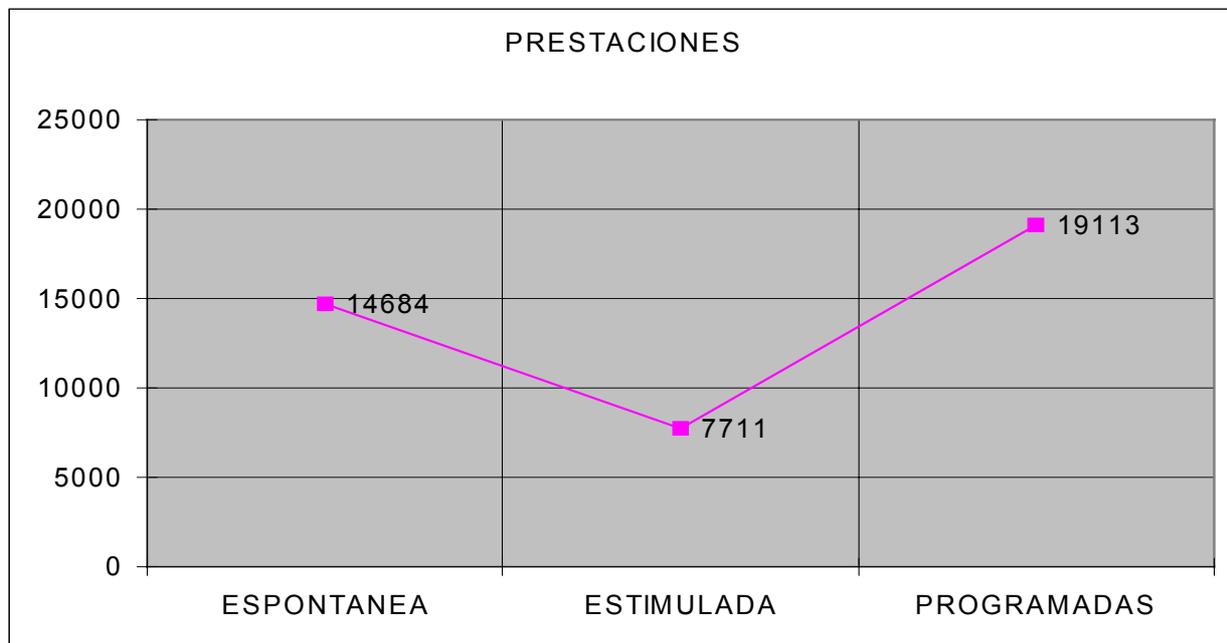
**RESULTADOS DE LA POBLACION CUBIERTA SEGÚN EL TIPO DE DEMANDA**

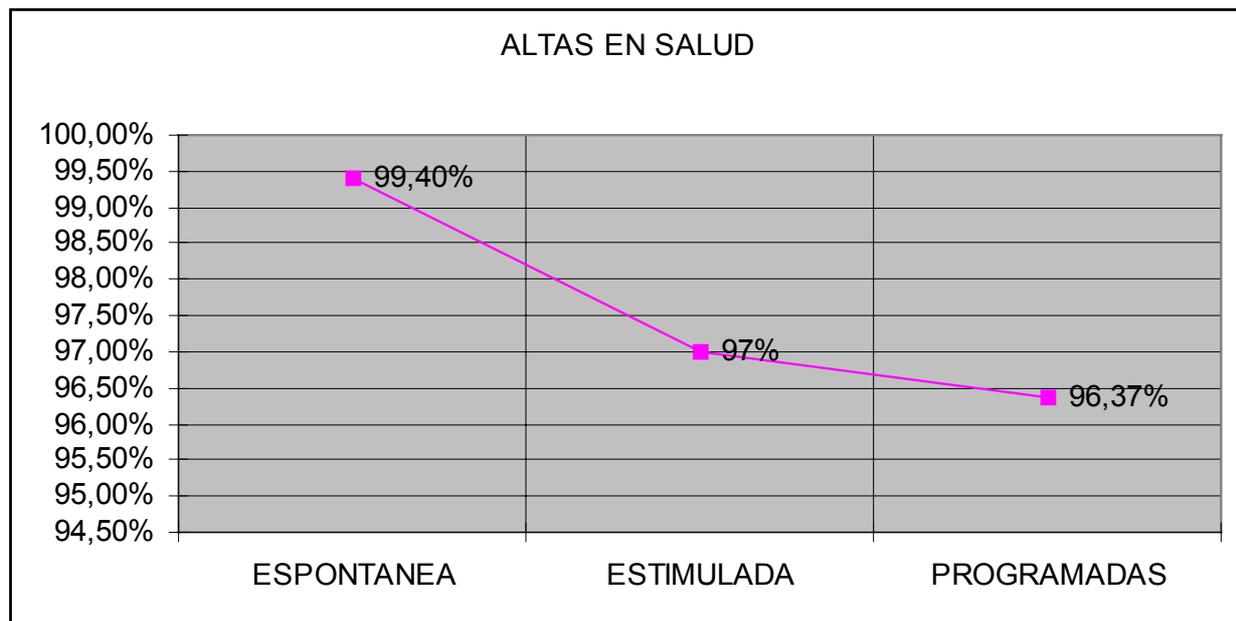
**POBLACION TOTAL CUBIERTA: 2438**

<b>TIPO DE DEMANDA</b>	<b>CANTIDAD DE PACIENTES</b>	<b>PRESTACIONES</b>	<b>ALTAS EN SALUD</b>
ESPONTANEA	695	14684	99.40%
ESTIMULADA	365	7711	97%
PROGRAMADAS	1378	19113	96.37%
<b>TOTALES</b>	<b>2438</b>	<b>41508</b>	<b>97.59%</b>

