

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Directora

Prof. Dra. María Mercedes Medina

Codirectora

Prof. Dra. Susana Micinquevich

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Dedicado:

A mi hijo Juan Simón que es mi gran amor.

Mi esposo por acompañarme en cada momento de mi vida.

Mis Padres Graciela y Sergio; y mi Oma siempre en mi corazón.

Mis mejores maestras María Mercedes Medina y Susana Micinquevich.

Agradecimientos

En primer lugar, deseo expresar mi profundo agradecimiento a la Facultad de Odontología UNLP por las oportunidades que me han brindado, por permitirme formarme en ella y ser mi segunda casa.

Un agradecimiento muy especial a mis maestras que son mi Directora y Codirectora de mi tesis, las Dras. Medina, María Mercedes y Micinquevich Susana, por la dedicación, apoyo, tiempo y contención que me han brindado en todo momento para poder realizar este trabajo.

Gracias a mis profesores que fueron parte de este hermoso proceso educativo.

Asimismo, agradezco a mis compañeros con quienes he compartido proyectos e ilusiones durante estos años.

Gracias a mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano.

Gracias por la incondicionalidad de mis padres, por todo el sacrificio y el amor que me han dado, mi profundo agradecimiento por sus enseñanzas y valores.

Pero, sobre todo, gracias a mi esposo Ariel y a mi hijo Juan Simón por su paciencia, comprensión y solidaridad, incondicionalidad, por el tiempo que me han concedido, por eso, este trabajo es también el de ustedes.

¡A todos, muchas gracias por ser parte de este momento tan importante en mi vida!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO.....	9
Atención de la Salud	14
Salud Individual y Colectiva.....	15
Concepto de Salud.....	15
Salud Pública	16
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):.....	17
Línea de Indigencia	18
Educación para la Salud	20
Censos para el año 2010	21
Estilo de Vida	21
Hábitos Alimenticios (HA).....	22
Colegio de Odontólogos	23
Distrito I	23
Nivel de Empleo	31
Acción intersectorial y participación social para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar la atención de Salud Universal	34
Participación Social	35
El significado de la participación social para la Salud Pública.....	35
Caracterización del alumno egresado de Odontología.....	37
OBJETIVOS:	42
□ General:.....	42

□ Específicos:	42
DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
Variables contextuales:	44
Variables referentes a salud bucal.....	44
RESULTADOS	49
Con respecto a los Odontólogos	49
Con respecto a la comunidad	51
DISCUSIÓN.	88
CONCLUSIONES.....	96
ANEXOS	113
Cuestionario para Egresados.....	113
Encuesta a Odontólogos para determinar las necesidades.	117
Encuesta de necesidades en la Comunidad	118

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Introducción



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN

El análisis de las necesidades de una comunidad, es un tema complejo si queremos abarcarlo en toda su magnitud para un área determinada (un País, una provincia, un centro educacional o laboral o un distrito). Cualquiera de estas poblaciones puede ser estudiada para conocer sus necesidades.

La atención o asistencia de la salud implica el conjunto de procesos a partir de los cuales se definen prestaciones y cuidados a un individuo en particular, grupo familiar, comunidad y población. Por esta razón la asistencia sanitaria favorece la fortaleza conservando el estado de salud de las personas, evitando su deterioro en base al conocimiento y recursos disponibles al efecto. Es fundamental inculcar en la comunidad la importancia del conocimiento actualizado acerca de la salud bucal para que adquiera conocimientos básicos, conductas, actitudes, hábitos necesarios para el mantenimiento de la misma.

Con respecto al tema se plantea diagnosticar las necesidades de la comunidad relacionándolas con el número de odontólogos capacitados para brindar soluciones.

Se diseñó como instrumento para la recolección de datos un cuestionario previamente sometido a juicio de expertos. La participación de los encuestados fue voluntaria, anónima y bajo condiciones controladas.

Estos valores porcentuales en la población estudiada contribuirían a la planificación de acciones que permitan cubrir las necesidades en salud bucal de la comunidad. No debe perderse de vista que los datos corresponden a una población determinada y que los datos difieren según el contexto inherente a la muestra explorada.

De allí la importancia de evaluar diferentes poblaciones y así diseñar en las instituciones formadoras de recursos humanos en Odontología instancias de

enseñanza - aprendizaje que permitan al profesional cubrir las necesidades y demandas en salud bucal en distintas situaciones.

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Marco Teórico



MARCO TEÓRICO

El análisis de las necesidades de una comunidad, es un tema complejo si queremos abarcarlo en toda su magnitud para un área determinada (un País, una provincia, un centro educacional o laboral o un distrito). Cualquiera de estas poblaciones puede ser estudiada para conocer sus necesidades.

Las necesidades siempre están presentes en la vida de la gente y su satisfacción en el área de la salud está determinada por diferentes factores. Las principales necesidades son establecidas por profesionales. (Sheiham A, 1982). (Jacob, 1989).

El estado de salud bucal de una determinada población es un reflejo de la eficiencia y eficacia del sistema de salud.

Los determinantes o condicionantes de la salud y la enfermedad en los individuos, familiar y colectiva, en una comunidad depende de los siguientes ítems: (Sanmartí, 1988).

1. La biología humana.
2. El medio ambiente.
3. El estilo de vida.
4. El sistema de asistencia sanitaria.

El diagnóstico de las necesidades se basa en el análisis de diferentes hallazgos. Es la medición de estado de salud de la población en un momento determinado, por medio de indicadores.

Por ejemplo, los adolescentes presentan necesidades en cuanto a la salud bucal y necesitan un acceso a la atención odontológica. (Luengas, 2004).

La demanda mayor en poblaciones adolescentes la constituye la caries dental, de etiología infecciosa. (Fejerskov, 1997).

La causa más probable de la disminución en la prevalencia de caries es la instauración de programas de educación, prevención y tratamiento de la enfermedad, con cambios en los criterios de diagnóstico. (Anderson, 1982) (Downer, 1982).

Las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública. (Stamm, 2004).

El diagnóstico de las necesidades de salud debe reunir una serie de características:

- a. Objetividad: expresar los fenómenos cuantitativa y cualitativamente.
- b. Un sujeto: comunidad que vive en un determinado lugar, con sus características geográficas, económicas, culturales, sanitarias, etc., que configuren una unidad ecológica.
- c. Temporalidad: período de tiempo determinado.
- d. Descripción de situaciones: nivel de salud, factores condicionantes, socioeconómicos, biológicos, culturales y atención sanitaria.
- e. Pronóstico: en realidad es una hipótesis. Toma como punto de partida un período ya pasado y tiene supuestos: tendencias, constancias y concordancias.

El diagnóstico de las necesidades establece un punto de partida que apunta a una estrecha interrelación y coordinación de actividades con un grupo de trabajo. Dentro de ese equipo diagnostica y ejecuta actividades el odontólogo del área objeto de estudio.

En la actualidad, el hombre experimenta determinadas carencias que debe satisfacer para subsistir. La globalización y el constante desarrollo de las nuevas tecnologías, nuevos inventos, sus usos, etc., se traducen en nuevas necesidades para la población.

Ya en 1986, la Organización Mundial de la Salud, por medio de la Carta de Ottawa, considera menester dar respuesta a las necesidades sentidas por las poblaciones en lo que respecta a la salud a los sistemas que de ella se encargan.

Se insiste en la necesidad de fortalecer el primer nivel asistencial de los sistemas sanitarios públicos y en su reorientación para alcanzar resultados en salud. (WHO, 1986).

En un estudio de este tipo es esencial la educación profesional y la formación de recursos humanos en el área de la salud. (Maupomé G, 1997) (Maupomé, 2000).

No debe descontarse que el profesional juega un rol esencial en la población.: su número, estructura, composición, distribución espacial y ritmo de crecimiento.

Es importante resaltar que la salud bucal no puede visualizarse únicamente como problema dentario. (PAHO, 1993).

Las patologías estomatológicas constituyen un problema de Salud Pública en la actualidad y, mientras su prevalencia a nivel mundial continúa en aumento, estas aún no reciben la atención que merecen. Las lesiones bucales pueden interferir con las actividades sociales del paciente ya que algunas de ellas tienen efectos negativos en la masticación y deglución e incluso pueden provocar otros síntomas como la xerostomía y halitosis. (Ghanaei, 2013).

Inculcar en la comunidad la importancia de adquirir conocimientos y desarrollo de conceptos, conductas, actitudes y hábitos que hacen a la salud. (Salud., 1990). (Maupomé G, 1997).

Al cumplirse 40 años del Alma-Ata la OPS convocó en Quito el Foro Regional “Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”.

Se formó así una Comisión de alto nivel, denominada: “Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”.

Su objetivo fue elaborar recomendaciones hacia el desarrollo sostenible 2030.

La Universidad es sumamente importante para el alcance de las metas y las 10 recomendaciones de la comisión son:

- 1- Asegurar un modelo institucional del Estado que le permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos.
- 2- Desarrollar modelos de atención basados en la atención primaria de salud (APS), centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.
- 3- Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional) para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.
- 4- Establecer mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado para alinearlos con el objetivo de garantizar el derecho a la salud.
- 5- Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.
- 6- Abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructuras básicas de una población en un territorio.
- 7- Reposicionar la salud pública como eje orientador de las respuestas del Estado para la transformación de los sistemas de salud.
- 8- Valorar a los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.
- 9- Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población.
- 10- Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad. (OPS, 2019).

La atención o asistencia de la salud es el conjunto de procesos que a través del cual se define a prestaciones y cuidados de salud ya sea a un individuo, grupo familiar, comunidad y / o población. Por esta razón la asistencia sanitaria admite favorecer a la fortaleza conservando así la salud de las personas y evitar el deterioro de la población en cuanto lo permitan el conocimiento y los recursos disponibles. Por ello

la importancia de recuperar la salud y detectar precozmente cuando fuera posible y así evitar el agravamiento salvando el dolor y minimizar el sufrimiento.

El odontólogo desde su paso por la Universidad, no sólo recibe formación técnica para el cuidado y la promoción de la salud bucal individual, sino también las herramientas para reconocer necesidades en la comunidad y poder analizar e implementar estrategias para el cuidado integral de la misma; pudiendo asimismo realizar los aportes pertinentes para la gestión de políticas y estrategias sociales que fomenten el alcance de la premisa salud para todos. Debe plantearse, como profesional de la salud, extender acciones de promoción y prevención a todos los grupos de edades; considerar a las enfermedades bucodentales como factores de riesgo, sin dejar de lado las condiciones de vida de la población para poder actuar sobre ellas.

Las competencias que responden los odontólogos provienen de las exigencias de pacientes que son atendidos en clínicas, consultorios particulares y otras modalidades de centros de especialidades. De aquí, estos tres sectores brindan acceso a la salud bucal, y dado que esta es un derecho fundamental del ser humano, es un requisito que los odontólogos tengan una formación de calidad que permita satisfacer las necesidades de la comunidad. La formación del odontólogo debe ser estudiada, y, en consecuencia, se debe promover su acción social. Dicha formación debe profundizarse mediante el desarrollo de un modelo de educación odontológica a través de un enfoque por competencias que tenga como norte un perfil de egreso que responda a los retos de atención odontológica en las dimensiones de prevención, diagnóstico, tratamiento y mantenimiento. (Sanz Alonso M, 2010).

La odontología como práctica y como profesión es de larga data. El proceso de institucionalización y profesionalización se plasmaron en términos de formalización y tecnificación de la práctica odontológica.

Una de las características más importantes de tecnificación y formalización de las profesiones de la salud, está orientada al diagnóstico y tratamiento de las

enfermedades, bajo la premisa el “arte de curar”. La expresión arte de curar hace referencia a la formación de profesionales de las ciencias de la salud bajo un enfoque de riesgo y que hoy en día sigue siendo una constante en la formación de nuevos profesionales de la salud bucal.

Teniendo en cuenta el marco del desarrollo tecnológico, político y económico, el ser humano ha construido diferentes modelos conceptuales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, tanto en el plano individual como en el colectivo.

A pesar de estos avances conceptuales, tecnológicos y científicos, hoy aún persiste un enfoque individual donde prima el desarrollo de servicios de salud bajo un modelo ecológico del proceso salud-enfermedad. Se busca proponer formas novedosas de entender y explicar la salud bucodental y la enfermedad, para poder emprender nuevos esfuerzos que resulten en beneficio para las personas y comunidades que requieren los servicios de los expertos en salud bucal.

ATENCIÓN DE LA SALUD

La atención de salud es el conjunto de procesos a través de los cuales se puntualiza el suministro de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, a un grupo familiar, una comunidad y/o una población.

Es por esto que la asistencia sanitaria reconoce que es posible contribuir a la salud certificando un adición de atenciones que permitan, conservar la salud de las personas, evitar el deterioro de la salud de la población, recuperar la fortaleza de quienes han enfermado para que logren sanar, detectar precozmente y así evitar el agravamiento para las cuales aún no se ha identificado una cura para aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento.

Se ha definido al modelo de atención como el resultado de la combinación de tecnologías empleadas para asistencia a la salud de una determinada población. (SIAB, 1998). (OPS, 2017)

La problemática del modelo de atención contempla la definición de los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo odontólogo-sanitario. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

- a- ¿Qué cubrir? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se deben brindar a la población para producir salud?)
- b- ¿A quién cubrir? (¿Cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?)
- c- ¿Cómo prestar? (¿Qué prestadores? ¿Con cuáles criterios o padrones?)
- d- ¿Dónde prestar? (¿En qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?)
- e- ¿Qué criterios de referencia y contra referencia adoptar?

“Al modelo de atención que privilegia la provisión de prestaciones orientadas a la promoción, prevención primaria y asistencia primaria se lo denomina Modelo de Atención Primaria de la Salud. La misma ha sido definida en la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) como “la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Constituye el núcleo del sistema nacional de salud y a la vez forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (OPS, 2017)

SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

CONCEPTO DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud la define como: “El estado completo de bienestar físico y social de una persona, y no solo la ausencia de enfermedad.”

Es de importancia mirar atrás y mencionar al autor, como el médico alemán Rudolf Virchow (1821-1902), quien dijo que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”. En el concepto de medicina social de Virchow, la tarea de “la medicina ya no se limita a atender a los pobres mediante dispositivos de beneficencia y a minimizar el efecto de su “degeneración” a través de medidas de salud privada y de saneamiento ambiental, sino que abarca a toda la población y un amplio espectro de intervenciones. (Sigüenza, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene definiendo a la salud desde 1946 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (Arce, 2001). Por esta razón podemos decir que este estado no es estático ya que podemos pasar del bienestar al malestar con bastante frecuencia y está influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, históricos, geográficos, etc. Para alcanzar la salud, es necesario el ejercicio de prácticas saludables, las cuales sólo serán posibles de adquirir a través de la educación (Arce, 2001).

SALUD PÚBLICA

Podemos definir a Salud Pública como “un campo de conocimiento y un ámbito para la acción”, es decir que son “aquellas políticas y actividades que se realizan para y con la comunidad, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad y así contribuir a un desarrollo social sostenible”. En esta definición, como se puede ver, se involucran elementos como la biopolítica, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el trabajo social, el desarrollo humano y el desarrollo de entornos saludables, disciplinas que hacen parte de la salud pública. (Szaflarski, 2010).

Dentro de los desarrollos que ha tenido la salud pública como disciplina científica y ámbito para la acción, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con ayuda de especialistas del área, ha determinado las funciones esenciales de la salud pública:

- 1) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.

- 2) Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- 3) Promoción de la salud.
- 4) Participación de los ciudadanos en la salud.
- 5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- 6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- 8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- 9) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- 10) Investigación en salud pública.
- 11) Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud. (Szaflarski, 2010).

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI):

El concepto de NBI está basado en el establecimiento de umbrales mínimos de bienestar, según niveles universalmente aceptados, los cuales deben ser alcanzados a partir de la cobertura de un cúmulo de necesidades materiales básicas. Así, cuando los hogares, o la población que vive en los mismos, no pueden satisfacer tales necesidades, los mismos son categorizados con NBI. (Frenk, 1988).

De acuerdo con la metodología censal adoptada por el INDEC, se consideran hogares con NBI a aquellos que presentan al menos una de las siguientes características:

- Vivienda inconveniente (NBI 1): es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento o rancho.

- Carencias sanitarias (NBI 2): incluye a los hogares que no poseen retrete.
- Condiciones de Hacinamiento (NBI 3): es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Técnicamente se considera que existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto.
- Inasistencia escolar (NBI 4): hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- Capacidad de subsistencia (NBI 5): incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria. (Salud, 1990).

Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas son aquellos que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación (la población con NBI es la que vive en estos hogares):

- Hacinamiento: hogares que tienen más de 3 personas por cuarto.
- Vivienda: hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo).
- Condiciones sanitarias: hogares que no tienen ningún tipo de retrete.
- Asistencia escolar: hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asista a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: hogares que tienen 4 o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tuviera baja educación.

LÍNEA DE INDIGENCIA

(LI) procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas, denominada Canasta Básica Alimentaria (CBA). De esta manera, los hogares que no superan ese umbral o línea son considerados indigentes. Los componentes de la CBA se valorizan con los precios relevados por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) para cada período de medición.

Asimismo, la “Línea de Pobreza” (LP) extiende el umbral para incluir no sólo los consumos alimentarios mínimos sino también otros consumos básicos no alimentarios. La suma de ambos conforma la Canasta Básica Total (CBT), la cual es también contrastada con los ingresos de los hogares relevados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

Para calcular la línea de pobreza, por lo tanto, es necesario contar con el valor de la CBA y ampliarlo con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etcétera) con el fin de obtener el valor de la Canasta Básica Total (CBT). Mientras que la canasta alimentaria es una canasta normativa, la canasta básica total se construye en base a la evidencia empírica que refleja los hábitos de consumo alimentario y no alimentario de la población de referencia.

