

## **Estrategias de Educación para la Salud y estudio de las realidades sociales en comunidades de alto riesgo, periféricas del Gran La Plata**

Luis Martín Cantarini, Silvia Albarracín; Silvia Irigoyen, Nélica Coscarelli, Gustavo Papel; Etel Mosconi; Leticia Rueda.

Facultad de Odontología – Universidad Nacional de La Plata.

cantarini@folp.unlp.edu.ar

### **Resumen**

La investigación consistió en un estudio descriptivo, el universo lo constituyeron 773 pacientes asistidos entre los años 2005 – 2007 en la zona de Hernández y Gorina y en los años 2008 –2010 en Berisso y Los Hornos.

Los objetivos fueron: -Analizar las características, condiciones de vida y procesos culturales, de cuatro comunidades periféricas de La Plata (Berisso - Los Hornos – Hernandez y Gorina) durante los años 2005 - 2010.

-Establecer patologías prevalentes en las zonas y acceso a los servicios de salud

-Evaluar el impacto de la Educación para la Salud en pacientes que recibieron educación permanente en salud.

Se recopiló información a través de historias clínicas y entrevistas personales con los pacientes y líderes comunitarios. Se elaboraron entrevistas y encuestas estructuradas para el relevamiento habitacional, diagramas para el registro de placa bacteriana, odontogramas para el registro del índice CPO y ceo e índices de placa. De los 773 pacientes atendidos en las zonas estudiadas pudimos observar que 556 (71,93%) habían recibido educación permanente en salud y que 217 (28,07%) no lo hicieron. Del total de encuestas realizadas en la zona de Los Hornos y Gorina (n= 430), el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino, media=38 años, secundario completo: 9,30%, primaria completa: 32,56%, viviendas precarias, con escasos servicios públicos y sanitarios. En la comunidad de Berisso y Hernández (n= 405), predominio de sexo femenino, media=49 años, secundario completo: 4,44%, primaria completa: 24,44%, poseen servicios de agua corriente, cloacas, gas natural, recolección de basura. El 88,88% son extranjeros o descendientes de extranjeros. En las comunidades de Los Hornos y Gorina la carencia de servicios públicos, determina una zona con riesgo de padecer enfermedades infectocontagiosas.

De lo expuesto podemos concluir que la educación permanente en salud actúa como factor determinante para promover demanda espontánea.

### **Introducción**

Para poder conseguir el pleno desarrollo de las capacidades, hábitos y actitudes más saludables dentro de una comunidad, es prioritario y necesario que la Educación para la Salud esté presente en todas las esferas de la sociedad: en la familia, en las escuelas, en las Universidades, en los centros de trabajo y que todos y cada uno de nosotros seamos capaces de actuar como verdaderos agentes de la salud.

Entendemos que la educación permanente en salud es un proceso que tiende a que la población se apropie de nuevas ideas, utilice sus conocimientos para pensar y analizar su situación de salud y decidir de la mejor manera posible sus problemas.

La estrategia de la Atención Primaria en Salud pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella.

Un problema de salud, depende entre otros de factores que lo condicionan, de la disponibilidad de recursos para resolverlo.

Los grandes cambios sociales han aumentado últimamente la necesidad de los individuos para manejarse con diversas fuentes de información y mantenerse actualizado e informado con una educación permanente ligada a la salud.

Para lograr un aceptable desarrollo armónico, la educación para la salud debe realizar un gran esfuerzo de prevención y promoción de la salud. La prevención pretende reducir los factores de riesgo por los que puede adquirir una enfermedad, también incluye estrategias para reducir las consecuencias de una enfermedad una vez contraída.

La promoción intenta mejorar la salud de la sociedad, así como las condiciones de la calidad de vida. Por lo que entendemos, que la educación permanente para la salud debe ser permanente. Una educación en salud ofrecida a lo largo de toda la vida y a través de todas sus modalidades de formación y aprendizaje, afecta directamente a la vida y al bienestar en todo momento.

Cuando la comunidad se involucra en actividades de salud, va ganando experiencias de participación y por consiguiente abre caminos hacia otras formas de compromiso con su propio desarrollo.

El proyecto consiste en lograr en las personas una actitud positiva para adquirir hábitos que afecten a las costumbres e incluso, el carácter de los individuos, muchos de éstos hábitos se adquieren a partir de una educación permanente en salud.

Se tomaron como áreas de trabajo zonas del Gran La Plata, Berisso, Los Hornos, Gorina y Hernandez consideradas semirurales y rurales respectivamente, ubicadas mas o menos a 30 kilómetros de la ciudad de La Plata.

Siendo la actividad principal la floricultura, y la siembra de hortalizas, es una zona de características heterogéneas, constituida por diferentes grupos étnicos, con una población

estable de 3000 habitantes y otra llamada “golondrina” de 1500 habitantes que aparecen en época de cosecha.

Con la participación en la región de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, de diferentes años de la carrera dentro de la Asignatura Odontológica Preventiva y Social se ejecutaron tareas de campo extramurales, se definió el área de trabajo, y a fin de obtener mayores conocimientos sobre el universo a estudiar se procedió al reconocimiento geográfico de toda la zona, se construyeron mapas barriales, se contactó con organizaciones representativas de la zona, se procedió a identificar líderes comunitarios, pautándose reuniones comunitarias en diferentes lugares y enfatizando la prevención de las enfermedades bucales.

Se elaboraron instrumentos para recolección de información, entrevistas estructuradas, encuestas para el relevamiento poblacional, diagramas para el registro de placa, odontograma para el registro de índice CPO, índice de placa (LÖE y SILNESS) y (O`LEARY) al comienzo y al final del mismo. Se estimuló a la comunidad para participar del programa en todos los momentos de la ejecución, desde la planificación, hasta la ejecución y evaluación.

Se realizaron charlas de educación para la salud, en diversas escuelas, entidades deportivas y sociales.

Este trabajo se encuadra dentro de los propósitos de realizar una educación permanente en salud impulsado en una zona rural, tratando de que el proceso de planificación fuera abierto, evaluado y ejecutado con la comunidad mediante técnicas y estrategias participativas, previamente organizadas y garantizando la continuidad en el tiempo.

La intención es acercar la educación a la vida cotidiana, dentro de un contexto de trabajo, explorando el potencial educativo de una situación, en vista a aumentar y mejorar los conocimientos y cambiar comportamientos.