## CUADRO 1

En los siguientes gráficos veremos representados los datos del cuadro 1.



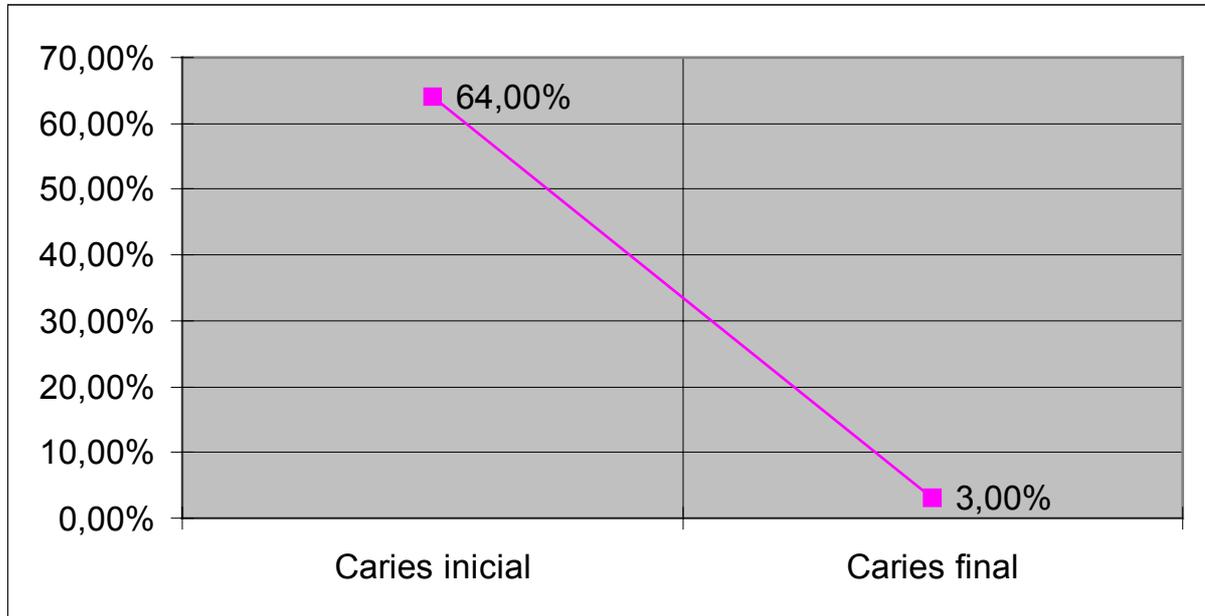


**RESULTADOS FINALES DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LA  
COMUNIDAD TOBA**

	temporaria		Mixta		permanente		Totales	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Caries	65%	4%	66%	2%	61%	3%	64%	3%
Extracción indica- da	2.5%	0%	2%	0%			2.25%	0%
Perdidos			2%	3%	7%	12%	4.5%	7.5%
Obturados	0,39%	68%	1%	67%	5%	59%	2.13%	64.66%