Para ampliar o expandir el valor de la CBA se utiliza el “coeficiente de Engel” (CdE), definido como la relación entre los gastos alimentarios y los gastos totales observados en la población de referencia.

Fijada una estructura de consumo mediante una encuesta de gastos, en cada período el CdE se actualiza por el cambio en el precio relativo de los alimentos respecto de los demás bienes y servicios. De esta forma se actualizan los montos de gasto alimentario y total del período base, considerando la misma relación de cantidades de consumo. Para esto se toman los precios relevados por el Índice de Precios al Consumidor, tomando en cuenta la estructura de gastos específica de la población de referencia. Para expandir el valor de la CBA, se multiplica su valor por la inversa del coeficiente de Engel.

Dado que las necesidades nutricionales difieren entre la población, se construye una unidad de referencia, el “adulto equivalente”, correspondiente a un hombre adulto de actividad moderada, para establecer luego las relaciones en las necesidades energéticas según edad y sexo de las personas. A partir de estas equivalencias se construyen las líneas para cada hogar según su tamaño y composición. En tanto que las líneas se construyen por hogar, el valor de las canastas que estas suponen debe ser contrastado con el ingreso total familiar del hogar, lo que permite clasificarlos en hogares indigentes, pobres no indigentes,

pobres (incluye las dos anteriores) y no pobres, extendiéndose esa caracterización a cada una de las personas que los integran.

$$\text{Coeficiente de Engel} = \frac{\text{Gasto Alimentario}}{\text{Gasto Total}}$$

La “Línea de Pobreza” (LP) extiende el umbral para incluir no sólo los consumos alimentarios mínimos sino también otros consumos básicos no alimentarios, la cual es también contrastada con los ingresos de los hogares relevados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

La pobreza está directamente ligada a la salud y a la educación; por ello, la educación es una vía importante para romper el círculo de la pobreza y así lograr que las personas puedan tener un mayor acceso a una salud de calidad y a una cultura en salud. En nuestro país es fundamental educar para mejorar los niveles de salud (Becerra, 1999)

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación es un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se da durante todos los momentos de la vida del ser humano. Se inicia en el nacimiento y es la familia (Unidad Básica de la Sociedad) su primera fuente de aprendizaje. Posteriormente, será su entorno biopsicosocial quien lo determine. Pero la educación no sólo implica la transmisión de mensajes necesarios para la vida del hombre por parte de un docente o del medio biopsicosocial; por el contrario, es un proceso continuo e interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz, generando en éste último una capacidad crítica para que pueda discernir entre las opciones que se le presenten en la vida, manteniendo su propia posición. (OMS, 2011)

CENSOS PARA EL AÑO 2010

Por ejemplo, Según se desprende de los datos provistos por el Censo de 2010, se registraron para ese año 1.110.852 hogares con NBI, lo cual representa el 9.1% del número total de hogares del país. Por su parte, en 2001, el Censo había determinado la existencia de 1.442.934 hogares con necesidades básicas insatisfechas (el 14.3%).

ESTILO DE VIDA

“El estilo de vida (EV) es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El estilo de vida incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas”. (Molarius, 2007)

Es de gran importancia recalcar que el éxito del crecimiento se basa principalmente en una buena alimentación, para esto es necesario conocer las directrices que van encaminadas a tener una nutrición adecuada por medio de la pirámide nutricional. Esta representa una alimentación balanceada que garantiza el aporte suficiente de energía, además de nutrientes y aquellas sustancias que son fundamentales para el bienestar de cada organismo.

Se plantea que el estilo de vida abarca todos los ámbitos del ser humano. Por esto, diferentes autores intentan construir el concepto de estilos de vida saludables (EVS), llegando a la conclusión de que estos están constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud. Otro aspecto importante que se ha abordado son los factores que influyen en el estilo de vida, entre ellos se encuentran los sociales. Estos, actúan de diversa forma entre géneros, ya que la mujer se asocia con labores hogareñas, mientras que el hombre se asocia con roles netamente laborales que lo predisponen a llevar un estilo de vida caracterizado por comportamientos riesgosos para su salud, como lo es el consumo excesivo de alcohol y el cigarrillo. (Montero Bravo, 2006)

También están los factores económicos que se relacionan con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ya que un estado socio-económico bajo se asocia con un EV sedentario y un menor consumo de frutas y vegetales. Otros factores que también afectan la salud son los comportamentales que involucran la nutrición, la actividad física (AF), el consumo de tabaco (CT) y el exceso de alcohol. (Guía de trastornos alimenticios., 2004)

HÁBITOS ALIMENTICIOS (HA)

La creación de Hábitos Alimenticios en la población juvenil es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona. Desde la infancia se inicia con la adopción de HA, los cuales condicionan las etapas de desarrollo posteriores. Sin embargo, cuando el individuo ingresa a otros ciclos vitales más vulnerables como lo son la adolescencia y la juventud, empiezan a aparecer cambios en los hábitos ya establecidos, lo que da espacio a la modificación de su estilo de vida. Además, se encuentra la influencia de los medios de comunicación en las personas, la cual puede ser positiva o negativa al momento de tomar decisiones frente al consumo de alimentos, conduciéndolas a adquirir trastornos alimenticios. (Antioquia, 2010)

Cuando no se lleva una alimentación balanceada, se pueden producir alteraciones que resultan nocivas para la salud, conduciendo a posibles enfermedades con consecuencias tanto físicas como psicológicas, causando problemas que podrían ser irreversibles. Dentro de estos trastornos encontramos el sobrepeso, la obesidad, la anorexia y la bulimia, estas dos últimas, caracterizadas por ser patologías propias de la sociedad contemporánea, y prevalentes en la población juvenil, debido a su expansión territorial y a su relación con algunos rasgos culturales. (INDEC, 2010) Por tal motivo, para la creación de buenos HA es necesario tener en cuenta los determinantes sociales, ya que son altamente importantes en todo el campo de la

promoción de la salud y se encuentran directamente relacionados con el comportamiento; además de estar influenciados por los actores sociales, llevando a deteriorar o mejorar la calidad de vida del joven. (INDEC, 2010)

Frenk refiere: No es raro que los prestadores de servicios y la población tengan definiciones diferentes sobre las necesidades de salud. Por ejemplo, el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa puede ser considerado por los profesionales como una necesidad que requiere de atención preventiva, mientras que la población puede no sentir tal necesidad. Sin duda, el grado de convergencia entre las definiciones de ambos grupos constituye un indicador del éxito del sistema de salud. (Arce, 2001)

COLEGIO DE ODONTÓLOGOS

DISTRITO I

El Colegio de Odontólogos se encuentra en calle 3 N° 471, ubicado en la Ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires.

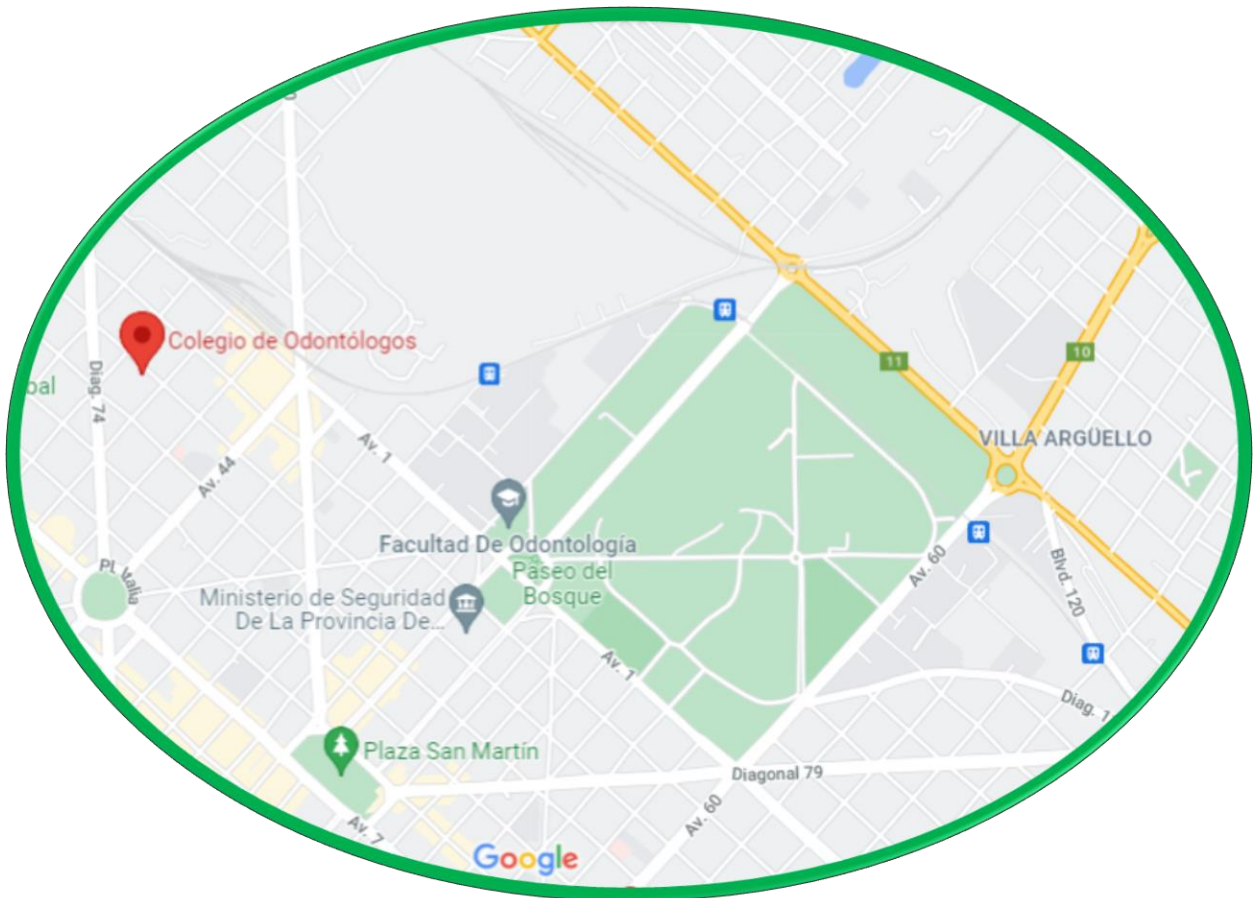
FIGURA A

Mapa de los Distritos en la Provincia de Buenos Aires.



FIGURA B

Ubicación Colegio de Odontólogos



El Colegio de Odontólogos corresponde al DISTRITO I, el cual se divide en 9 nueve ciudades.

COLEGIO DE ODONTOLOGOS DISTRITO I
BERISSO
BRANDSEN
ENSENADA
GENERAL BELGRANO
GENERAL PAZ
LA PLATA
MAGDALENA
PUNTA INDIO
SAN VICENTE

Una vez aprobada la Ley de Colegiación que lleva el N° 6.788 y conocido el dictamen de la junta electoral provincial, se sucedieron las reuniones para lograr conformar un padrón con los odontólogos que ejercían en las localidades del Distrito, que en un primer momento fueron La Plata, Berisso, Ensenada, Magdalena, Punta del Indio, Coronel Brandsen y San Vicente. En el año 1995 se anexaron las ciudades de General Paz (Ranchos), General Belgrano y posteriormente Presidente Perón.

Para ejercer la profesión en jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, cualquiera fuera su modalidad o el origen de las entidades que contrataren o de cualquier modo

utilizaren los servicios de un profesional odontólogo, este deberá previamente inscribirse en la matrícula que a tal efecto llevarán los Colegios de Odontólogos de Distrito, creados por esta Ley bajo el N°12.754. Considérese ejercicio profesional odontológico el actuar en cualquiera de las incumbencias que están comprendidas en el título universitario. Son sus funciones de los Colegios de Odontólogos:

- 1- Defender los derechos e intereses profesionales, el honor y la dignidad de los odontólogos, velando por el decoro e independencia de la profesión.
- 2- El gobierno de la matrícula de los odontólogos que ejercen en el Distrito.
- 3- Asegurar el correcto y normal ejercicio de la profesión odontológica, incrementando su prestigio mediante el desempeño eficiente de los colegiados en resguardo de la salud de la población y estimulando la armonía y solidaridad profesional.
- 4- Procurar la defensa y protección de los odontólogos en su trabajo y remuneraciones en toda clase de instituciones asistenciales, docentes, de investigación, de previsión para toda forma de prestación de servicios odontológicos públicos y privados.
- 5- Velar por el fiel cumplimiento de las leyes, decretos, disposiciones en materia sanitaria y normas de ética profesional.
- 6- Ejercer el poder disciplinario sobre odontólogos de su jurisdicción o de aquellos que sin pertenecer a la misma sean pasibles de sanciones por actos profesionales realizados en el Distrito.
- 7- Perseguir el ejercicio ilegal de la odontología denunciando a quien lo haga, y toda otra actividad que de una u otra forma atente contra la salud o signifique una evasión al control necesario que el Colegio debe ejercer.
- 8- Habilitar los consultorios odontológicos privados, cualquiera sea la modalidad del ejercicio profesional o la naturaleza jurídica de su titular, de acuerdo a la reglamentación respectiva.
- 9- Es obligación de los Colegios fiscalizar el correcto ejercicio de la profesión odontológica y el decoro profesional, a cuyo fin se les confiere poder disciplinario para sancionar su trasgresión.

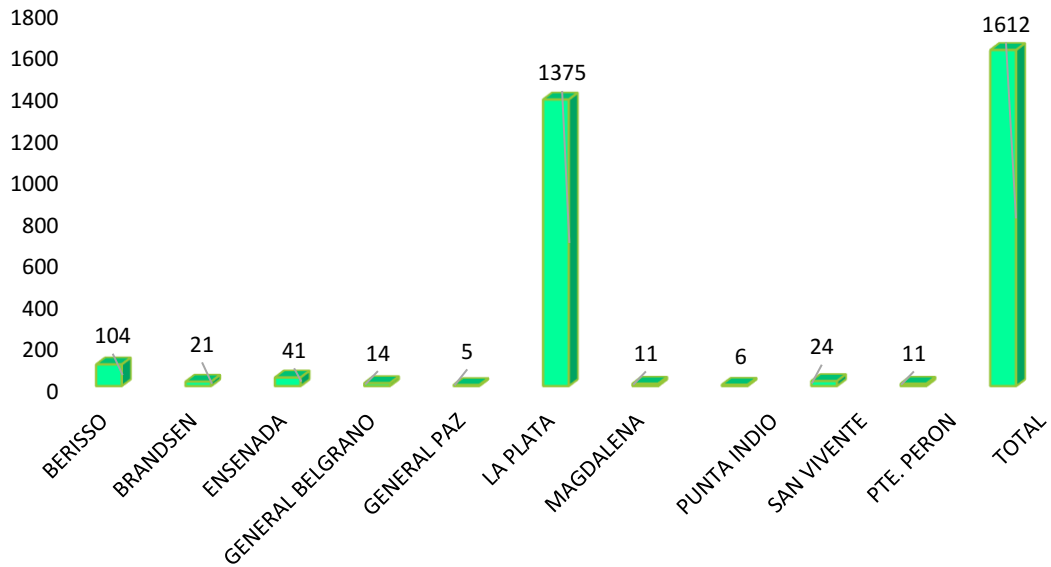
10-Corresponde a los Colegios de Distrito la vigilancia de todo lo relativo al ejercicio de la Odontología y a la aplicación de la presente Ley y su reglamentación como también velar por la responsabilidad profesional que emerja del incumplimiento de dichas disposiciones.

DE ACUERDO A LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LA INVESTIGACIÓN SE OBSERVÓ AL AÑO 2010: (DATOS OBTENIDOS DEL COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE LA PLATA).

COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DISTRITO I	
BERISSO	104
BRANDSEN	21
ENSENADA	41
GENERAL BELGRANO	14
GENERAL PAZ	5
LA PLATA	1375
MAGDALENA	11
PUNTA INDIO	6
SAN VIVENTE	24
PTE. PERON	11
TOTAL	1612

FIGURA C

ODONTÓLOGOS MATRICULADOS HASTA EL AÑO 2010



Nota: Odontólogos matriculados hasta el año 2010. Información recibida por el Colegio de Odontólogos de la Plata.

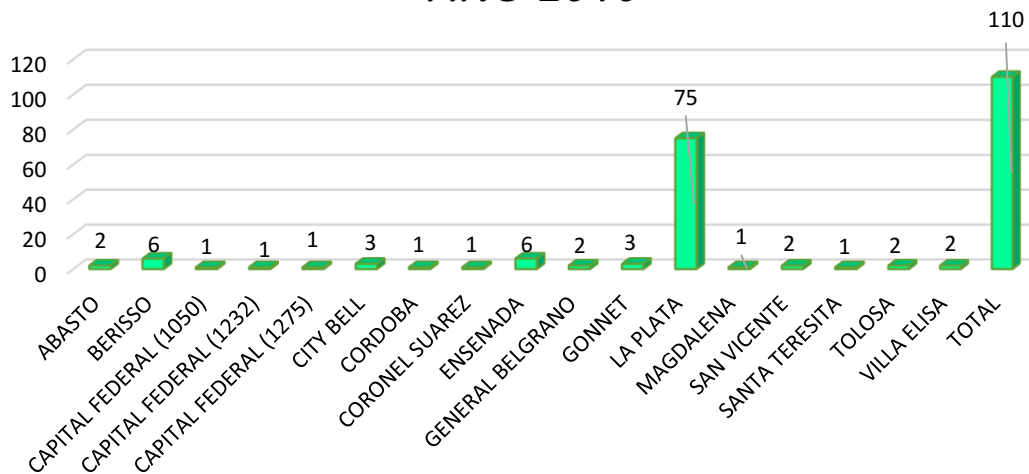
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Matriculados en el año 2010 DISTRITO I		
(1903)	ABASTO	2
(1923)	BERISSO	6
(1050)	CAPITAL FEDERAL	1

(1232)	CAPITAL FEDERAL	1
(1275)	CAPITAL FEDERAL	1
(1896)	CITY BELL	3
(5000)	CÓRDOBA	1
(7540)	CORONEL SUÁREZ	1
(1925)	ENSENADA	6
(7223)	GENERAL BELGRANO	2
(1897)	GONNET	3
(1900)	LA PLATA	75
(1913)	MAGDALENA	1
(1865)	SAN VICENTE	2
(7107)	SANTA TERESITA	1
(1906)	TOLOSA	2
(1894)	VILLA ELISA	2
	TOTAL	110

NOTA: Cuadro simplificado de Odontólogos matriculados en el año 2010, información recibida de la Caja de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

FIGURA D

ODONTÓLOGOS MATRICULADOS EN EL AÑO 2010



Nota: Odontólogos matriculados en el año 2010. Información recibida por la Caja de Seguridad Social para odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

NIVEL DE EMPLEO

La formación profesional odontológica se inscribe en el campo de la formación de la salud. Lo que define como salud o enfermedad, como bienestar o malestar, depende no solo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual vivimos, trabajamos y nos relacionamos.