Utilizando parámetros que se determinen como prioritarios para crear estrategias de educación: frecuencia de enfermedades bucales, gravedad de la enfermedad, vulnerabilidad, propiedad de la enfermedad, de transformación frente a las medidas sanitarias pasibles de ser aplicadas.

Las medidas utilizadas son fundamentalmente educadoras y consisten en divulgar los conocimientos sobre la forma de prevenir las enfermedades y como actuar en caso de que estas se produzcan.

Se tuvieron en cuenta dos grandes aspectos cuánto y en que forma la comunidad requiere información para reconocer sus necesidades y cuanto y de que tipo de información requiere la comunidad para reconocer alternativas posibles en la solución de sus problemas de salud y enfermedad.

La educación para la salud debe ser permanente, tanto en el sistema educativo formalizado como por medio de una educación no formal.

### **Marco Teórico:**

La situación de salud de una población es el resultado de la interacción de una serie de condicionantes que determinan su grado real y potencial de bienestar.

Los problemas y carencias en salud, poseen una multicausalidad y deben ser abordados con diversas competencias y recursos. Se requiere de esfuerzos coordinados de los distintos sectores del desarrollo social y económico, quienes aportan a la salud y calidad de vida de la población desde sus ámbitos específicos.

Para poder tener una visión más amplia de la realidad, es conveniente que el mayor número posible de personas, grupos y organizaciones de la comunidad participen en el diagnóstico.

De la misma manera, es positivo que en el equipo de salud se integren al trabajo con la comunidad, representantes de distintas disciplinas, especialidades y estamentos (médicos, nutricionistas, odontólogos, auxiliares de farmacia, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos)

En base a diagnósticos integrados, es posible planificar una diversidad de acciones, es decir educación continua, capacitación de voluntarios, organización de la comunidad para mejorar las condiciones de vida y prevenir enfermedades. <sup>1</sup>

La educación en salud es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios y que refuerza conductas positivas.

Es necesario identificar junto con la comunidad los problemas de salud y analizar y discutir las necesidades que ésta cree tener y las que realmente tiene. <sup>2</sup>

Las nuevas exigencias que imponen los cambios sociales y económicos lleva a que la educación sea analizada con el fin de que se prepare al hombre para enfrentar los problemas del mundo actual.

La Educación Odontológica tiende a formar profesionales Odontólogos preocupados por el problema de la salud bucal de la población, centrando el planteo de su formación en la problemática de la salud comunitaria, fortaleciendo la investigación integrada a la experiencia como método básico para el aprendizaje y orientación al futuro Odontólogo para el trabajo en equipo, el servicio a la comunidad y la educación permanente desde enfoques realistas

---

<sup>1</sup> Planificación Local Participativa – Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. OPS – OMS - 1999

<sup>2</sup> Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en salud – Serie Paltex N°11 – OPS – OMS- 1985

La universidad debe hacer un esfuerzo más que importante para entender las señales de la sociedad y si la sociedad cambia continuamente, la universidad tiene que seguirla.

La formación odontológica está orientada al conocimiento de la realidad social para desarrollar soluciones adecuadas. Los cambios curriculares llevan al cuestionamiento de los perfiles de capacitación de los egresados para brindar a la comunidad, como extensión, los conocimientos producidos para la planificación y toma de decisiones en los niveles comunitarios que correspondan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecieron que la integración docencia - extensión - investigación es impostergable y constituye el eje fundamental para mejorar la atención médica y odontológica que se brinda a la población aumentando la calidad de vida de las personas.

A partir de estos conceptos es necesario romper progresivamente las barreras que separan, el mundo del trabajo, de la educación y de la investigación.

Las responsabilidades son compartidas, sin que cada uno de los miembros olvide las propias.

A través de esta integración, se unen los esfuerzos de las instituciones, docentes, estudiantes y de la propia comunidad, con el objetivo de promover la salud, prevenir las enfermedades y elaborar la rehabilitación comunitaria.

Esto mejora la calidad de vida de los individuos que integran la comunidad participante. El impacto social se evalúa a través de los cambios o variaciones deseadas en los destinatarios del proyecto, en el medio institucional en el cual se gestan y en el contexto en el cual se inscriben las acciones y los actores sociales que las respaldan. La medición se orienta a los procesos y a los resultados.

En el análisis de la formación de recursos humanos en el campo de la odontología, no puede dejarse de lado una primera reflexión crítica sobre el modelo de salud bucal vigente en nuestra sociedad que no toma en forma suficiente las condiciones de producción y reproducción económico- social de los grupos y clases en relación con los perfiles epidemiológicos. Así mismo, se tiene poco conocimiento sobre el rol que desempeñan los valores y las creencias de los actores comunitarios, que los acercan o los alejan de las prácticas curativas. Sabemos que condiciones adecuadas de vivienda y de saneamiento son fundamentales no solamente para el confort sino también para la salud de la familia.

La Educación para la Salud (EPS) es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: De un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: De la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EPS).

Así pues, la EPS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

- Preventiva
- De promoción de la salud

Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables.

Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS.

Proponemos la Educación para la Salud como un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

En la actualidad, en el mundo desarrollado, las principales enfermedades y problemas de salud se relacionan con determinados estilos de vida y comportamientos que son accesibles a la prevención y al control a través de la información, la educación para la salud y otras medidas.

La disminución y el control de factores de riesgo en ciertos sectores de la población y en personas concretas puede proporcionar enormes beneficios en términos de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Capacitar a las personas para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida constituye una estrategia fundamental y para ello la Educación para la Salud es una herramienta imprescindible.

Numerosos estudios, han confirmado la importancia de los diferentes estilos de vida como determinante de salud preponderante. Estos estilos de vida marcan la gran variedad de conductas insanas, que determinan el grado de salud de una población. Muchos estudios demuestran cómo las conductas insanas potencian un incremento significativo en los indicadores de mortalidad prematura y morbilidad.

## **Objetivos**

### **Objetivos Generales:**

- El presente trabajo tiene por objeto analizar las características, condiciones de vida y procesos culturales, de comunidades periféricas de La Plata (Berisso, Los Hornos, Gorina y Hernandez) durante los años 2005 – 2010
- Establecer patologías prevalentes en las zonas y acceso a los servicios de salud
- Evaluar el impacto de la Educación para la Salud en pacientes que recibieron educación permanente en salud.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar género, clase social, etnia y nacionalidad (condición de inmigrante) en las zonas.
- Establecer patologías prevalentes en las zonas y acceso a los servicios de salud
- Determinar el nivel de instrucción educativo alcanzado en ambas comunidades
- Evaluar la concurrencia a la consulta de pacientes que recibieron educación permanente en salud y en aquellos que no la recibieron.