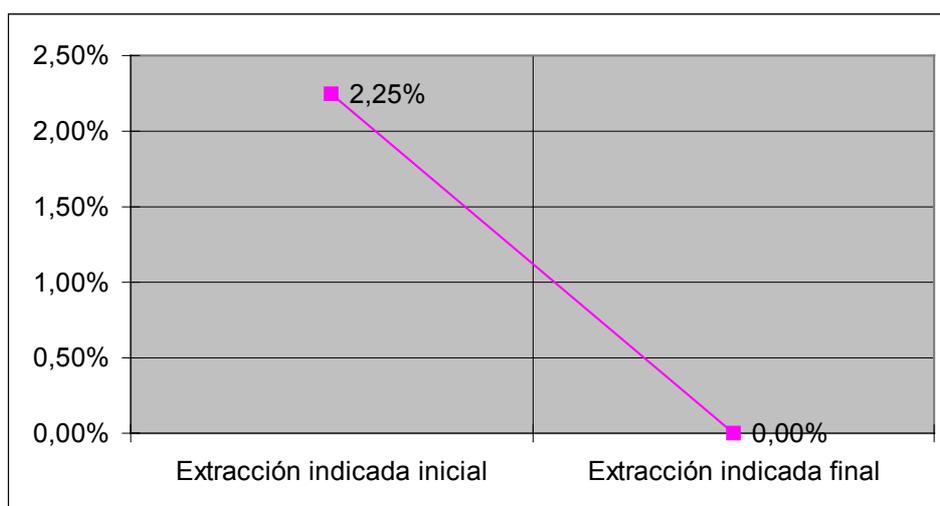
### CARIES INICIALES Y FINALES DE LA POBLACIÓN TOBA

Caries inicial	64%	Caries final	3%
----------------	-----	--------------	----



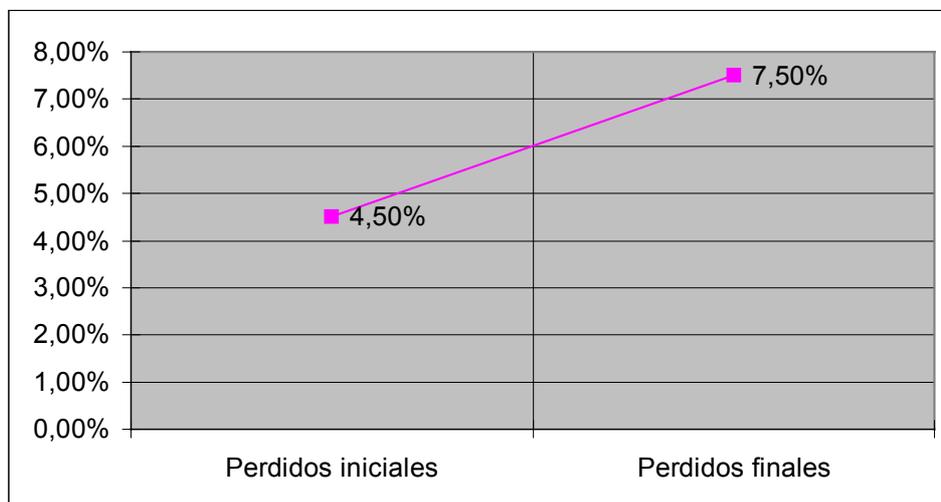
### EXTRACCION INDICADA INICIAL Y FINAL DE LA POBLACIÓN TOBA

Extracción indicada inicial	2.25%
Extracción indicada final	0%



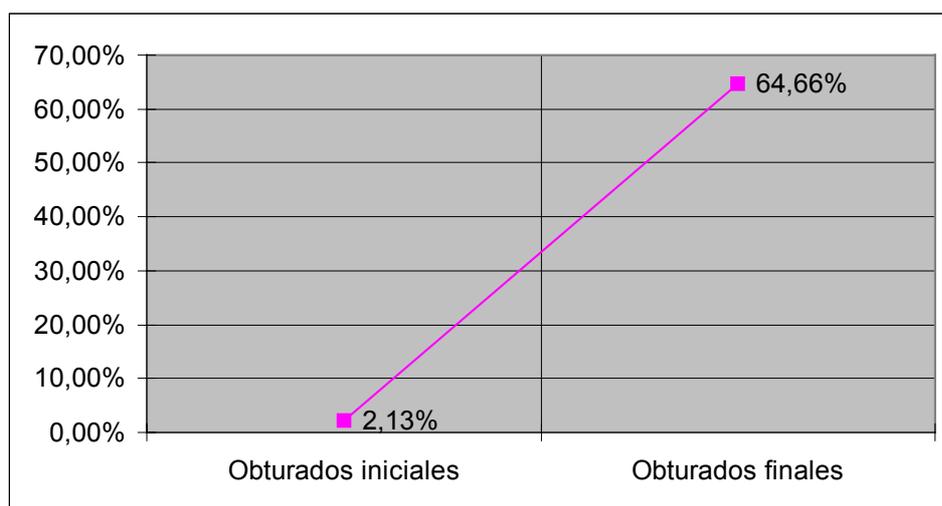
### PERDIDOS INICIALES Y FINALES DE LA POBLACIÓN TOBA

Perdidos iniciales	4.5%
Perdidos finales	7.5%



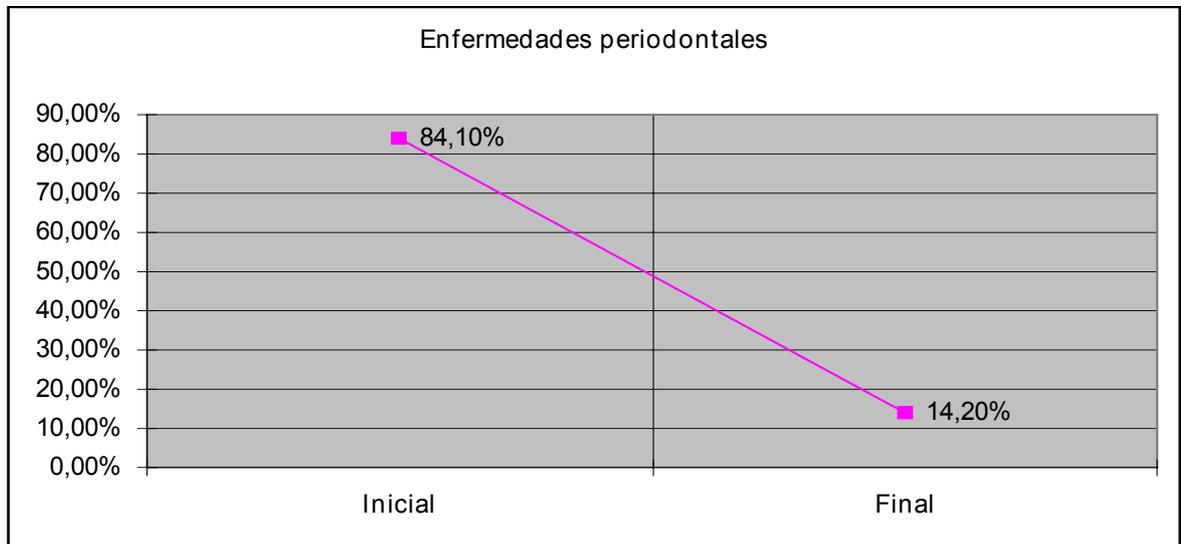
### OBTURADOS INICIALES Y FINALES DE LA POBLACIÓN TOBA

Obturados iniciales	2.13%
Obturados finales	64.66%



### RESULTADOS DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

Al comenzar nuestra labor la el porcentaje de población con enfermedades periodontales era de un 81.1%, mientras que al finalizar el proyecto la cantidad disminuyo a un 14.2%.



### **AGENTES MULTIPLICADORES DE LA SALUD GENERADOS A TRAVES DEL PROYECTO**

<b>LUGAR</b>	<b>POBLACION CUBIERTA</b>	<b>AGENTES MULTIPLICADORES</b>	<b>AGENTES GENERADOS CADA 120 PERSONAS</b>
<b>Barrio "Islas Malvinas" ( Comunidad Toba)</b>	<b>2438</b>	<b>20</b>	<b>1</b>

#### **Conclusiones**

Los resultados demuestran que el programa educativo utilizado produce impacto en la población cubierta por reconversión de índices epidemiológicos.

## **Bibliografía**

Diaz Mario de Miguel. Innovación educativa y desarrollo profesional docente. 1996: Didáctica y Optimización del proceso de enseñanza – aprendizaje / Fatima Addines Fernández. La Habana 1998 (soporte electrónico). En CDIP del ISP “Pepito Tey”, Las Tunas