La definición de Salud ha ido evolucionando desde el entendimiento como “no enfermedad” hasta un concepto más global. La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1948 definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad. La posesión del mejor

estado de salud del que es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social”.

Es importante destacar los dos aspectos importantes de la definición de la OMS:

- Es un modelo dinámico.
- Tiene un aspecto social que relaciona con el entorno del individuo, entorno que no puede quedar al margen cuando se habla del mantenimiento de la salud.

Aquí la importancia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, la formación es el logro de una salud para todos que reclama plantearse como propósitos generales de la formación odontológica, la prevención, el mantenimiento de la salud bucal durante toda la vida.

El problema de la salud bucal no se resuelve en lo individual, sino que tiene proyecciones comunitarias estanco relacionado con la práctica odontológica presente- futura y con los conocimientos científicos.

El avance de la ciencia odontológica y las crecientes necesidades de salud bucal del conjunto social obligan a las instituciones formadoras a replantearse sus actuales hábitos de enseñanza y revisar su estructura en pos de adaptar el planteo de la enseñanza a los nuevos requerimientos sociales, científicos y tecnológicos.

La Salud de la Población debe constituir el eje de la formación profesional y el problema a partir del cual se desarrollen las teorías científicas y las estrategias tanto de prevención y rehabilitación como de enseñanza y capacitación profesional específica. De allí que la odontología científica se resuelva hoy en un modelo de formación profesional que se sustenta en los principios de la integración docente / asistencial, de la prevención comunitaria y de la práctica curricular extramuros, como experiencia de aprendizaje.

El análisis y la reflexión ética formal son componentes esenciales en la toma de decisiones de los profesionales de la salud. Los odontólogos, en cada momento de su vida profesional, se ven enfrentados a conflictos de valores, donde la decisión final afectará el bienestar de sus pacientes en forma importante, por lo que se trata de una elección moral.

El ejercicio de la odontología es considerado "una profesión" por ende toda profesión se hace y ejerce en sociedad siendo por y para los demás, por eso su carga moral.

El primer deber moral que asume el odontólogo es "hacer el bien" a sus pacientes, específicamente en el área de la salud bucal. Sin embargo, la decisión del odontólogo frente a un caso clínico dependerá tanto de la técnica como de la ética. Técnicamente lo que se considera "bueno" está determinado por estándares dados por la práctica y la investigación, pero no hay mucha claridad en lo que se refiere al componente ético.

La mayoría de las reflexiones en ética dental tiene su raíz en antiguas teorías sobre la virtud propuestas por Sócrates y Platón, y luego por Aristóteles, que inspiraron la escuela hipocrática, pilar de la ética médica. (Torres-Quintana, 2006)

La Educación para la Salud como estrategia en la promoción es parte importante que forma parte de la enseñanza que pretende conducir de manera individual y colectiva hacia un proceso en el cambio de actitud y conducta que parte de la detección de sus necesidades para lograr el mejoramiento de las condiciones de salud.

La salud y la enfermedad están determinadas por varios factores, como la exposición ambiental, vivienda, educación, y nivel socioeconómico. (WHO, 2008) . Por lo tanto, para lograr mejoras en la salud de una población y equidad en salud se requieren acciones intersectoriales y participación social (Horton, 2013).

La salud es una dimensión importante y un indicador sensible del desarrollo sostenible. La salud representa el efecto colectivo de las condiciones de vida a nivel social, económico y material. Una población saludable posibilita mayor productividad laboral y mayores ingresos económicos en los hogares debido a su participación en el mercado laboral, lo que crea oportunidades para un crecimiento más inclusivo y sostenible. (Bloom, 2000)

La equidad es la meta esencial hacia la cobertura universal de la salud, lo que implica el acceso universal de toda la población a servicios de salud necesarios con misión de calidad, cubriendo todos los niveles de atención médica-odontológica sin riesgo de dificultades económicas causadas por el uso de estos servicios. Con el fin de lograr un desarrollo sostenible, de aquí la importancia de la cobertura universal de salud está siendo ampliada para cubrir todo tipo de atenciones médicas-odontológicas, incluyendo la promoción de la salud, que se ocupa de los determinantes sociales de la salud. (Tanahashi, 1978)

Para mejorar los determinantes sociales de la salud se necesitan políticas y acciones de otros sectores como ser el económico, la educación, el transporte, la vivienda, la agricultura, entre otros. Por ello, el sector de la salud debe actuar como líder para canalizar las acciones intersectoriales orientadas a corregir las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, mejorando la salud y disminuyendo las inequidades en salud.

ACCIÓN INTERSECTORIAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ALCANZAR LA ATENCIÓN DE SALUD UNIVERSAL

La intersectorial es un proceso político, administrativo y técnico (Solar, 2013) . La intensidad de la intersectorial abarca desde la información a la cooperación, enfocadas en la intervención de las enfermedades; a la cooperación y coordinación, donde la atención se centra en la prevención y en la promoción de salud; y hasta la

integración de políticas y estrategias en todas las políticas, donde el foco de intervención esté dirigido a abordar los determinantes sociales de la salud.

La magnitud en que una estrategia intersectorial contribuya a la reducción de las desigualdades sociales y de salud sigue siendo una cuestión fundamental.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social tiene un valor intrínseco, como el derecho del ciudadano a participar en las decisiones que lo afectan, y un importante valor instrumental, porque la participación de las comunidades y grupos de la sociedad civil en el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas públicas, es necesaria para una gestión pública transparente y responsable en una democracia. La participación social es fundamental para movilizar el apoyo político respecto a las políticas destinadas a abordar desigualdades en los determinantes sociales, la lucha contra las inequidades en salud, y para mantener los cambios introducidos por la redistribución del poder y los recursos. (WHO, 2008)

EL SIGNIFICADO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA LA SALUD PÚBLICA

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), que nacen de las prácticas sociales buscan promover y reforzar las prácticas sociales saludables. Una de ellas como proceso y actividad del Sector Salud, que constituyen condiciones básicas para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar, orientando la organización y el comportamiento de los actores que participan en el sector, es la participación social y el refuerzo del poder de los ciudadanos. (OPS, 2000) (Mejía, 1997)

La participación social en salud y salud pública ha cambiado notablemente a través de la historia debido a los espacios ganados en la comunidad en las políticas estatales como institución y en los cambios en la concepción salud- enfermedad a teorías multicausales donde el nivel, el estilo de vida y la participación de la

comunidad son parte del proceso. “Este enfoque trasciende una concepción de la salud como un fenómeno de enfermedad / no enfermedad, para considerarla una resultante social de cada comunidad nacional, que a su vez se expresa concretamente en un determinado estilo (nivel y calidad) de vida. La consecución de esta meta reclama transformaciones sociales y económicas de gran trascendencia y hondo significado”. (Sheiham A, 1982)

El significado de las políticas de participación social en todos los actores sociales para la salud pública debe encaminarse a equilibrar los niveles de intervención, promoción, fomento y atención en salud tanto individual como colectiva, permitiendo una participación equitativa de todos ellos buscando una verdadera convicción y motivación del quehacer en la comunidad. En el caso de las enfermedades bucales transmisibles, reconociendo la visión que la comunidad tiene sobre ellas, para redefinir formas de acción, prioridades y elaborando propuestas educativas y de evaluación del trabajo coordinado e integrado por los cuidadores de la salud, el equipo de salud y la comunidad. (WHO, 1986)

La participación social para la salud pública como herramienta debe fortalecerse y trascender los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales desde el debate del modelo neoliberal y sus repercusiones en la participación comunitaria y la salud en general, puesto que es el modelo en el cual se desarrolla la región de Las Américas en su vasta extensión. Por lo que se debe comprender entonces que, la participación debe realizarse a diferentes niveles, discusión, decisión, entrenamiento, ejecución y evaluación para asegurar el éxito de los programas y políticas a plantearse y que la salud siendo una fuente de riqueza de la vida cotidiana debe proveer al individuo de estrategias sanas, creando ambientes favorables, reforzando acciones, actitudes y aptitudes personales y colectivas, tal y como lo refiere La Carta de Ottawa (Who, 2007) y el enfoque de los determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud. (Consiglio, 2007)

El Estado es un actor social, establece el modelo conceptual a seguir y reconoce los interlocutores válidos en el sistema social, es el que se socializa, despeja

fórmulas, construye los sujetos de política y su forma de participación condiciona algunos derechos sociales, gestiones, reproducciones sociales, satisface necesidades sentidas y dicta las políticas y directrices pertinentes, en algunas ocasiones permite una participación unidireccional y toma distancia de realidades que están en manos de los responsables de la salud pública. (Agudelo & Martínez, 2008)

CARACTERIZACIÓN DEL ALUMNO EGRESADO DE ODONTOLOGÍA

a- En relación con su formación personal (humana).

- Poseerá una cultura amplia, acorde con su capacitación científico personal.
- Mostrará conciencia social, humanística y sanitaria que le permita actuar en las necesidades del país y la sociedad toda.
- Estará sensibilizado y dispuesto al bien común.
- Concebirá en forma integral al ser humano, asistiéndolo en todas sus necesidades personales (biológicas, psicológicas y sociales).
- Será capaz de asistir al hombre sano revalorizando su acción en lo que respecta a la odontología preventiva y primaria.
- Participará activamente en la acción educadora de la sociedad, a cuyos integrantes debe concientizar sobre sus responsabilidades y deberes en el cuidado de su propia salud.

b- En relación con su formación técnico-profesional

- Será consciente de la importancia del mantenimiento de la cadena de asepsia, desde una pulcritud máxima en la utilización de los medios de esterilización modernos para prevenir las enfermedades transmisibles y proteger la vida humana.
- Estará capacitado para el manejo de situaciones asistenciales comunes y reversibles para realizar interconsultas ante situaciones complejas o de alto riesgo.

- Conocerá, aplicará, y evaluará los fundamentos, estrategias y recursos a utilizar para el diagnóstico de la salud a nivel de individuos y de la población.
- c- Dadas situaciones clínicas en niños y adultos.
 - Conocerá mecanismos de acción, disponibilidades clínicas, indicaciones y contraindicaciones técnica y resultados de los materiales y / o acciones odontológicas a utilizar.
 - Realizará diagnósticos de estado de salud/enfermedad y establecerá el nivel de riesgo del paciente.
 - Programará, ejecutará y evaluará un plan de atención integral de un paciente dado que incluye las diferentes acciones odontológicas, llevándolo a niveles aceptables de la salud general.
 - Conocerá, ejecutará, y evaluará la técnica de la correcta anestesia local en cualquier área de la cavidad bucal.
 - Diagnosticará, realizará y evaluará operatoria dental correcta, insertada en el plan de tratamiento integral.
 - Diagnosticará, seleccionará el tratamiento adecuado; ejecutará y evaluará terapias pulpares correspondientes y el tratamiento gingivo-periodontal.
 - Realizará el diagnóstico y establecerá el criterio quirúrgico frente a las patologías y traumatismos que ofrecen la cavidad bucal y los órganos que la limitan e integran su función.
 - Diagnosticará, planificará, ejecutará y evaluará los recursos ortodóncicos para la prevención e intercepción del establecimiento de mal oclusiones o realizará la derivación oportuna.
 - Conocerá y evaluará criterios diagnósticos, plan de tratamiento y resultados para la prevención de complicaciones y la posible necesidad de interconsultas, para los casos de “pacientes especiales” (discapacitados) e inclusive en situaciones conflictivas como consecuencia de la conducta del paciente.
- d- En relación con sus formas de un enfoque científico

- Desarrollará una actitud positiva permanentemente para la incorporación sistemática de nuevos conocimientos científicos y técnicos.
 - Estará capacitado en el manejo de la metodología científica y desarrollará una actitud positiva hacia la investigación básica y clínica.
 - Identificará problemas científicos simples y planificará, desarrollará y evaluará un diseño experimental.
 - Participará en los proyectos de investigación conformando equipos con otros docentes, alumnos y profesionales de servicios.
- e- En relación con su formación para el servicio y compromiso social
- Tendrá conocimientos de administración sanitaria y podrá organizar servicios odontológicos tomando parte en equipos de salud junto con médicos, bioquímicos, asistentes de laboratorio, agentes sanitarios, etc.
- f- Dadas las situaciones de salud de una población
- Planificará, aplicará, y evaluará una programación de educación para la salud bucal promocionando la participación comunitaria.
 - Será capaz de realizar estudios en la comunidad para conocer las enfermedades que padece la población y participar en la planificación, ejecución y evaluación de programas estratégicos tendientes a erradicar o lograr niveles aceptables de la salud de la población.
- g- Dadas las situaciones sanitarias atípicas
- Planificará, participará y evaluará el desarrollo de nuevas alternativas para alcanzar niveles aceptables de salud para la población involucrada y para producir la reconversión del servicio.
 - Aceptará y asumirá el ejercicio de la actividad profesional para el cuidado de la salud comunitaria como una tarea de equipo interdisciplinario entre profesionales de salud.

La Odontología, como disciplina de la salud, debe considerarse de carácter social, con un compromiso ético con el bienestar de las personas. La práctica odontológica

con relación a otras disciplinas debe pensarse como Salud Bucal desde la dimensión colectiva.

Surge como interrogante ¿existe relación entre el número de profesionales del área a investigar y las necesidades de la misma?

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Objetivos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

OBJETIVOS:

- **General:**
 - Diagnosticar las necesidades de la comunidad relacionándolas con el número de odontólogos capacitados para brindar soluciones.

- **Específicos:**
 - Conocer el grado de satisfacción de la comunidad.
 - Registrar datos descriptivos, explicativos y retrospectivos.
 - Explorar con enfoque clínico epidemiológico y social.
 - Informar a la comunidad.

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Diseño Metodológico



DISEÑO METODOLÓGICO.

Estudio descriptivo, observacional, con muestreo azaroso.

Variables contextuales:

- Pirámide Poblacional.
- LI (Línea de Indigencia).
- LP (Línea de Pobreza).
- NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas).
- Número de profesionales activos. (Por partido, en el Distrito I, La Plata).
- Nivel de Empleo.

Obtención de datos de las variables estipuladas: Fuentes secundarias:

- Censo 2010
- EPH (Encuesta Permanente de Hogares).
- INDEC

Variables referentes a salud bucal.

- Prevalencia de enfermedades estomatológicas.
- Cobertura en salud.
- Accesibilidad a servicios odontológicos.

Obtención de datos: Fuentes primarias:

- Diseño de instrumentos:
 - Entrevistas.

- Encuestas.
- Cuestionarios con preguntas cerradas y abiertas (sometido a juicio de expertos).

Los cuestionarios fueron contestados en forma voluntaria, anónima, conociendo el participante el objetivo del estudio.

Lugar de operatización: Hospital Escuela, Facultad de Odontología. UNLP.

En base al diseño de tipo descriptivo, observacional se trabajó con una muestra azarosa de 100 pacientes de ambos géneros, recepcionados en el Hospital Odontológico Universitario de la Facultad de Odontología de la UNLP.

Los cuestionarios se respondieron en forma voluntaria, anónima y bajo conocimiento del objetivo del estudio. Se elaboraron tablas y gráficos para la sistematización de los datos obtenidos

Se requirió del registro de datos de Odontólogos matriculados en el Distrito I en el Colegio de Odontólogos y la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

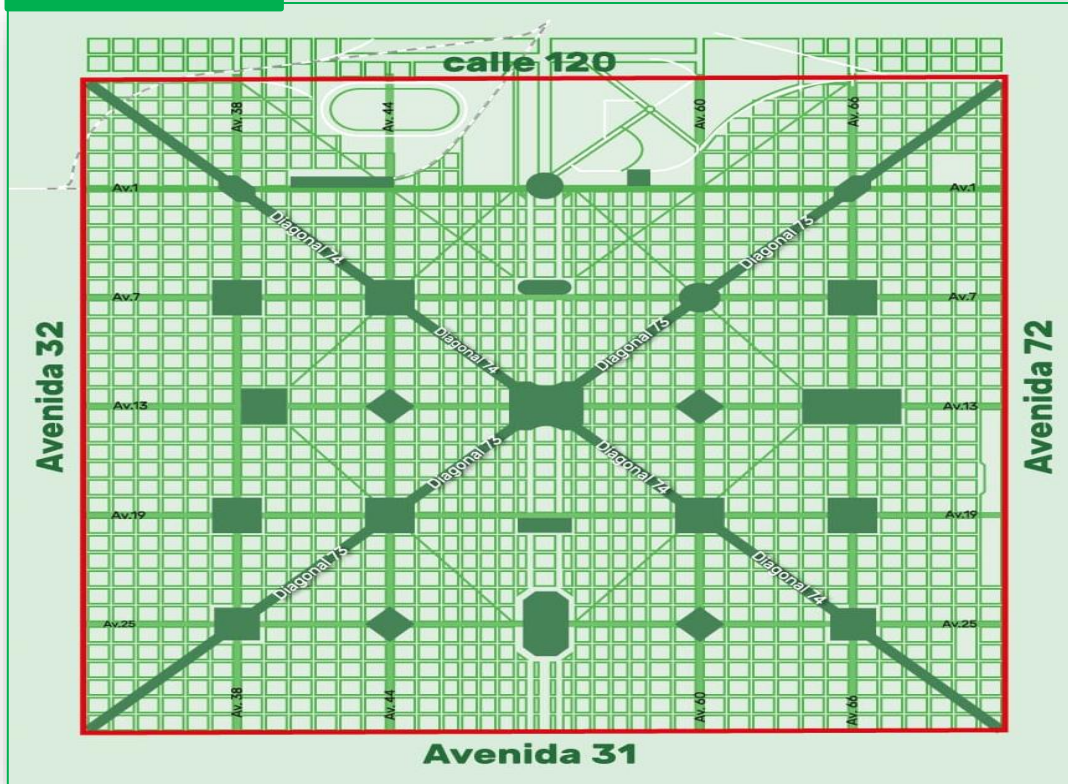
En este estudio se trabajó en 5 (cinco) regiones dentro de la zona trazada en el mapa de La Plata.