### **Materiales y Métodos:**

A partir de la incorporación de la dimensión socio-cultural a las ciencias de la salud; se reemplazó lo ficticio del aprendizaje aúlico por el “aprender haciendo y hacer aprendiendo” en una formación holística que vinculó al alumno con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la cual se debe. Se promovió el desarrollo de conductas que orientaron el compromiso social de los estudiantes y le permitieron identificar y valorar las distintas áreas ocupacionales en las que actuaría como egresado. Se realizaron las siguientes actividades: Se tomaron como áreas de trabajo comunidades periféricas 1) Localidad de Los Hornos partido de La Plata, 2) Localidad y partido de Berisso y zona de influencia, 3) Localidad de Gorina y 4) Localidad de Hernandez.

A fin de obtener, mayores conocimientos sobre el universo a estudiar se realizó el reconocimiento geográfico de toda la zona y se construyeron mapas barriales, señalando las principales instituciones y servicios. Municipalidad, policía, correo, bomberos voluntarios, iglesias, escuelas, jardines de infantes, hospitales y unidades sanitarias; servicio eléctrico, agua potable, gas, cloacas, servicio telefónico y medios de transportes.

El primer paso fue la inserción en la comunidad, se contactaron con la población, definieron su perfil y organización social, obtuvieron información sobre antecedentes históricos poblacionales y ocupacionales utilizando como fuentes documentales secundarias: censos, estadísticas, estudios, etc. También se recogieron datos sobre saneamiento básico de la zona; provisión de agua de consumo (cantidad y calidad), tenor de flúor y grado de contaminación; relevamiento de instalaciones sanitarias y procedimientos empleados en la eliminación de excretas.

La metodología utilizada fue descriptiva y participativa, se elaboraron distintos instrumentos para recolección de la información y registro de los datos obtenidos, que a continuación se detallan:

Entrevistas estructuradas.

Encuestas para el relevamiento poblacional.

Ficha para recolección de datos sobre factores de riesgo homogéneo.

Libro de campo.

Las encuestas estructuradas con las siguientes categorías: edad, sexo, género, nivel de instrucción, características de las viviendas, servicios públicos, sanitarios y educativos.

Etapas: a- Caracterización de las comunidades, b- Definición de la muestra, c- Sistematización y análisis de la muestra, d- Entrevistas con líderes comunitarios, e- Análisis comparativo de los resultados a través del recuento, procesamiento y sistematización, utilizando el programa Microsoft Excel

El universo lo constituyeron 773 pacientes distribuidos entre los años 2005 – 2006 y 2007 en la zona de Hernández y Gorina y en los años 2008 – 2009 y 2010 en Berisso y Los Hornos.

La recopilación de la documentación se obtuvo a través de Historias Clínicas de los pacientes atendidos en las zonas de referencia.

Se elaboraron instrumentos para recolección de datos y de la información, entrevistas estructuradas, encuestas para el relevamiento poblacional, diagramas para el registro de placa, odontograma para el registro de índice CPO y CEO, índice de placa (LÖE y SILNESS) y (O`LEARY) al comienzo y al final del mismo.

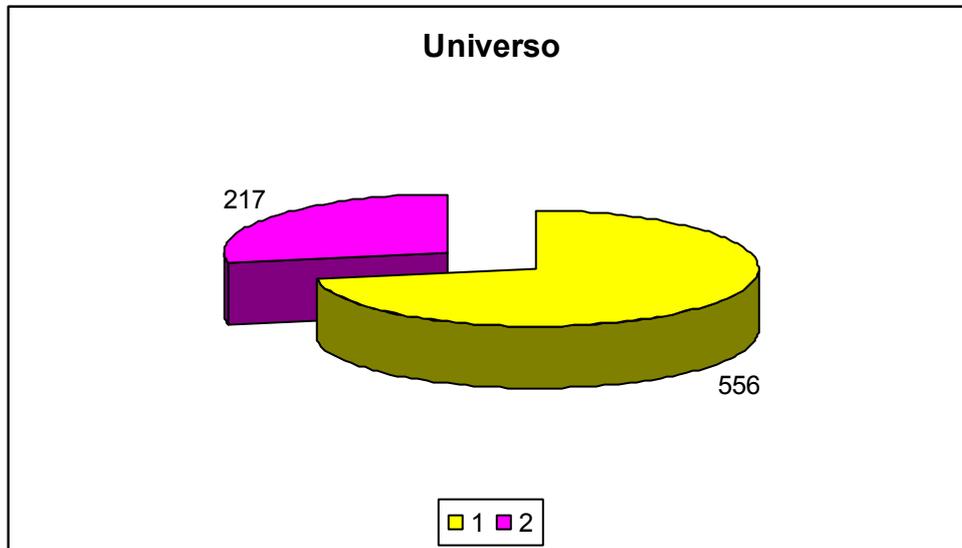
Se estimuló a la comunidad para participar del programa en todos los momentos de su ejecución, desde la planificación, hasta la evaluación.

Se realizaron charlas de educación para la salud, en diversas escuelas, entidades deportivas y sociales.

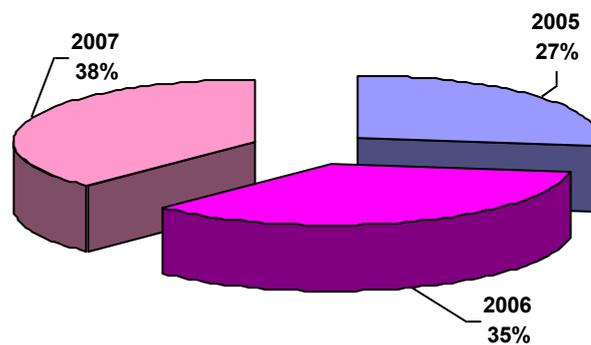
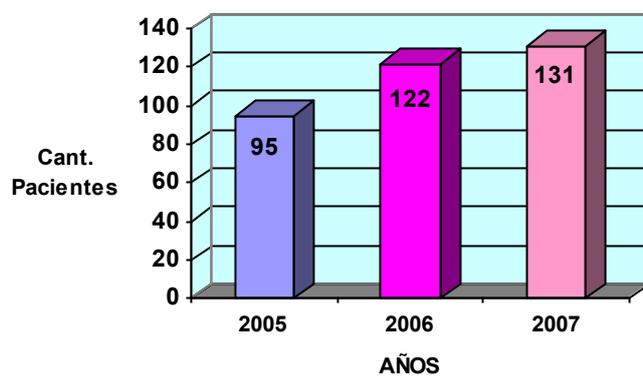
Se aplicaron en todos los casos índices iniciales y finales de caries, enfermedad periodontal, y placa bacteriana, los datos obtenidos fueron cargados, procesados y graficados mediante el programa Microsoft Excel.