Medina Rivilla, Antonio. La función profesional del docente para diseñar, aplicar e indagar el proyecto educativo y su incoordinación en el proyecto curricular. Asturia 1994. Recomendación sobre políticas educativas al inicio del siglo XXI. Bolivia 2001 (Material micioografiado)

Fonseca Perez, Juan José. Un modelo para la concepción, organización y evaluación del diseño curricular en la transformación de la secundaria básica. Santiago de Cuba 1999

Lopez Camara, Victor. La profesión, las escuelas y los estudiantes de Odontología en México. Rev, ADM 1999, 56(3): 118-123

Albornoz, O. La educación superior en América Latina y el Caribe. Ideas, problemas y propuestas. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana. Noviembre 1996

Colectivo de Autores. La universidad latinoamericana ante nuevos escenarios de la región. Universidad Iberoamericana. UDUAL. México 1995

Garcia, C. Situación y principales dinámicas de transformación de la Educación Superior en América Latina. Cátedra UNESCO. Universidad de los Andes. Santa Fe de Bogotá. Colombia. Colección Respuesta N°2. 1996

Saenz Forero F. Tendencias de la Educación Odontológica en América Latina. 1997

Saenz Forero, Aspectos demográficos a considerar en la Odontología integral del siglo XXI. Presentada en la VIII conferencia OFEDO-UDUAL. 1995

Yepez Patricia. La Salud Bucal en América Latina. OPS/OMS. Publicación de la VII Reunión OFEDO – UDUAL .Bs. As. Argentina. 1993