Las regiones fueron divididas:

- Región 1 (Zona 120 y 32).
- Región 2 (Zona 120 y 72).
- Región 3 (Zona 72 y 31).
- Región 4 (Zona 32 y 31).
- Región 5 (Zona Centro).

Mapa de las regiones utilizadas en La Plata

FIGURA E



Se complementó la consecución de los objetivos aplicando la metodología seleccionada, para el estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y observacional. Teniendo en cuenta las variables contextuales, tales como: variable poblacional, Línea de Indigencia, Línea de Pobreza, Necesidades Básicas Insatisfechas, número de profesionales activos y su nivel de empleo. Se tuvo en cuenta como fuentes secundarias: censo 2010, Encuesta Permanente de Hogares e INDEC.

Respecto a Salud Bucal se consideró la prevalencia de Enfermedades Estomatológicas, cobertura en salud, accesibilidad a servicios odontológicos.

Este formato permitió relacionar el número de odontólogos matriculados con las necesidades en salud bucal de una población determinada como objetivo general y explorar el grado de satisfacción de la comunidad registrando diferentes índoles de datos (descriptivos, explicativos y retrospectivos) y utilizar un enfoque clínico - social que permita dotar de conocimientos respecto a salud bucal a través de la difusión de resultados y / o conclusiones del estudio.

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Resultados



RESULTADOS

En este estudio se investigó la relación entre la demanda de salud bucal de una muestra poblacional de la ciudad de La Plata y el número de odontólogos capacitados para atenderla. A continuación, se describen los datos obtenidos:

Con respecto a los Odontólogos

Se realizó un relevamiento de profesionales egresados de la cohorte 2010 de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, determinando que, de un total de 296 egresados, se matricularon en la ciudad 75 profesionales (figura D) cuyas edades se encontraron en el rango de 34 a 38 años (figura 5). En cuanto al género, predominó el femenino (figura 4).

Considerando que la población de La Plata según el censo de ese año fue de 787294 habitantes en su zona urbana, se establece una relación de 1 odontólogo para 572 habitantes. Esta relación indica que existe un número significativo de odontólogos para atender la demanda de salud de la población. Todos de nacionalidad argentina (figura 6). Su lugar de procedencia fue la ciudad de La Plata y alrededores de la Provincia de Buenos Aires, y en menor proporción del Gran Buenos Aires (figura 7). Actualmente su lugar de residencia quedó determinado de la misma estructura, siendo ciudad de La Plata la residencia más frecuente, seguida por la Provincia de Buenos Aires y un porcentaje menor en otras provincias (figura 8).

El 98% ejerce la profesión (figura 9), de forma independiente-autónomo; casi la mitad de los encuestados, sigue la modalidad combinada independiente y relación de dependencia y una minoría sólo en relación de dependencia (figura 10).

También se refiere el trabajo en forma independiente mediante un porcentaje en Obras Sociales y particular (figura 13). Los medios donde desarrollan la profesión queda en zona urbana y un bajo porcentaje en zona suburbana o rural (figura 15).

Podemos destacar que más del 50% han logrado conseguir su primer empleo y pudieron dedicarse exclusivamente al ejercicio de la profesión (figura 16). Muchos se encuentran en formas privadas exclusivamente y les sigue privado/público (figura 18), considerando el tiempo completo para el ejercicio de la profesión (figura 19).

El 91% realiza formación de posgrado (figura 20), lo cual puede considerarse como un porcentaje muy alto y de mucha relevancia, que destaca a la Institución como formadora de actores altamente calificados. Este hallazgo visualiza que los odontólogos refuerzan y actualizan sus capacitaciones para resolver los problemas de salud bucal.

Con respecto a las respuestas de los odontólogos se destacaron los siguientes resultados:

- En la consulta predominan los pacientes del género femenino (Figura 22).
- Acuden más frecuentemente los pacientes adultos (Figura 23).
- Les siguen los adultos jóvenes, adolescentes, adultos mayores y niños (Figura 23).
- Las necesidades de la comunidad movilizan el ejercicio profesional.

Las patologías más frecuentemente diagnosticadas fueron: Caries Dental, Enfermedades Gingivales y Periodontales. Se sumaron patologías de tejidos blandos y duros en menor proporción. En este punto es de destacar la importancia de la detección precoz de desórdenes potencialmente malignos y cáncer bucal. (figura 24).

También concurren pacientes con diversidad funcional (figura 25), donde es un porcentaje relevante ya que es más de la mitad de los odontólogos que realizan dichas prácticas, donde se caracteriza físico-motriz, luego visual, espectro autista y síndrome de Down (figura 26).

Como dato de interés en cuanto a las encuestas realizadas a los odontólogos estamos en presencia de enfatizar que muchos pacientes no finalizan los

tratamientos, le sigue la falta de higiene y que se presentan a la consulta por DOLOR (figura 27). Algunos regresan con más caries dental y la necesidad de seguir reforzando la educación para la salud. Puesto que, como dato no menor también expresan el trabajo a porcentaje y la mala remuneración.

Con respecto a la comunidad

En el marco de esta investigación llevada a cabo también a los actores de la comunidad, donde se trabajó con un universo de la ciudad de La Plata casco urbano, para su distribución barrial se dividió en 5 regiones que son (figura 28):

- Región 1: (120 y 32)
- Región 2 (120 y 72)
- Región 3: (72 y 31)
- Región 4 (32 y 31)
- Región 5 (Centro).

Las edades oscilan entre los 18 a 61 años en adelante, en mayor proporción, en cambio de 1 a 17 años fueron los menos (figura 30). Considerando el género percibido en mayor porcentaje las del sexo femenino con un 62% siendo el restante sexo masculino (figura 31).

Respecto al estado civil los resultados fueron en el siguiente orden: solteros, casados, viudos y unidos de hecho (figura 32).

La mitad de los encuestados respondió que comparte la vivienda con 1 a 3 personas (figura 33). En la investigación se recaudó que viven con sus padres y algunos con sus hijos y padres (figura 34). Si bien el tiempo de residencia en el mismo lugar fue variable, la mayoría vive hace 20 años o más; algunos hacen menos de 5 años, la minoría expresó hace menos de un año (figura 35).

En cuanto al nivel educativo, un 46% presenta el secundario completo, otros no han terminado la secundaria ni el terciario y un porcentaje bajo en cuanto a la primaria

completa o incompleta (figura 36). La gran mayoría eligió la educación pública por su excelencia (figura 37).

Con respecto al promedio mensual de ingresos las familias cuentan con un ingreso entre \$15.000.- a \$30.000.- pesos. Un bajo porcentaje obtiene más de 30.000 pesos en adelante (figura 38). Aquí podemos destacar que un bajo porcentaje de las familias logran cubrir la canasta básica alimentaria.

En función a las necesidades básicas insatisfechas el grupo familiar cuenta con agua potable, luz, teléfono celular, gas natural (figura 39).

Cuando se realizó la pregunta qué entienden por Salud Bucal, se acentuó el “sentirse bien”, otros tener una “buena calidad de vida” como también “derecho a la vida” (figura 40).

En relación a la percepción que los individuos asumen sobre su salud, la mayoría lo calificó entre 7 y 10, es decir, bueno y muy bueno (figura 41). Realizando una comparación hace un año atrás consideran que su salud se encuentra entre un 8 y 10 (figura 42).

La mayor parte de los encuestados se atiende en el Hospital Público y en las Unidades Sanitarias (salitas) (figura 43). En caso de urgencia se atienden en Hospitales Públicos y de acuerdo a su necesidad de atención odontológica (figura 44), el DOLOR resultó la primera causa de consulta, luego la prevención y la estética (figura 45). Los servicios a los cuales recurre para atender la urgencia odontológica, son públicos incluyendo la Facultad de Odontología en un porcentaje alto (figura 46).

Menos de la mitad de los individuos habían consultado con el odontólogo recientemente (figura 47) y entre los condicionantes para no concurrir a la consulta aparecieron la falta de tiempo, falta de dinero, no brindar la importancia, no conseguir turno y la distancia, en ese orden (figura 48). Sin embargo, la mayoría resalta la importancia de la visita al odontólogo (figura 49).

Los resultados sobre la demanda de salud bucal de la comunidad de los lugares explorados muestran que las necesidades de prevención no constituyen una prioridad y que predomina la concurrencia a servicios públicos de salud.

Entre las expectativas con respecto al tratamiento odontológico, la respuesta más frecuente fue no sentir dolor, seguida de sentirme bien, mejorar la salud y resolver problemas odontológicos (figura 50).

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Sistematización de Datos

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Encuesta Egresados 2010

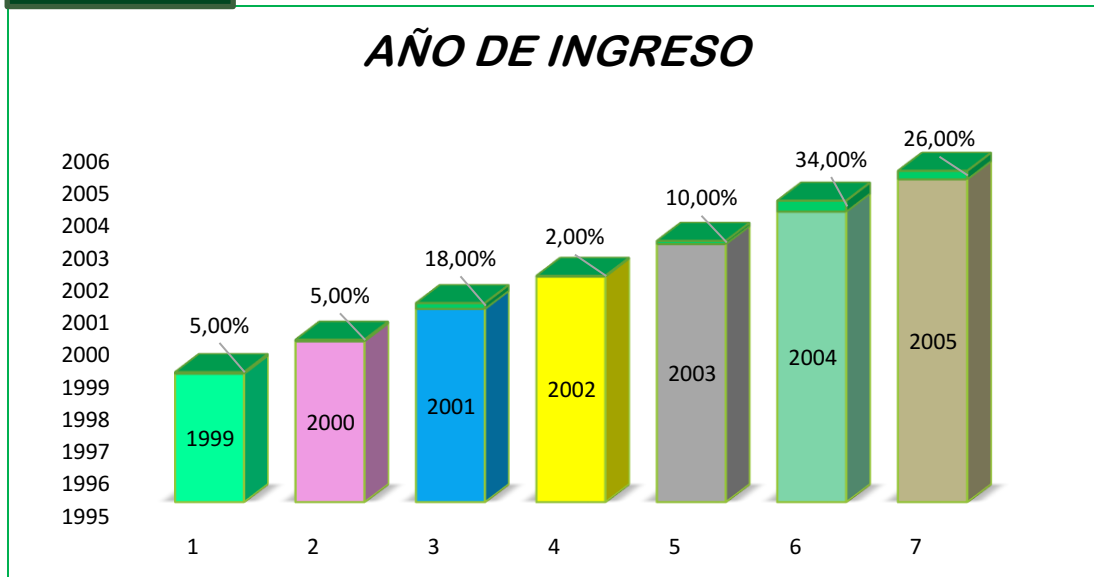


FIGURA 1



Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 2



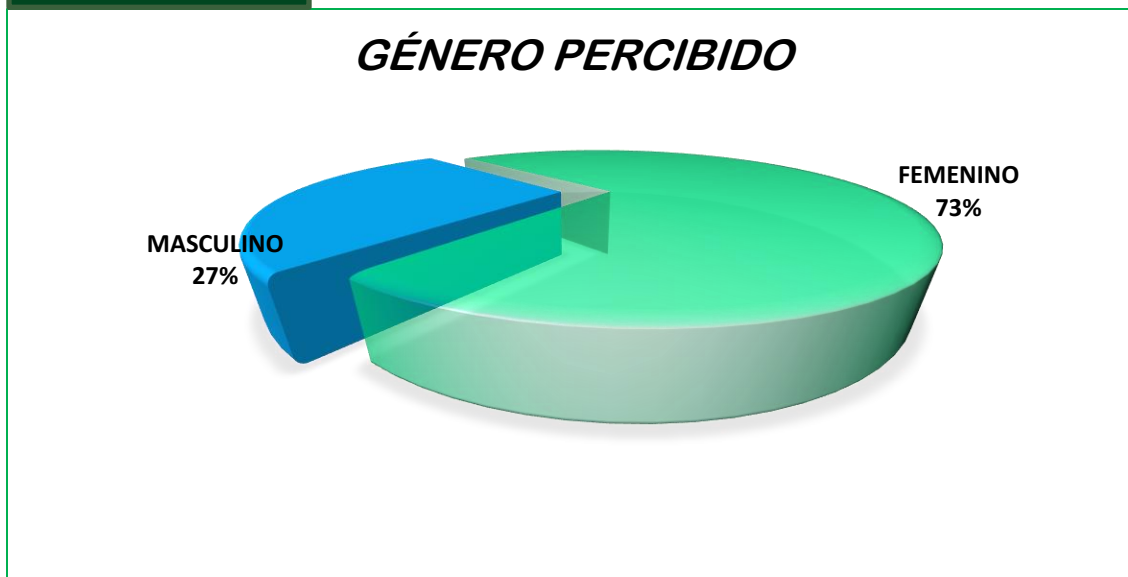
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 3



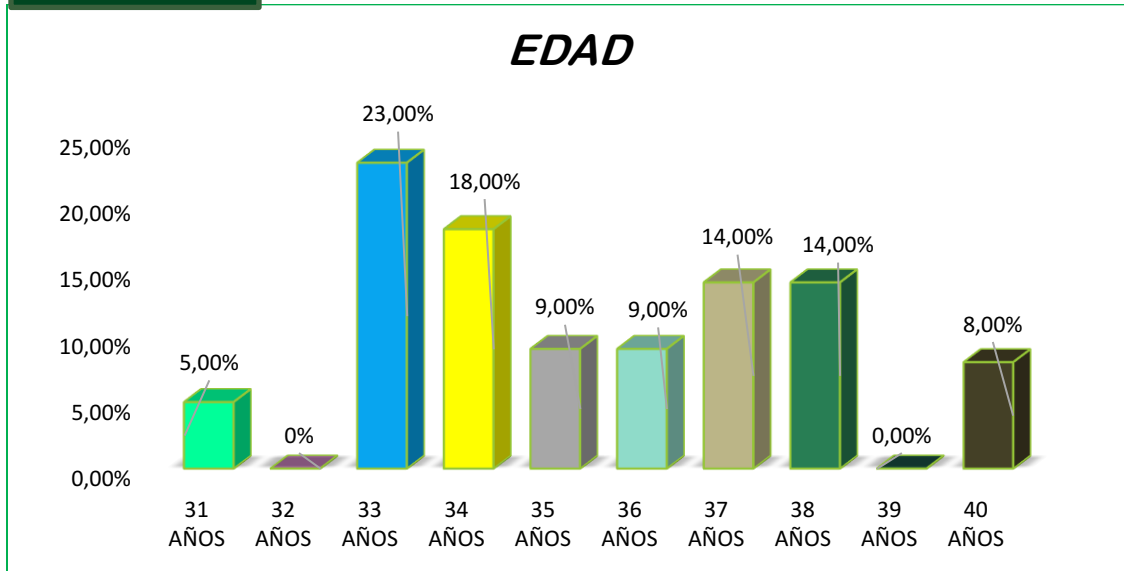
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 4



Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 5



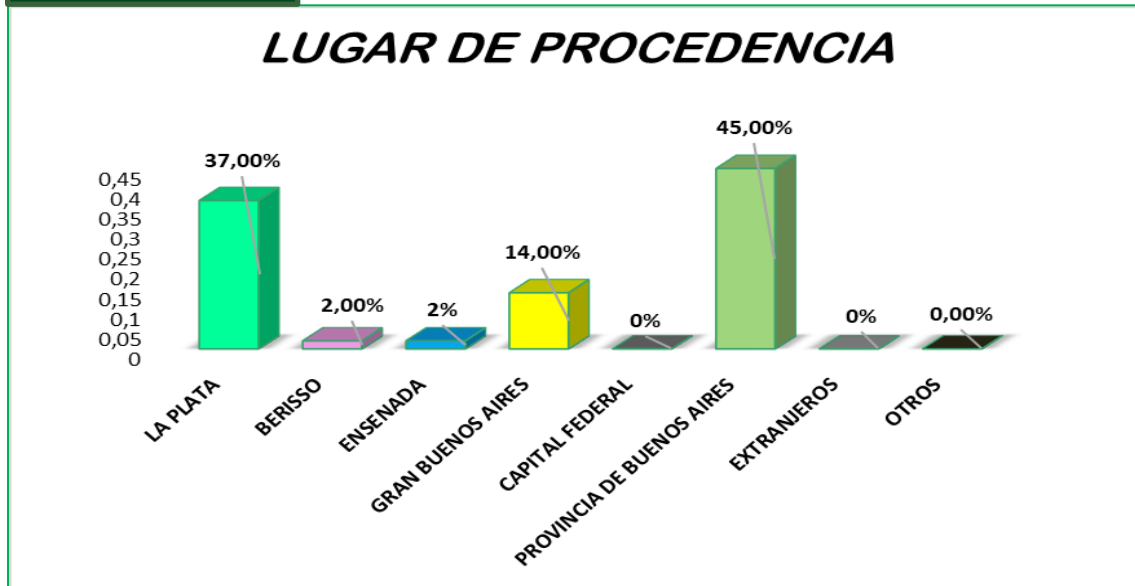
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 6