## Resultados:

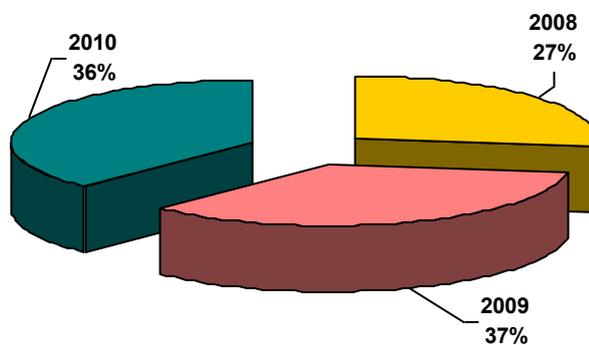
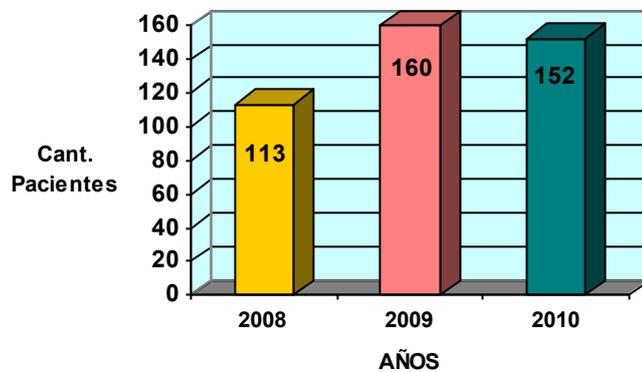
De los 773 pacientes atendidos en las zonas estudiadas, podemos observar que el 71,93% (556) de los pacientes que concurrieron a la consulta habían recibido educación permanente en salud y que el 28,07% (217) corresponde a pacientes que concurrieron a la consulta sin haber recibido educación permanente en salud.



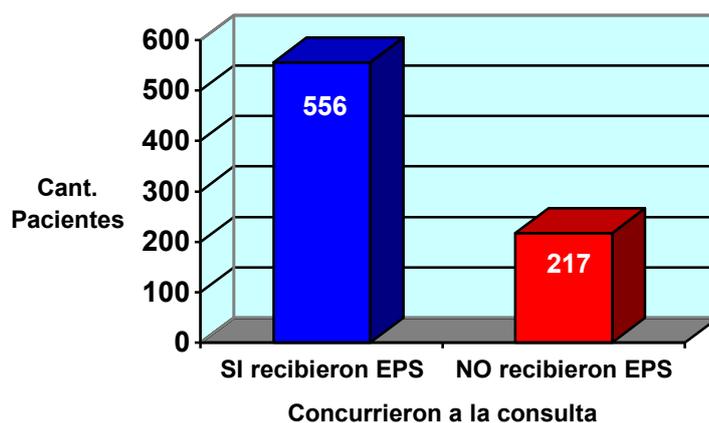
### 1.-Pacientes atendidos por año en la zona rural Hernández y Gorina

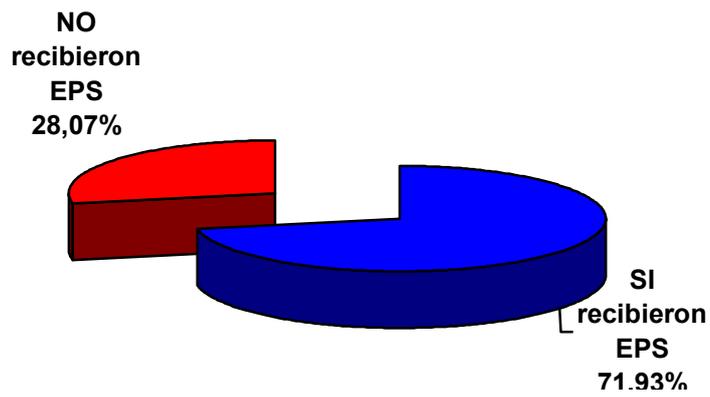


## 2.-Pacientes atendidos por año en la zona semirural Berisso y Los Hornos

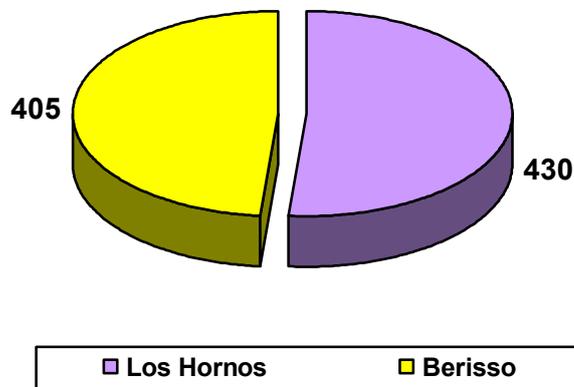


## 3.-Relación entre pacientes atendidos que recibieron y no recibieron educación permanente en salud (EPS).

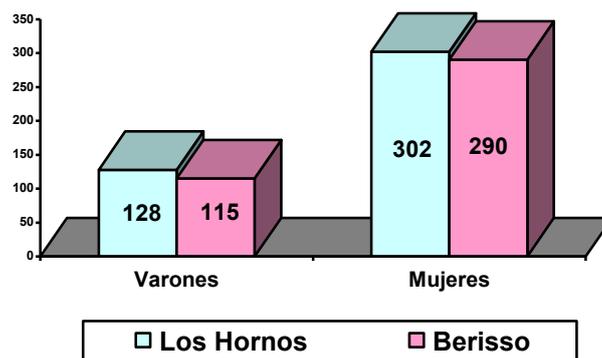




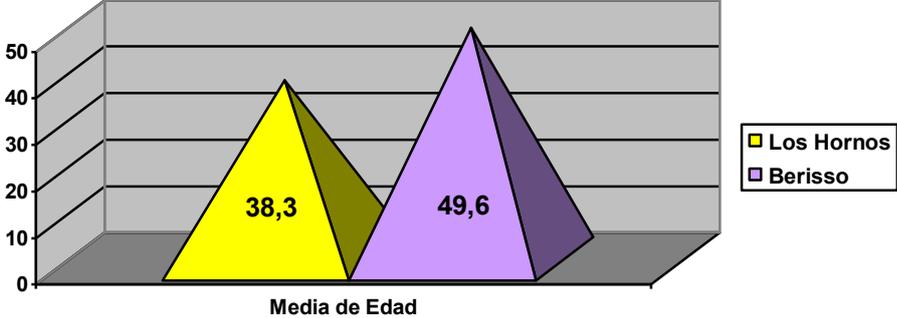
4.- El Total de Encuestas realizadas en la zona de Los Hornos es n = 430, y en la zona de Berisso n = 405



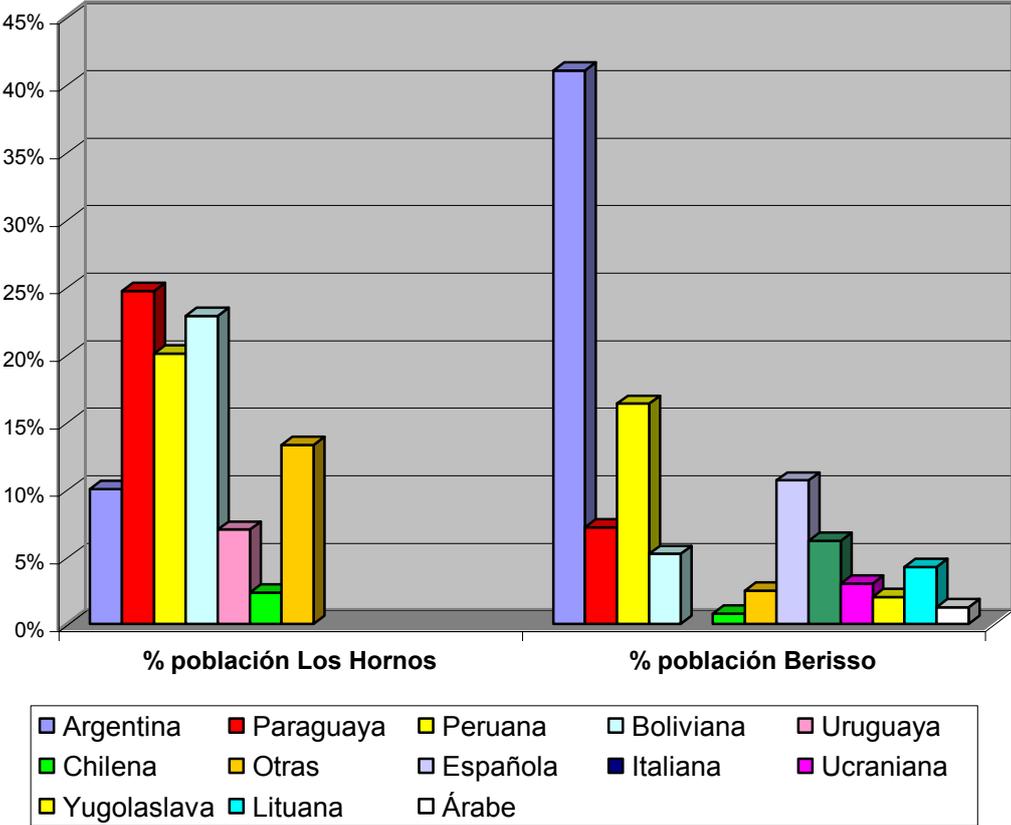
5.- Del total de encuestas realizadas en Los Hornos corresponde 128 al sexo masculino y 302 al sexo femenino. En la zona de Berisso corresponde 115 al sexo masculino y 290 al sexo femenino.



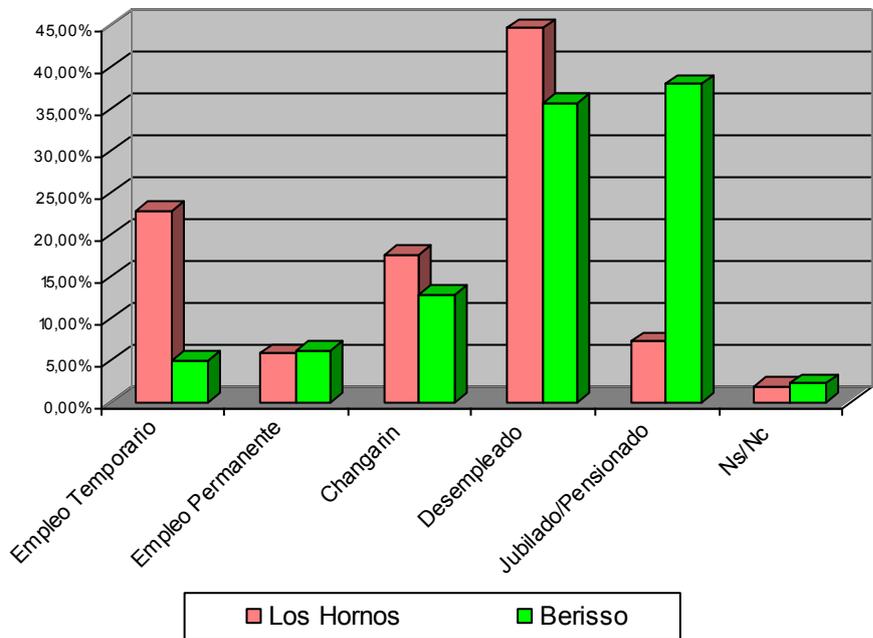
6.- La edad de la población encuestada varió de 23 a 78 años, siendo la media en la comunidad de Berisso de 49.6 años y en la zona de Los Hornos de 38.3 años.