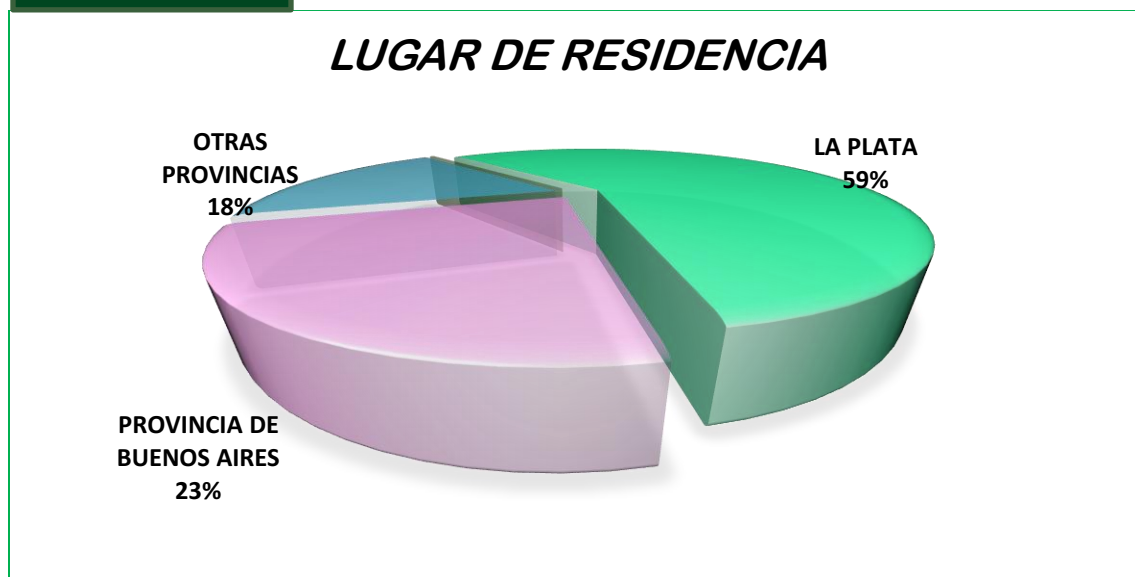
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 7



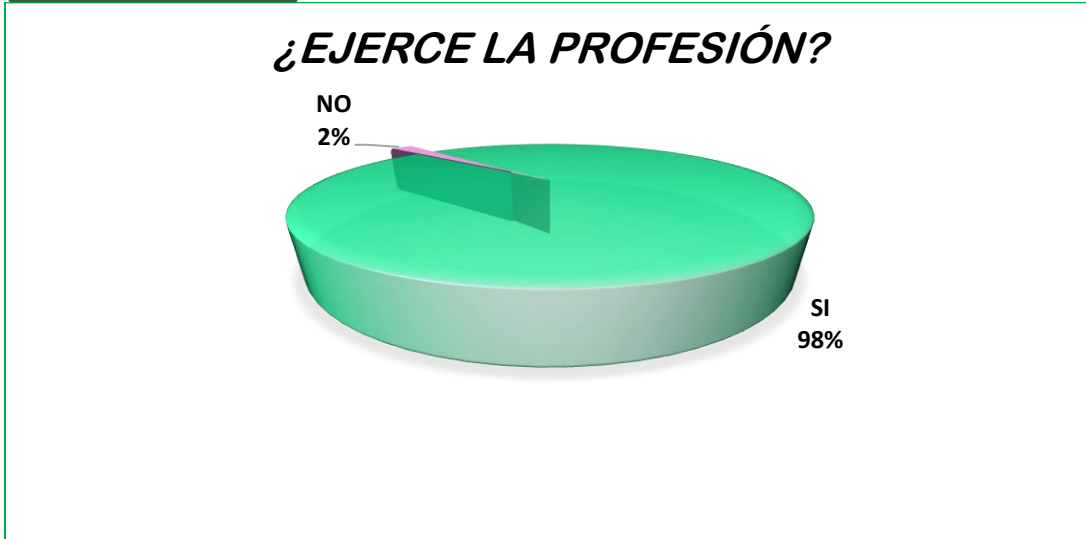
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 8



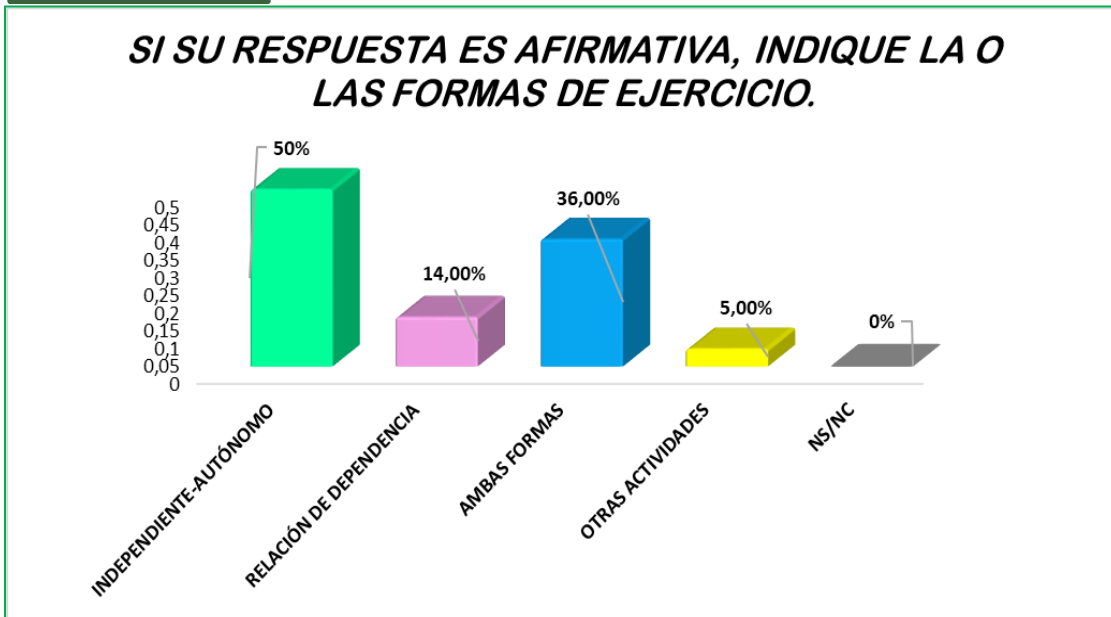
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 9



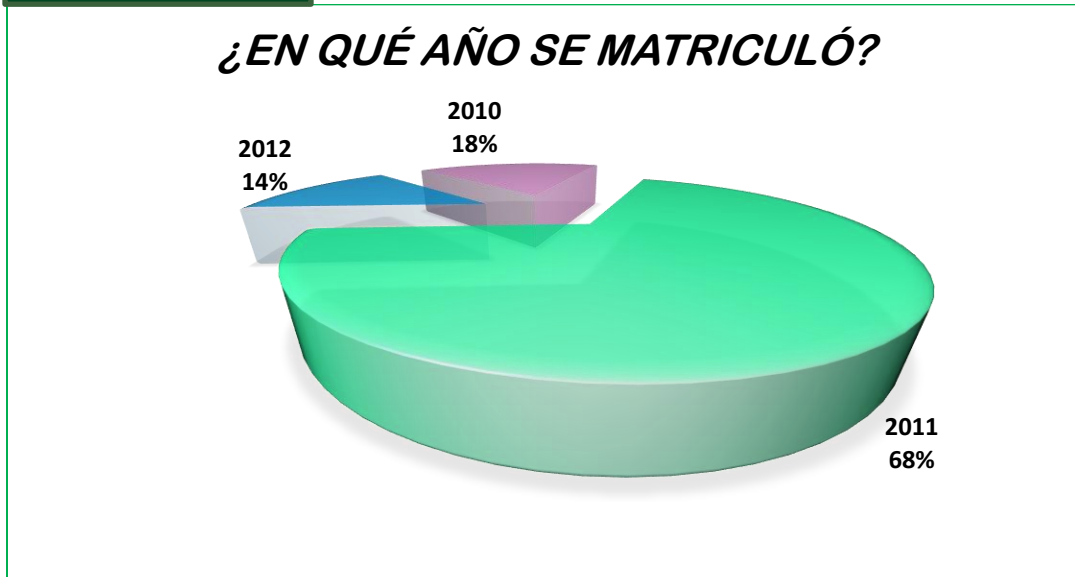
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 10



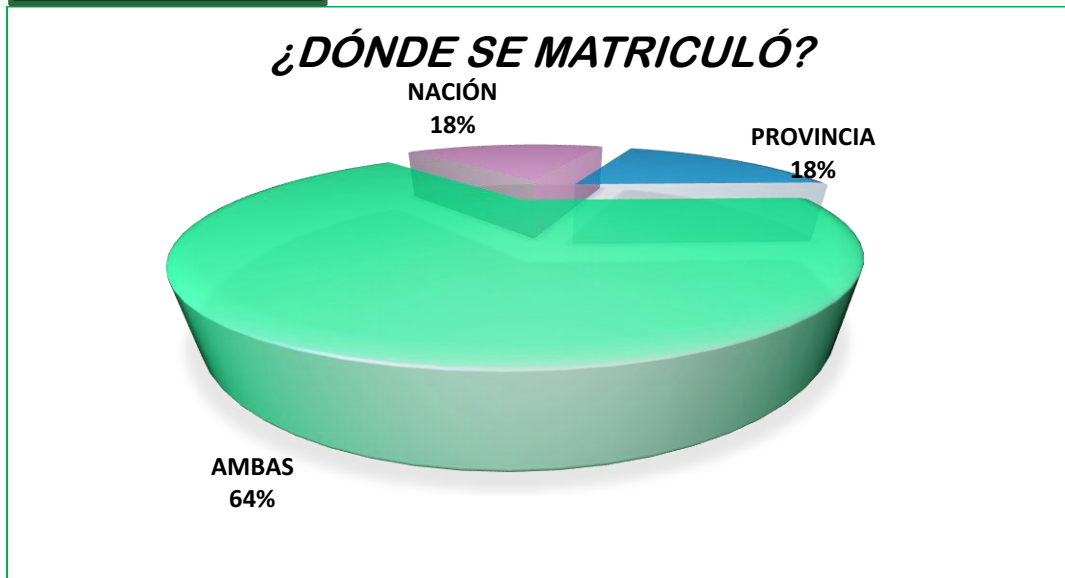
Nota: Porcentaje de las respuestas brindada por los egresados.

FIGURA 11



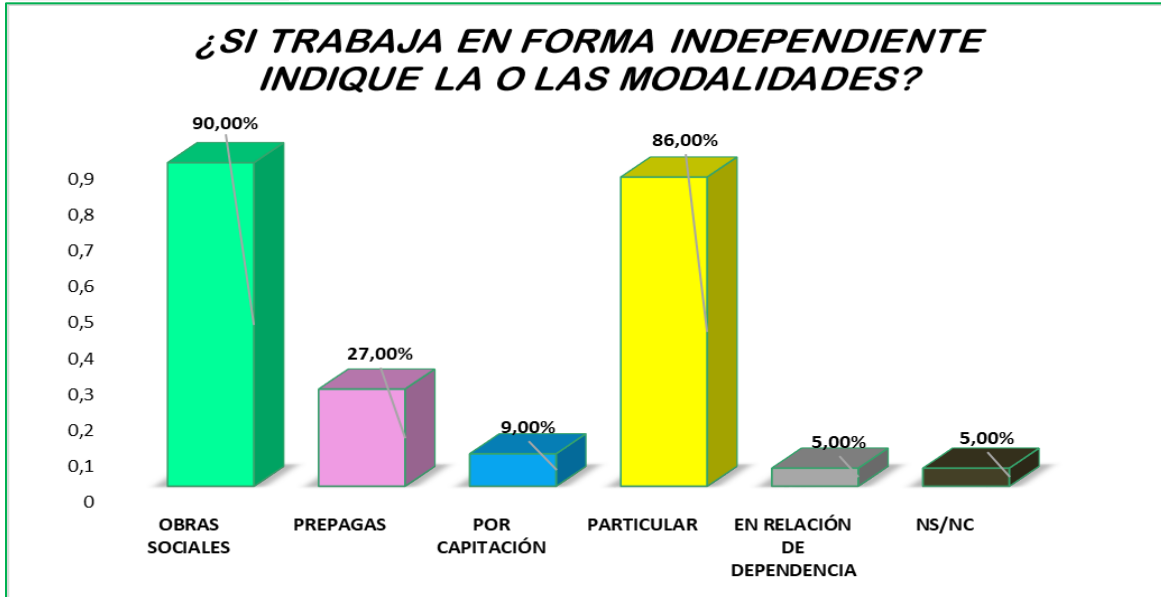
Nota: Porcentaje de las respuestas brindada por los egresados.

FIGURA 12



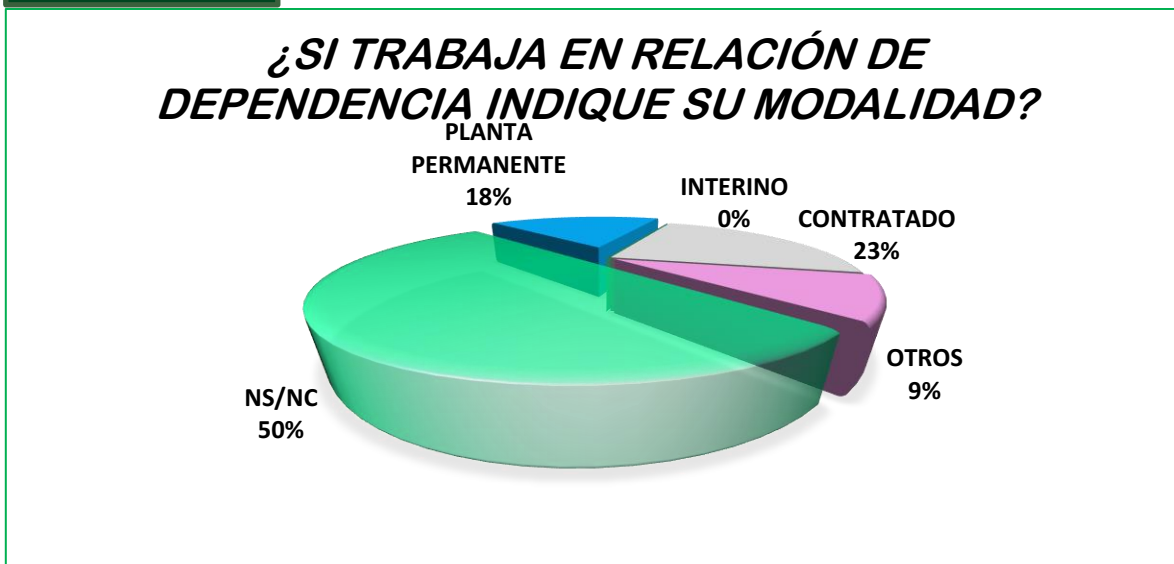
Nota: Porcentaje de las respuestas brindada por los egresados.

FIGURA 13



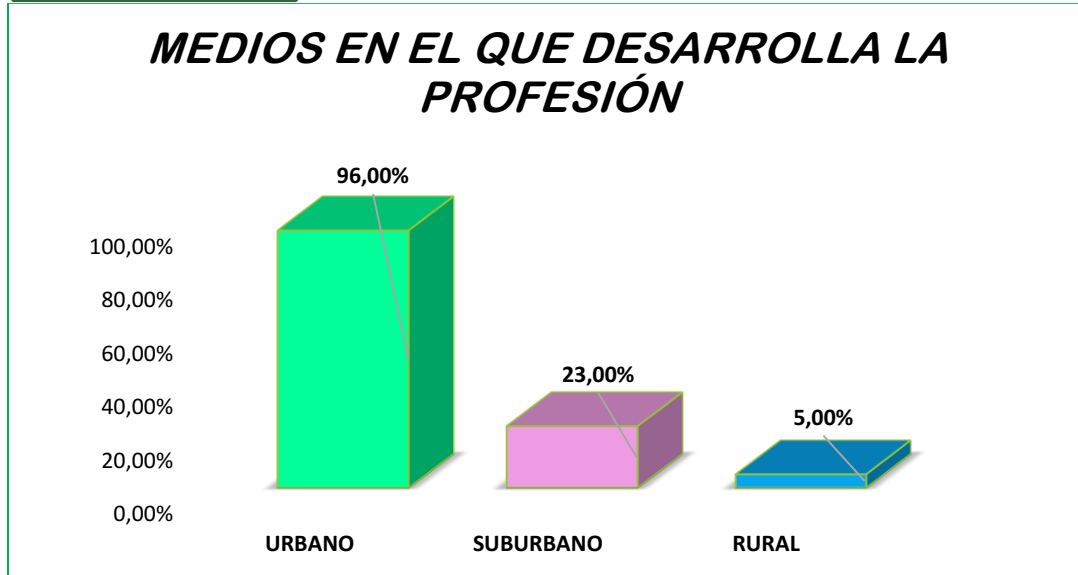
Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 14



Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 15



Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

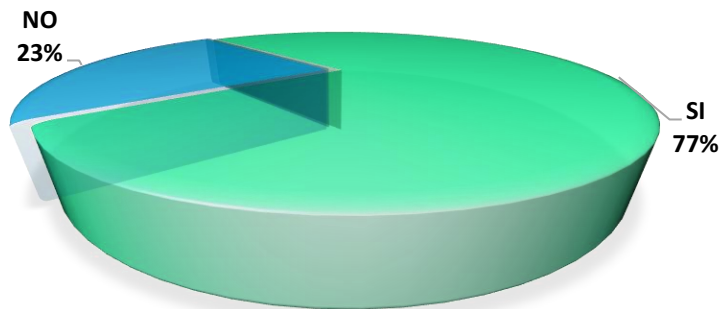
FIGURA 16



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 17

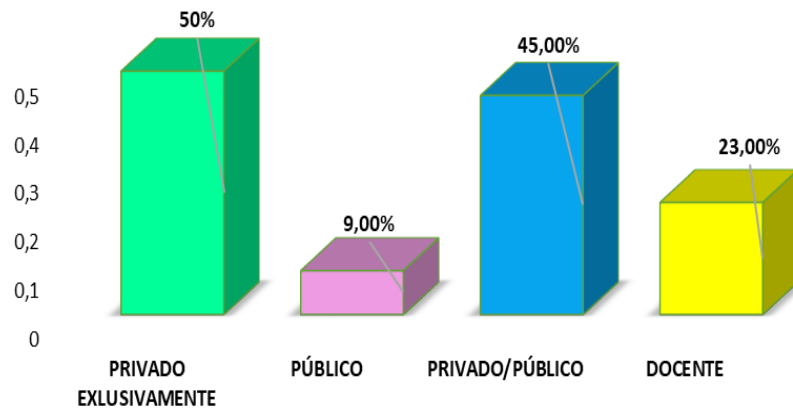
¿PUDO DEDICARSE EXCLUSIVAMENTE AL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN?



Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 18

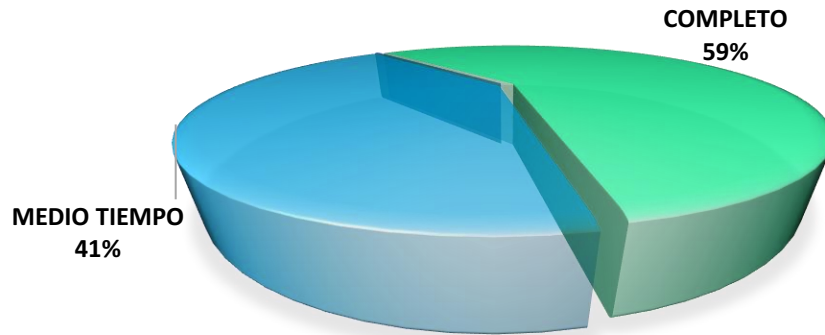
CARACTERÍSTICA DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL



Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 19

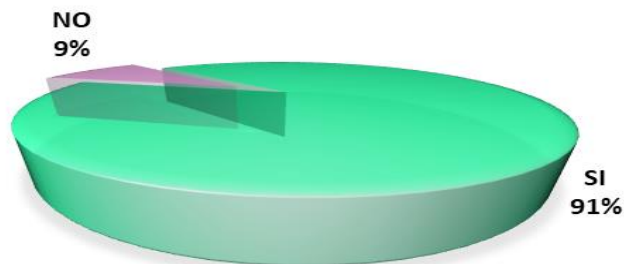
INDIQUE EL TIEMPO QUE DEDICA AL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN



Nota: Porcentaje de las respuestas brindadas por los egresados.

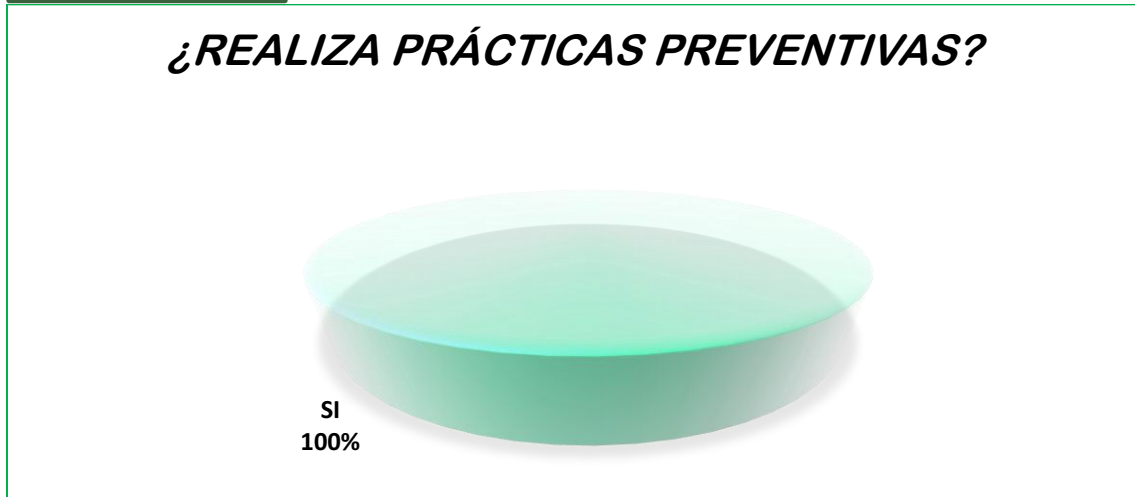
FIGURA 20

¿HAS REALIZADO O SE ENCUENTRA REALIZANDO FORMACIÓN DE POSGRADO?



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 21



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

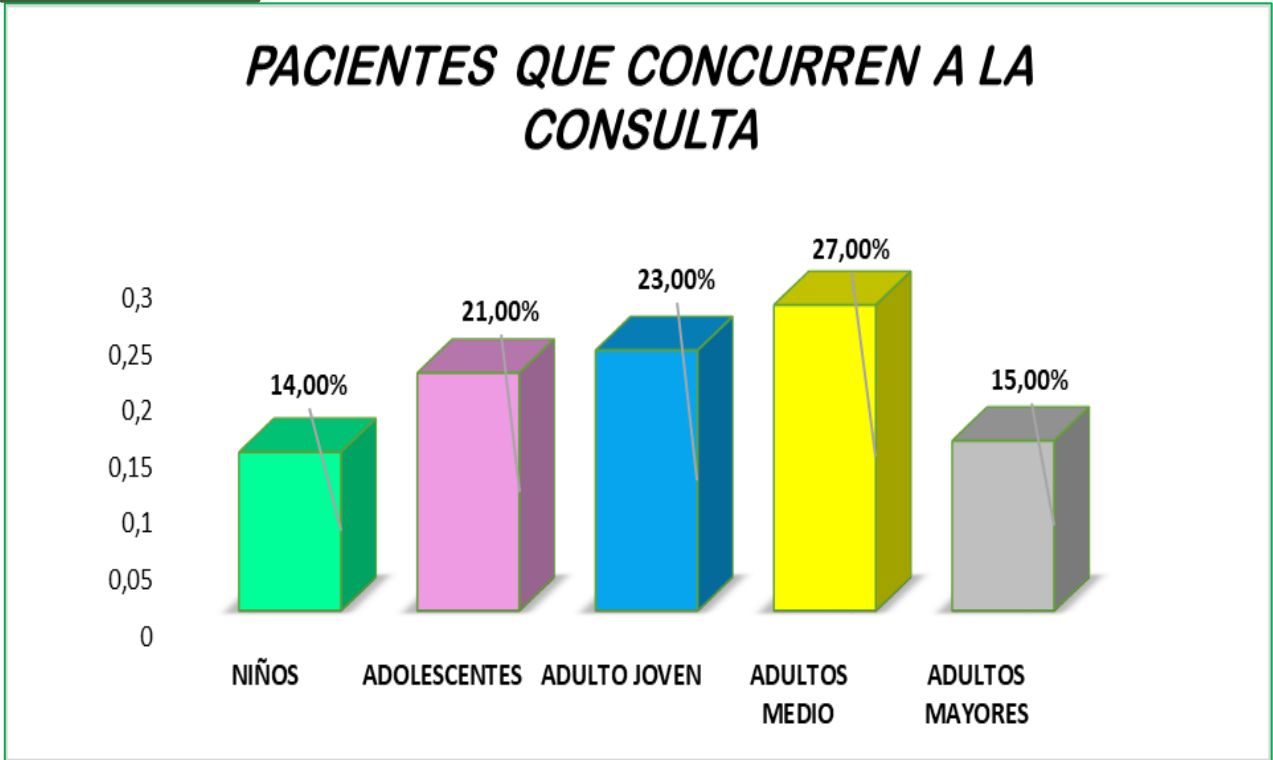
DETERMINAR NECESIDADES DE LA COMUNIDAD

FIGURA 22



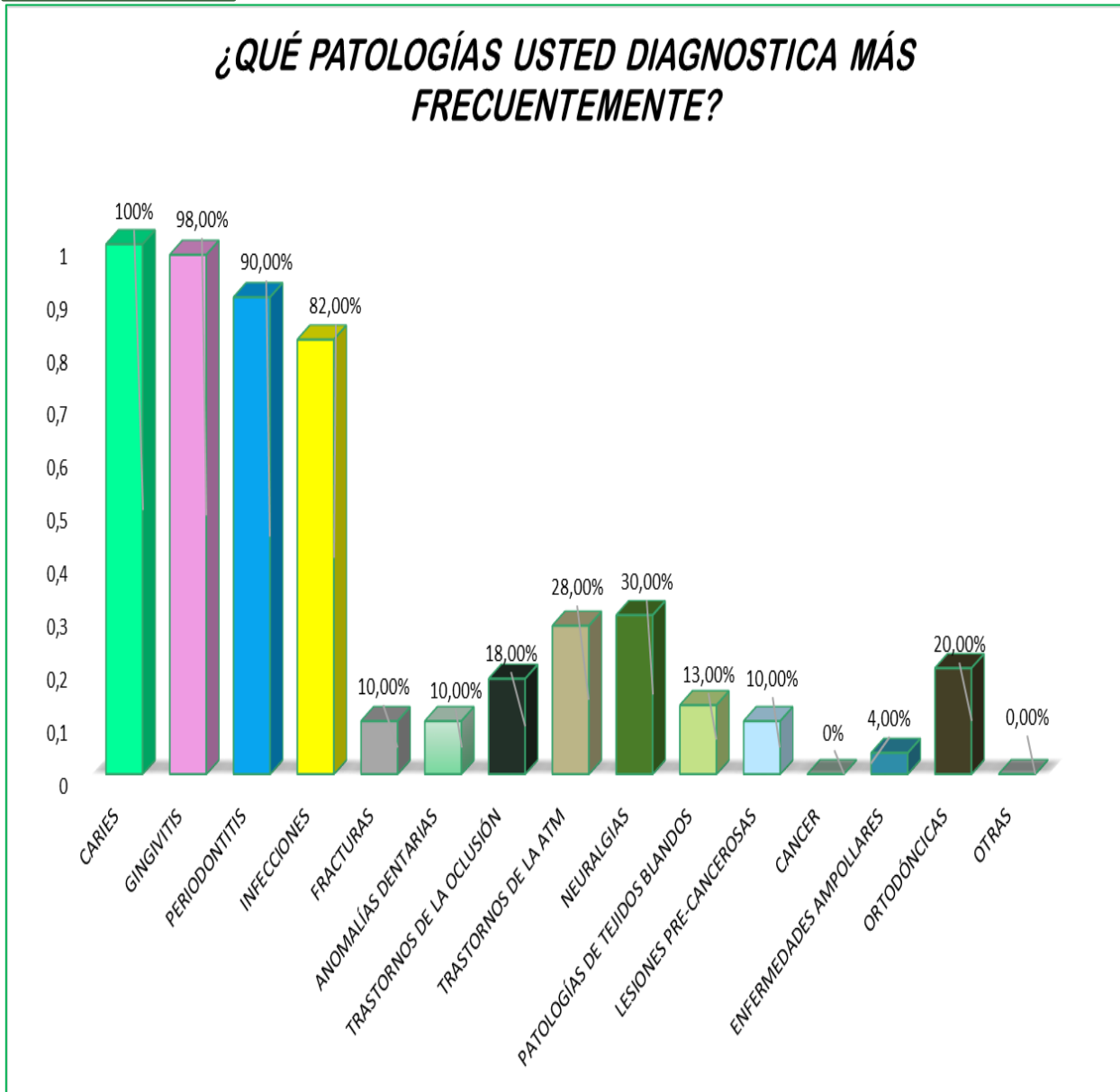
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 23



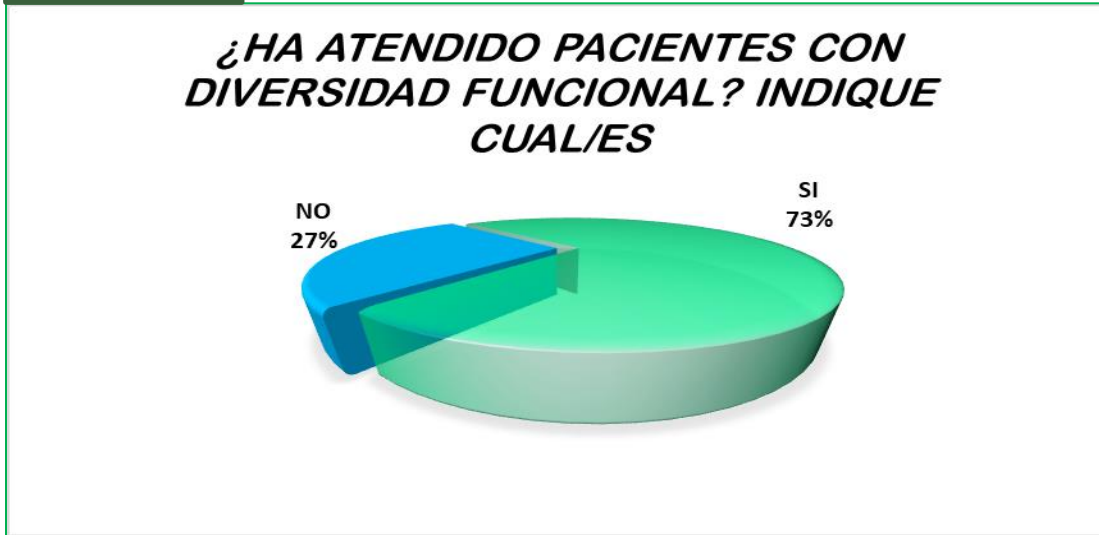
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 24



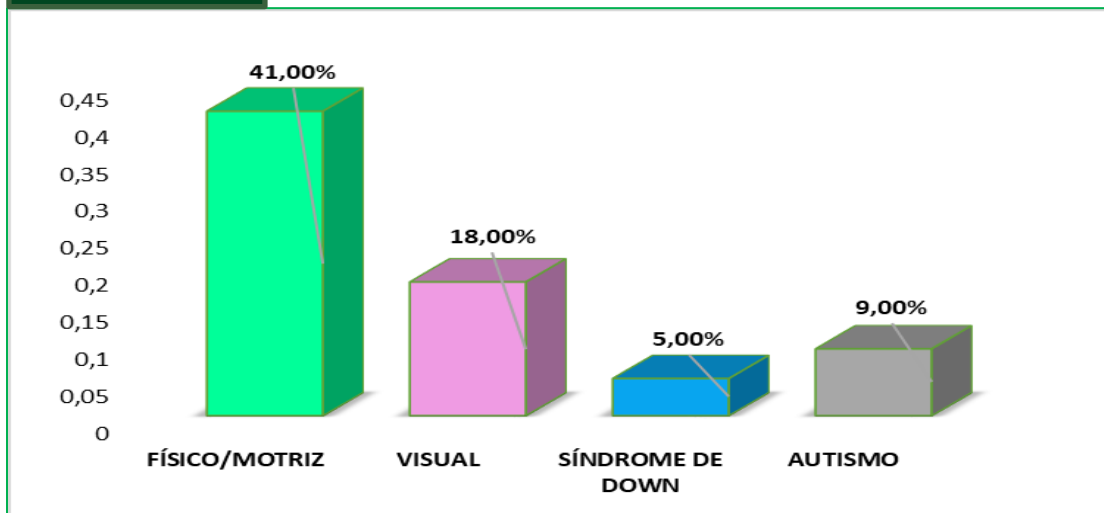
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 25



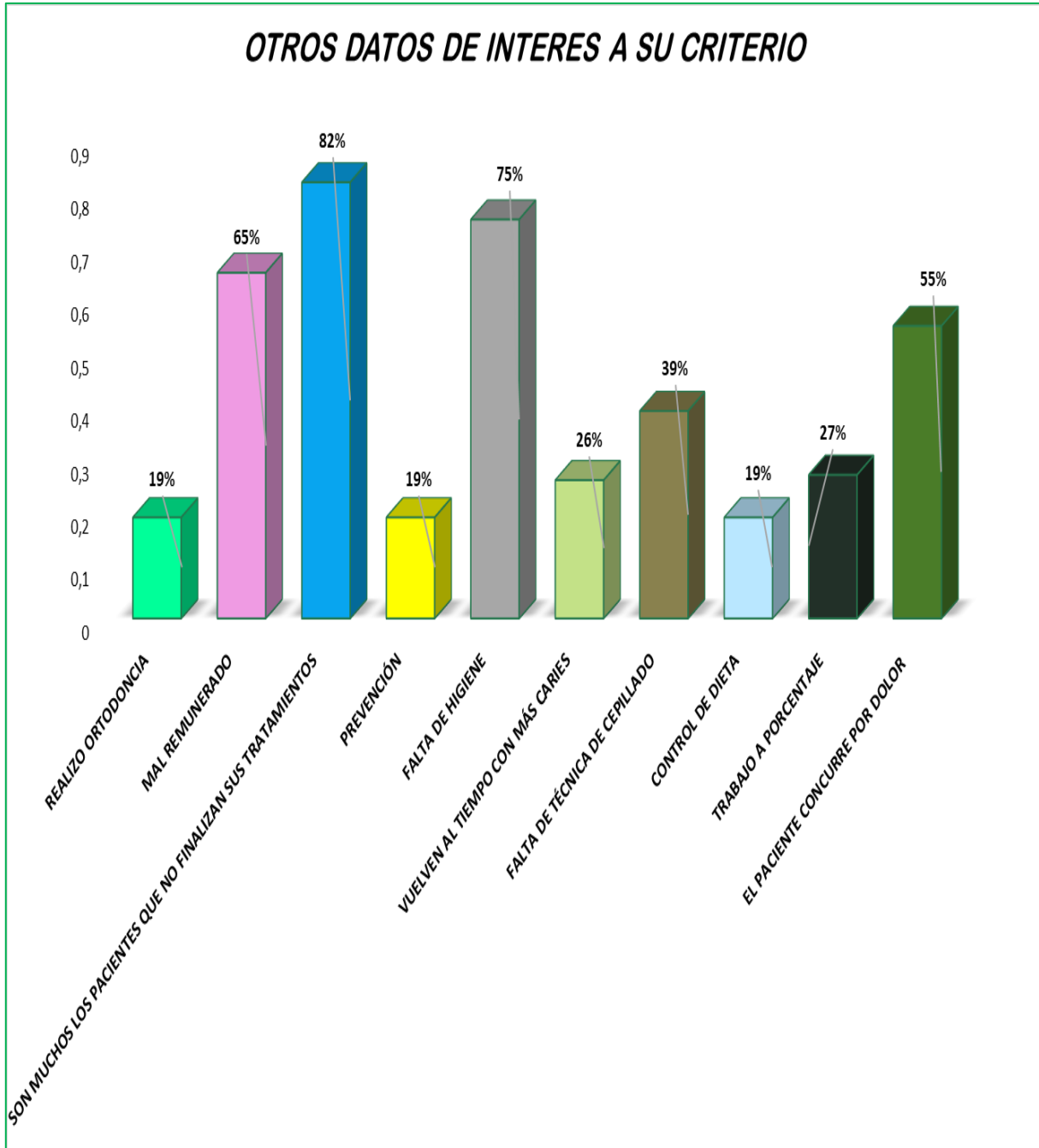
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 26



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

FIGURA 27



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por los egresados.