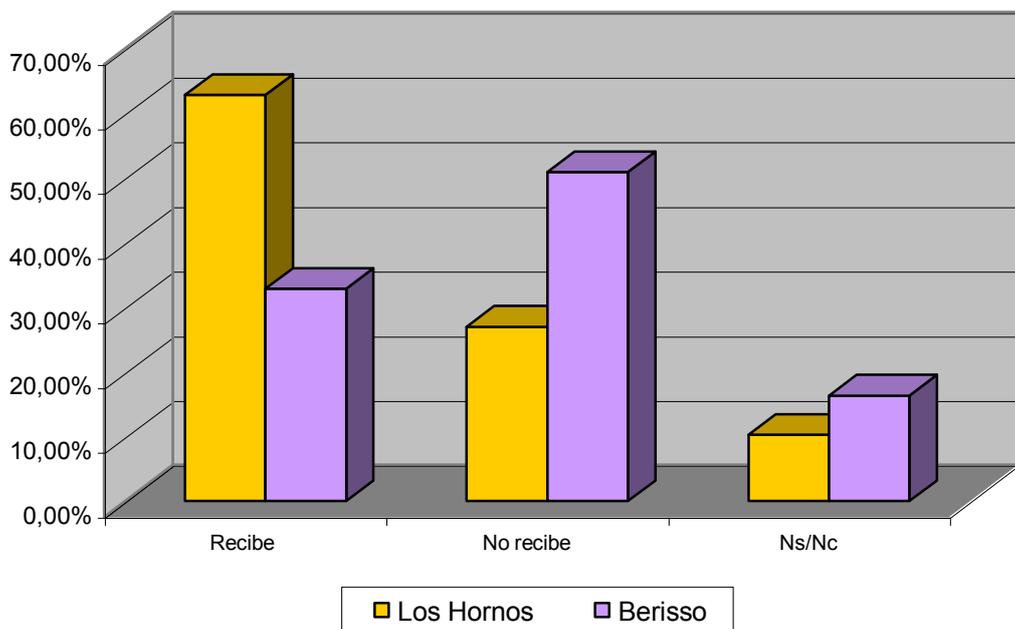
7.- Nacionalidad: % de Población de Los Hornos y Berisso



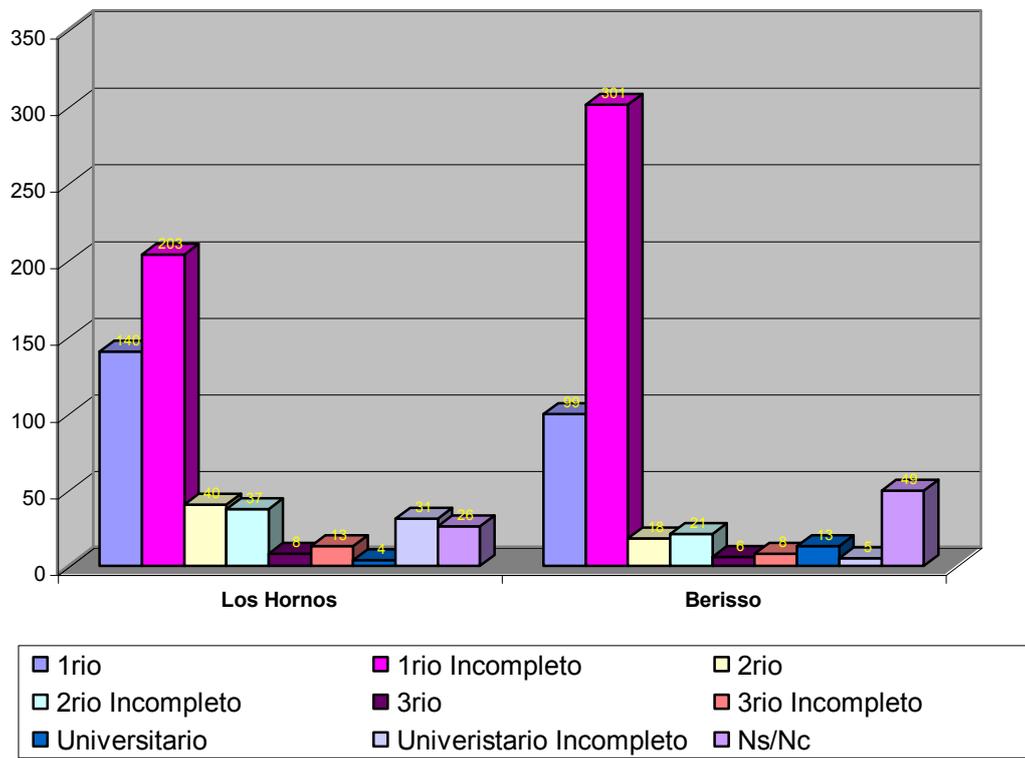
8.- Situación Laboral del Jefe de Familia:



9.- Recibe algún tipo de plan social:

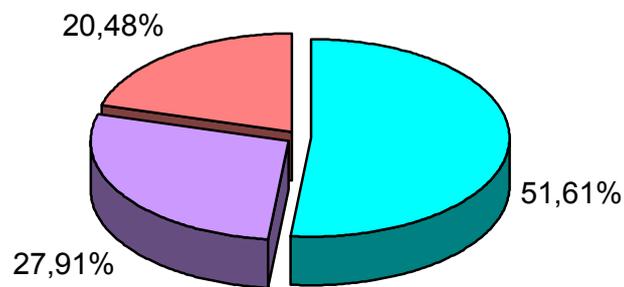


10.- Nivel de Instrucción alcanzado:

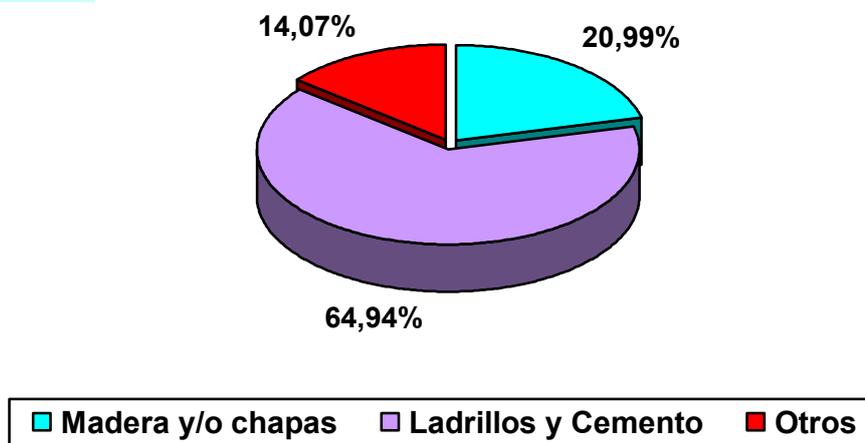


11.- Materiales usados en la construcción de las viviendas:

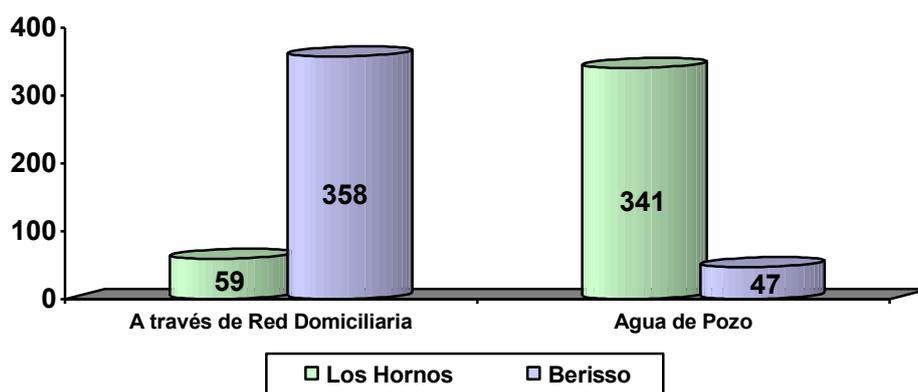
**Los Hornos**



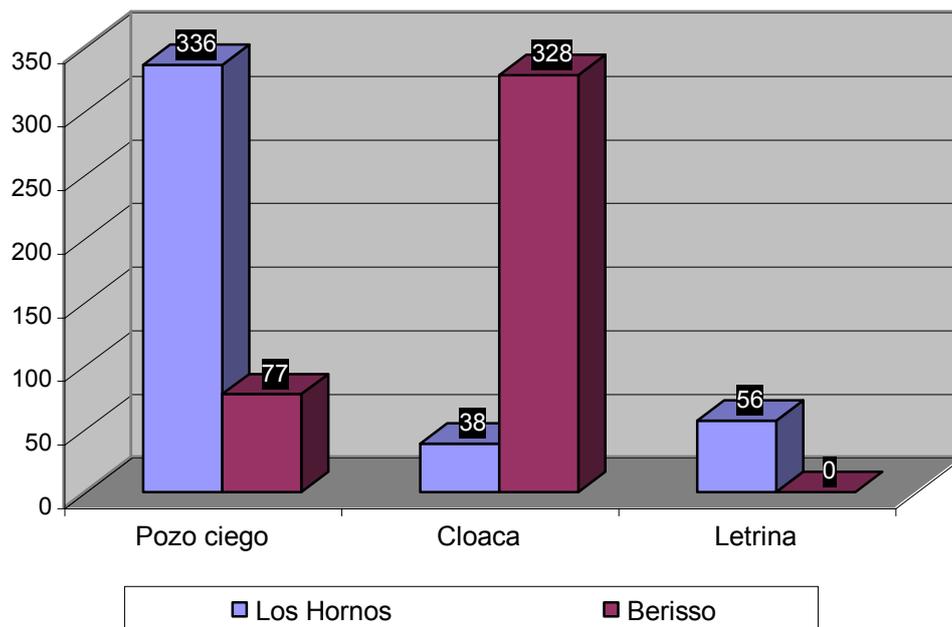
## Berisso



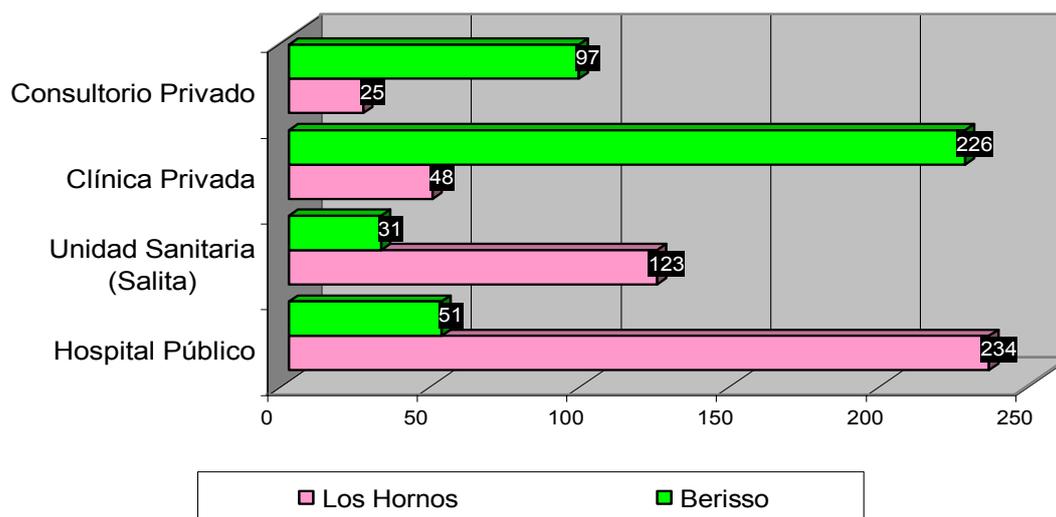
12.- Obtención del Agua para Consumo:



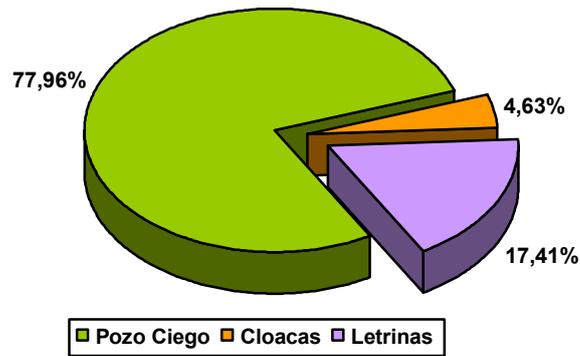
13.- Disposición de Excretas:



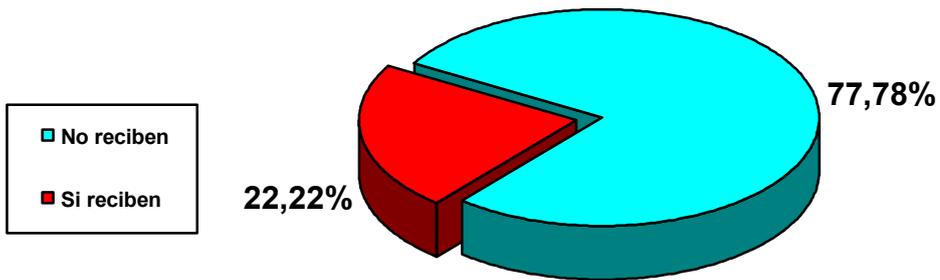
14.- Cobertura Sanitaria ante la necesidad de atención Médica / Odontológica:



15.- Tratamiento de Excretas:



16.- Reciben Atención Odontológica:



17.- Se realizaron entrevistas estructuradas con líderes comunitarios, médicos y odontólogos de centros de atención primaria de salud, para poder establecer las patologías más frecuentes en cada localidad.