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

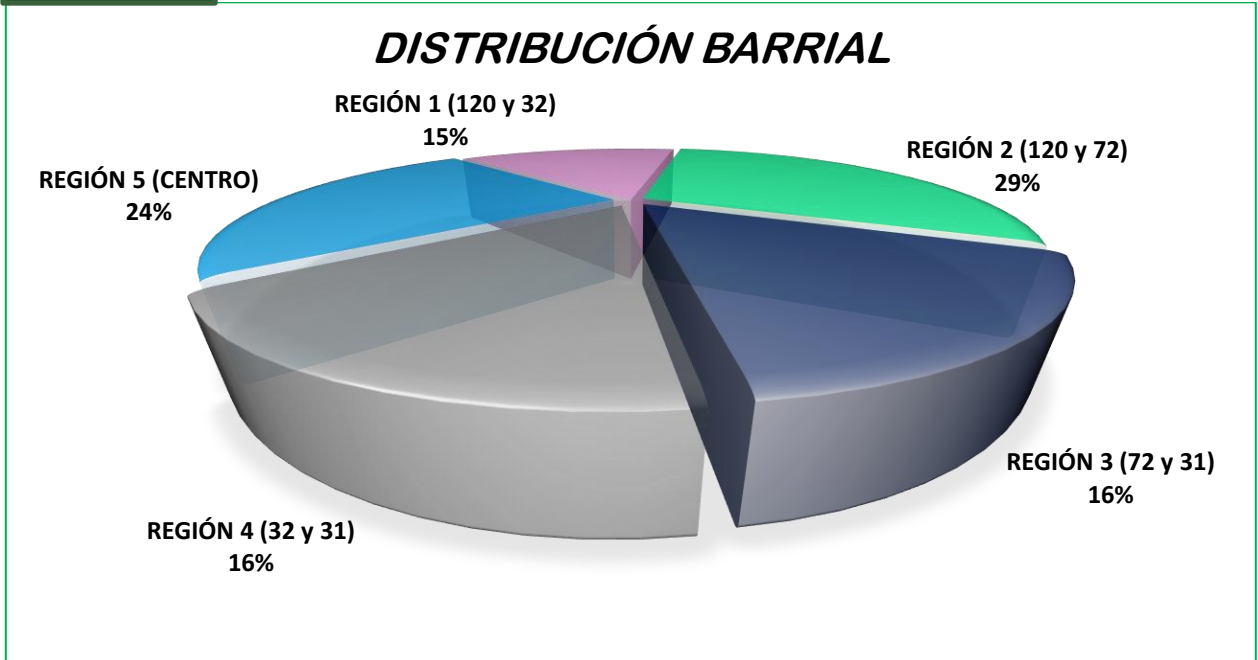
Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia



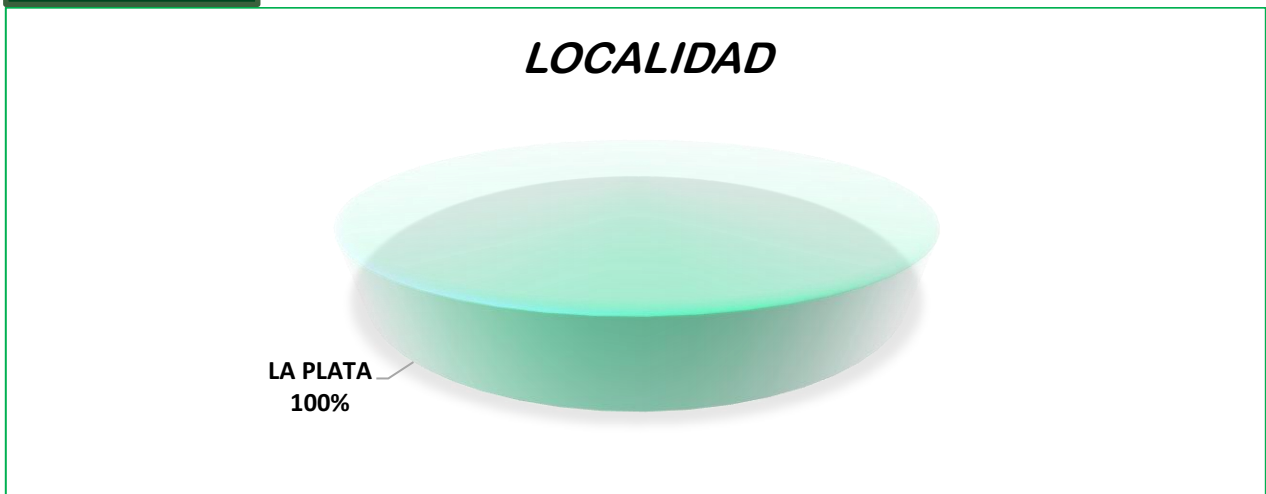
Encuesta a la comunidad

FIGURA 28



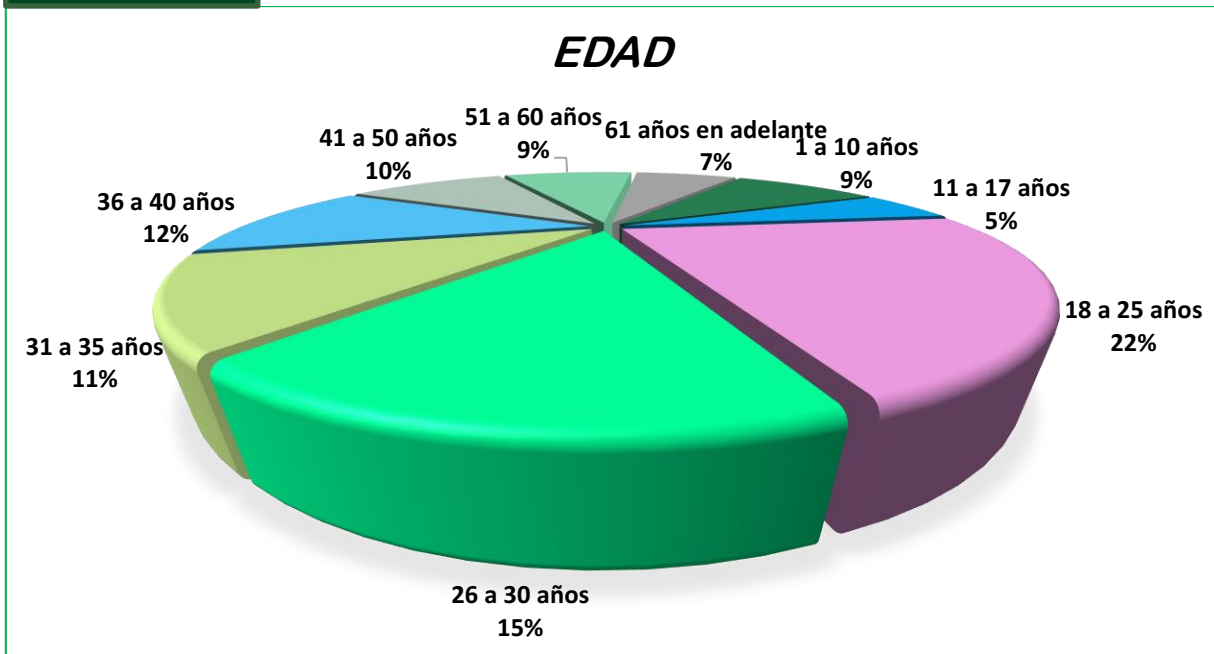
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 29



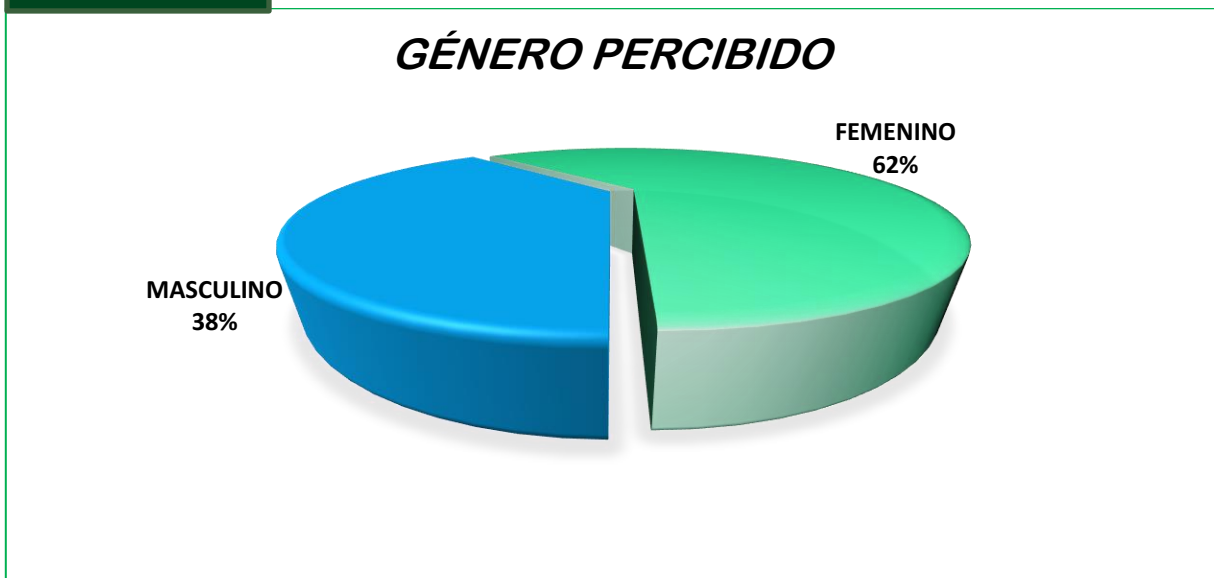
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 30



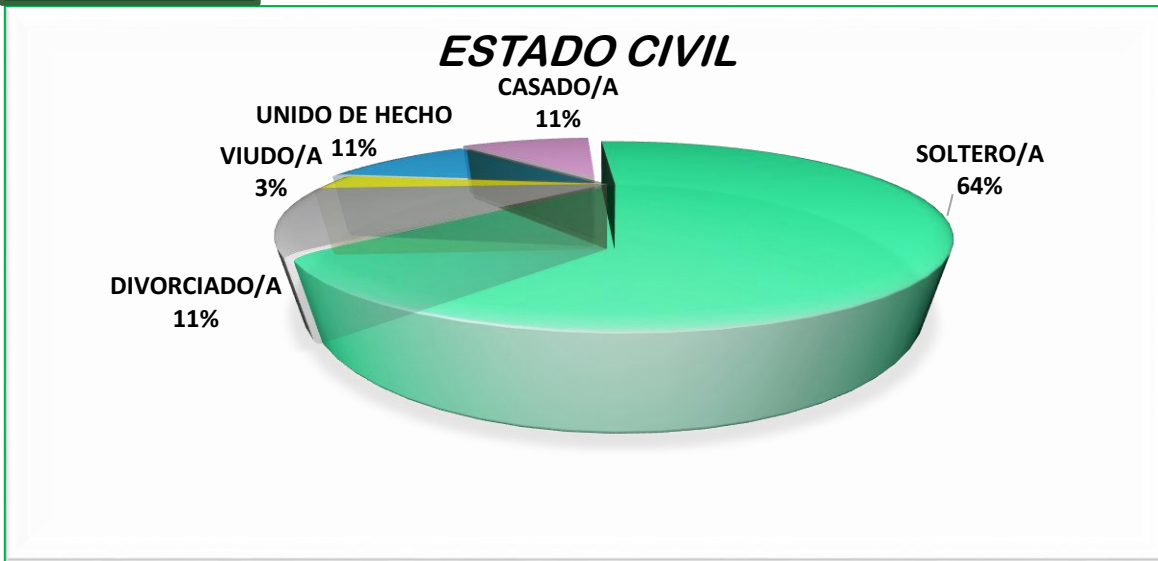
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 31



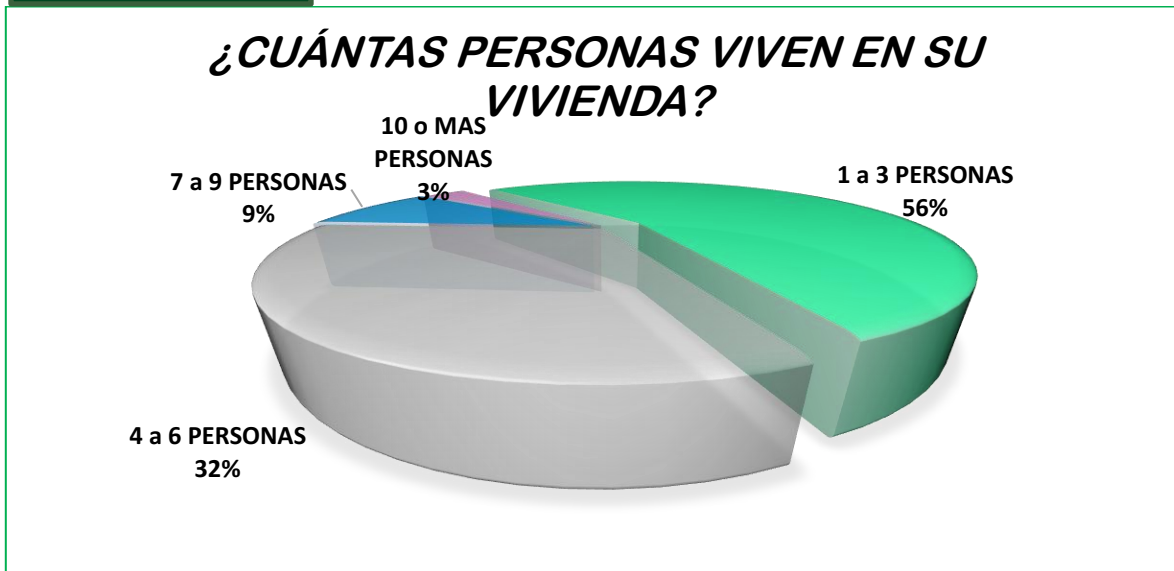
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 32