	Los Hornos	Berisso
<b>Infecciones gastrointestinales</b>	Si	No
<b>Parasitosis</b>	Si	No
<b>Diarrea</b>	Si	No
<b>Patologías broncopulmonares</b>	No	Si
<b>Adicciones</b>	Si	Si
<b>Caries</b>	Si	Si
<b>Enfermedad Periodontal</b>	Si	Si
<b>Desnutrición</b>	Si	Si

## Conclusiones

Las encuestas brindaron elementos para determinar que en las comunidades intervenidas la carencia importante de servicios públicos y sanitarios, determina una zona de riesgo de padecer enfermedades infectocontagiosas, patologías orales prevalentes caries y enfermedad periodontal.

Esto implica que exista una directa relación entre las condiciones de vida y salud de una comunidad, marcada por una importante desigualdad social.

Muchas de las variables estudiadas están influenciadas por problemas socioeconómicos y ambientales, siendo la población de mayor riesgo la de más bajos recursos.

*“Una clase social que vive bajo las condiciones descritas y a la cual le faltan los mínimos medios de supervivencia, no puede ser sana ni tampoco llegar a una edad avanzada.” - Engels, F.*

Además debemos tener en cuenta que la disminución de la prevalencia e incidencia de las patologías orales no es inmediata, por lo tanto se hace necesario la continuidad y seguimiento de las comunidades bajo estudio, para poder determinar en un futuro el impacto de esta metodología en los perfiles epidemiológicos.

Es conveniente que las facultades de odontología sensibilicen al recurso humano que están formando, frente al trabajo comunitario y fortalezcan las estrategias de promoción. Solo así podremos lograr una mejor calidad de vida, un mayor bienestar y apropiar estilos de vida saludables en nuestras comunidades, fomentando la salud oral dentro de la salud general.

Profesionalmente, el grupo investigador reafirmó la importancia que se tiene en fortalecer las estrategias de promoción de la salud, las cuales han sido subvaloradas por el mismo odontólogo, debido a la formación académica recibida y a la falta de una mirada social, la cual ampliaría el horizonte dentro de nuestra actividad profesional.

"El odontólogo debe ser una persona profundamente comprometida con su profesión y su país tanto para conocerla y vivirla intensamente como para plantear alternativas de solución, debe comprender que su principal deber ético y moral es conservar sana a la comunidad y que no corresponde con la nobleza y dignidad de la profesión el aferrarse a un ejercicio que condena a las personas a permanecer enfermas"

## Bibliografía:

- Adan, M. y Mahaudens, P. 1996. *Rééducation posturale dans l'eau pour les scolioses idiopathiques*. Ann, Kinesither.

- Adrian, M, y Coopen, J. 1995. *Biomechanics of Human Movement*. Editorial NCB, Brown and Benchmark
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria. 2005. *Estrategia NAOS: estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo: Agencia española de Seguridad Alimentaria, Madrid.
- Ahonen, J. 1996. *Kinesiología y anatomía aplicada a la actividad física*. Barcelona, Editorial Paidotribo
- Álvarez R. 1972. *Patologías no sintomáticas de la columna vertebral , prevención y atención primaria*. Monografía
- Álvarez, C. 1984. *El objeto de la Didáctica en la Educación Superior, sus características*, Ciudad de La Habana, MES
- Astrand, P. y Rodhal, R 1985. *Fisiología del trabajo físico*. Interamericana.
- Bartholomew, L., Parcel, G, y G. Kok. 1998. *Intervention mapping: a process for developing theory*
- Bouchard, C, Shepard, J y Stephens, T. 1994. *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Bordón, N. 1989. Documento presentado en la reunión sobre desarrollo de Recursos Humanos. Componente Salud Bucal. Fundación Kellog. OMS.
- Camilloni A. Et al. 1998-1999. Formación de Recursos Humanos en salud y mercado laboral, la Práctica de Odontólogos, Bioquímicos y Fonoaudiólogos. Informe final de la Investigación Secretaría Académica de la Universidad de Buenos Aires.
- Colectivo de Autores. 1995. La universidad latinoamericana ante nuevos escenarios de la región. Universidad Iberoamericana. UDUAL. México
- Conde Susana 1998. Salud Comunitaria. Editorial Espacio – Buenos Aires
- Del Valle C. y Cubillos P. 1990. Prevención de caries en hijos de Odontólogos. Tesis de grado. Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción.
- Engels, F. 1973. The condition of the working – class in England, Moscú, Progress Publishers.
- Galli, A: 1995. Conocimiento tecnológico, educación y tecnología. Buenos Aires, Mej/BIRF,
- Garcia, C. 1996. 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.
- Leal Mabel .1994. “Atención Primaria en Salud” Editorial Reconstructo – Buenos Aires

- Medinilla Rivilla, Antonio. 2005. La función profesional del docente para diseñar, aplicar e indagar el proyecto educativo y su incorporación en el proyecto curricular. Asturia
- Mella, S. 1998. Morbilidad bucal y necesidades de tratamiento en niños de 6 y 12 años. Chile. Facultad de Odontología de la Universidad de Chile,
- Nerí Aldo. 1998. "Salud y Política Social" Editorial Hachete.
- OPS – 1993. "Epidemiología y Atención de la Salud en la Argentina" N° 35 Oficina Panamericana Regional de la O.M.S.
- Saenz Forero F. 1997. Tendencias de la Educación Odontológica en América Latina.
- Teseire A.M. 1999. Formación de recursos humanos en salud y Mercado laboral Práctica Profesional de Odontólogos, Bioquímicos y Fonoaudiólogos. Presentación a OFEDODUAL para el tema Universidad y la práctica en salud en al conferencia integrada "Universidad Latinoamericana y la salud de la población" (Investigación realizada por Camilloni A. Et al)
- Testa Mario -1988– "Planificación Estratégica en el Sector Salud "Universidad Central de Venezuela – Gendes
- Yépez Patricio. 2005 "La Salud Bucal en América Latina" OPS/OMS Publicación de la VII Reunión OFEDO – UDUAL