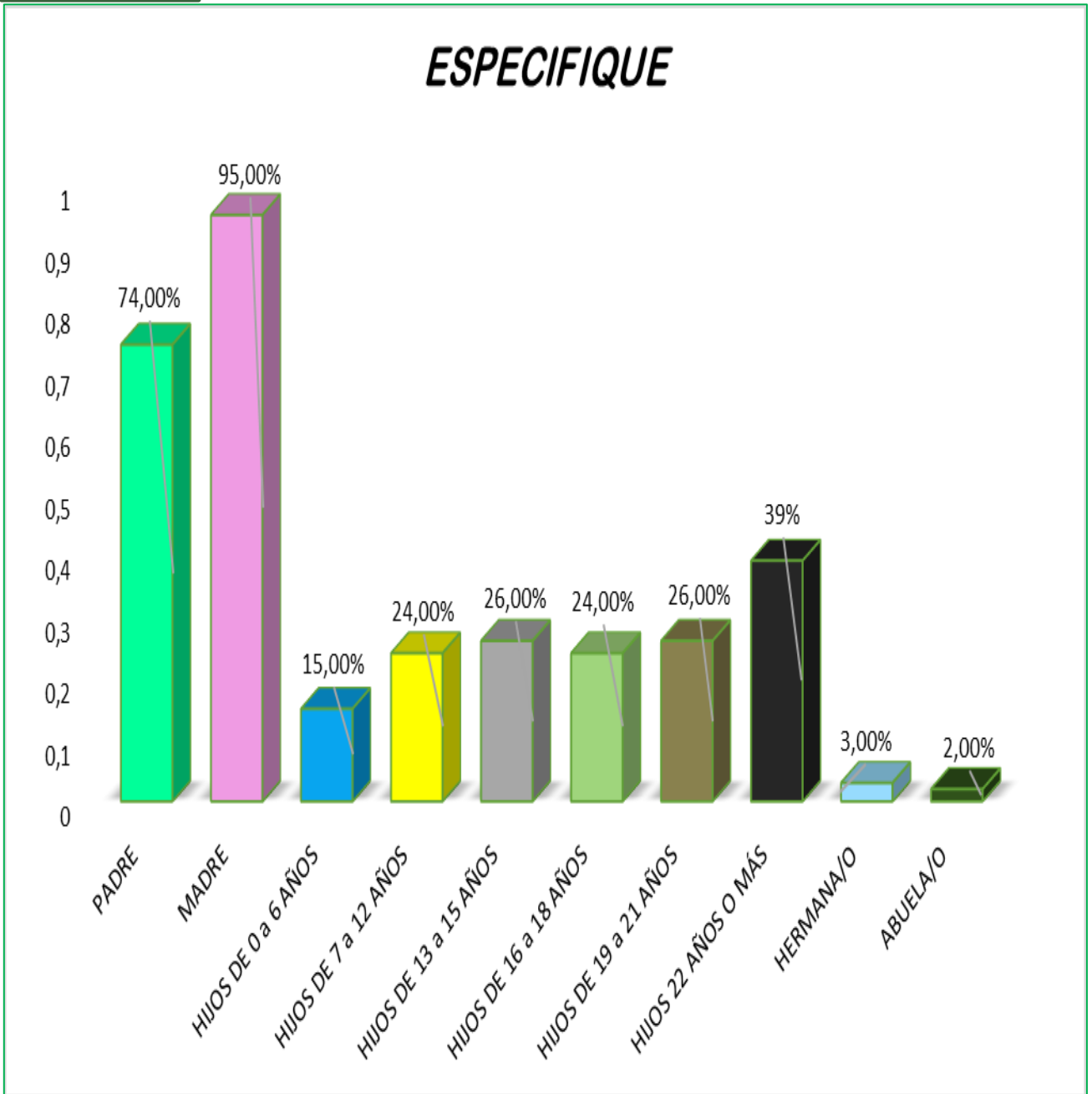
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 33



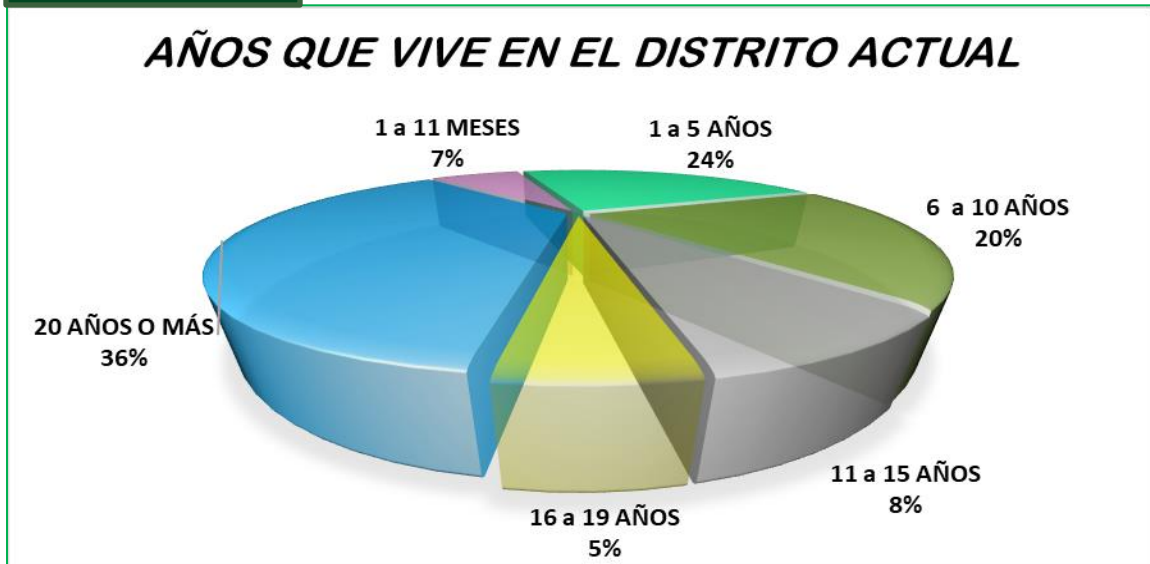
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 34



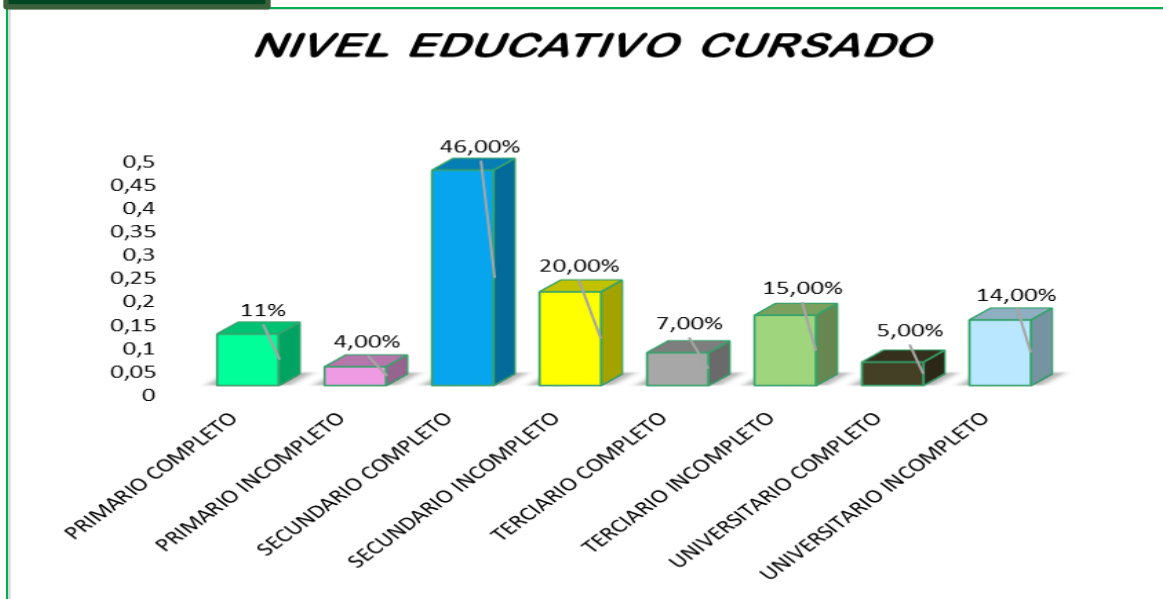
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 35



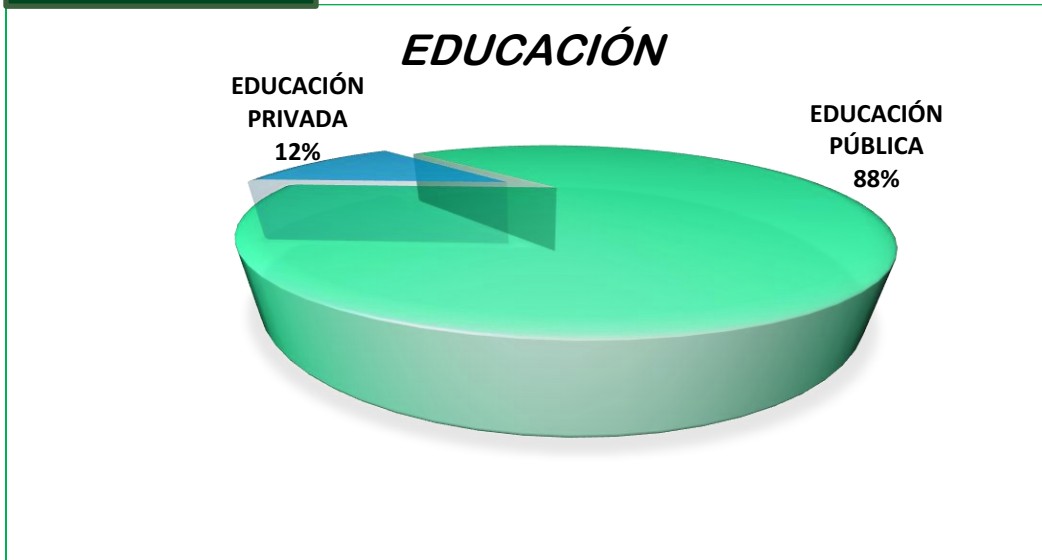
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 36



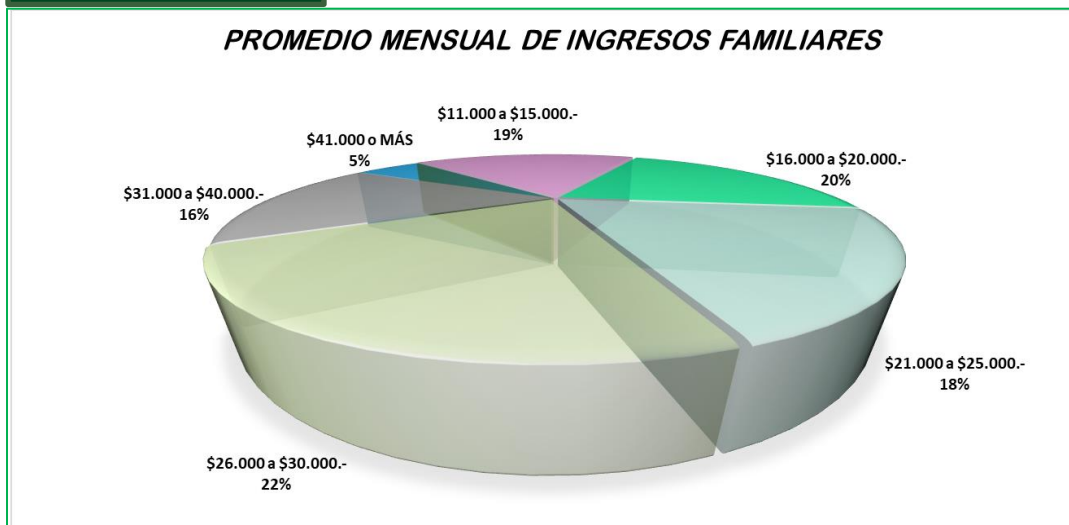
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 37



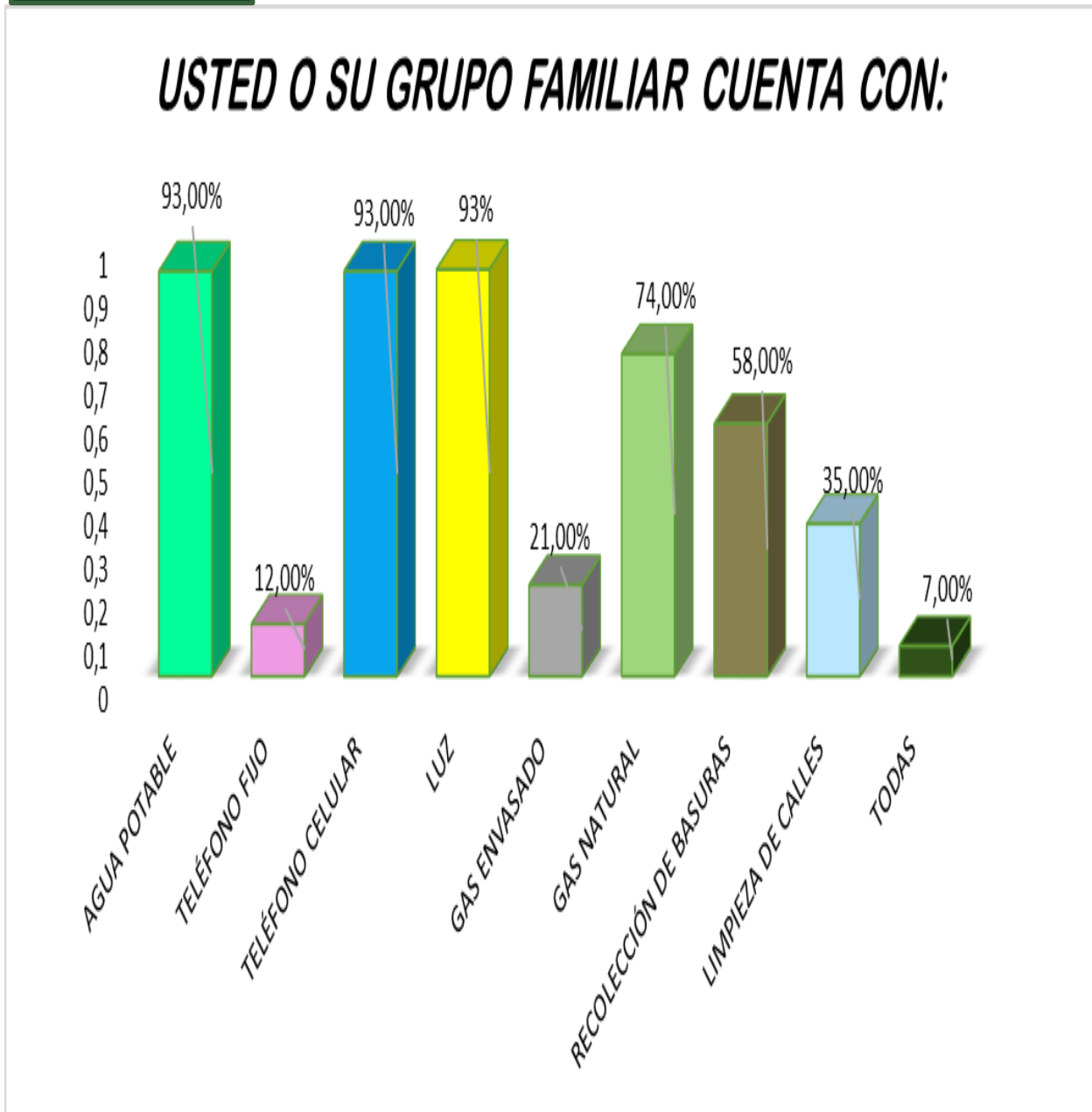
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 38



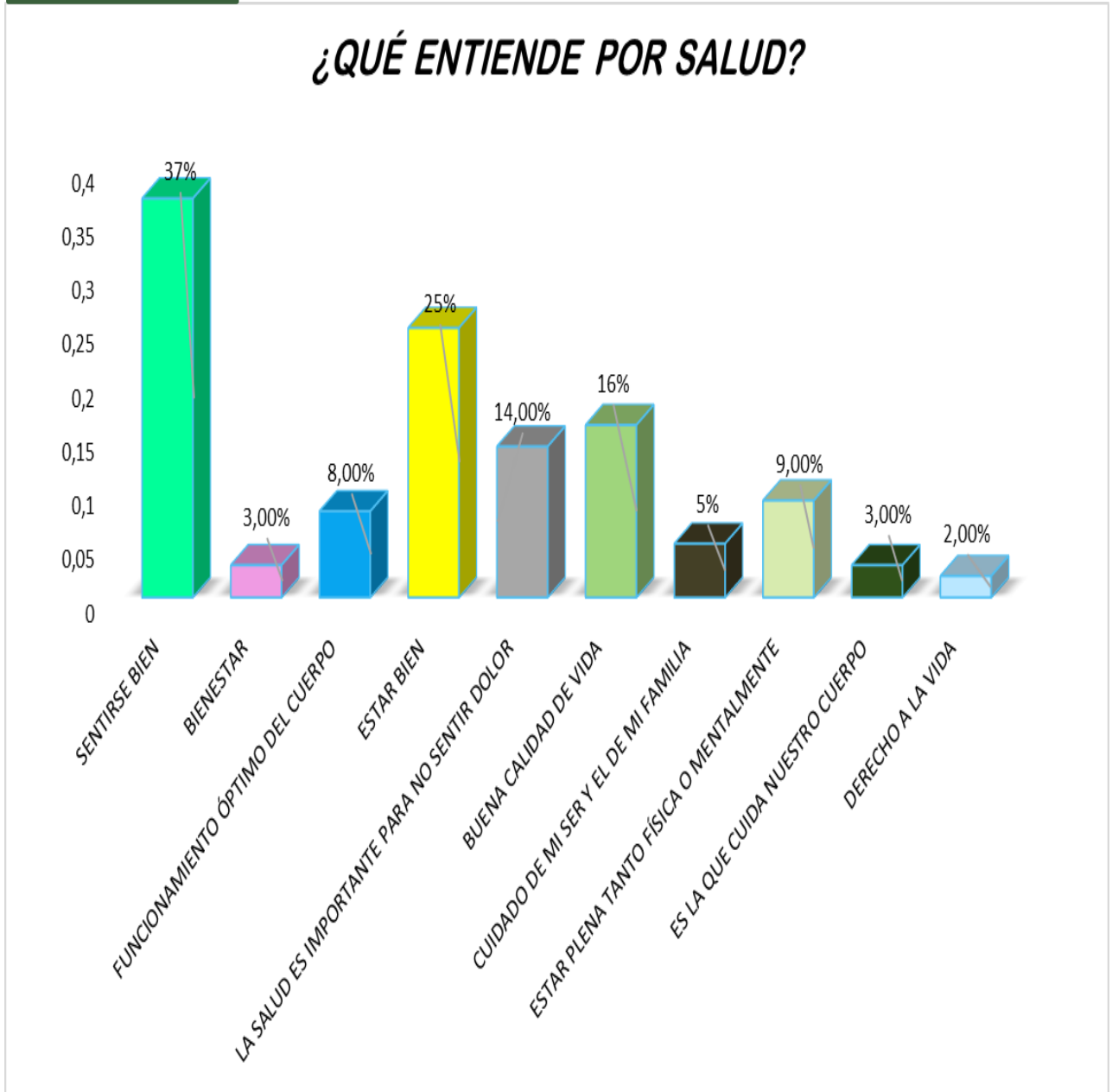
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 39



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

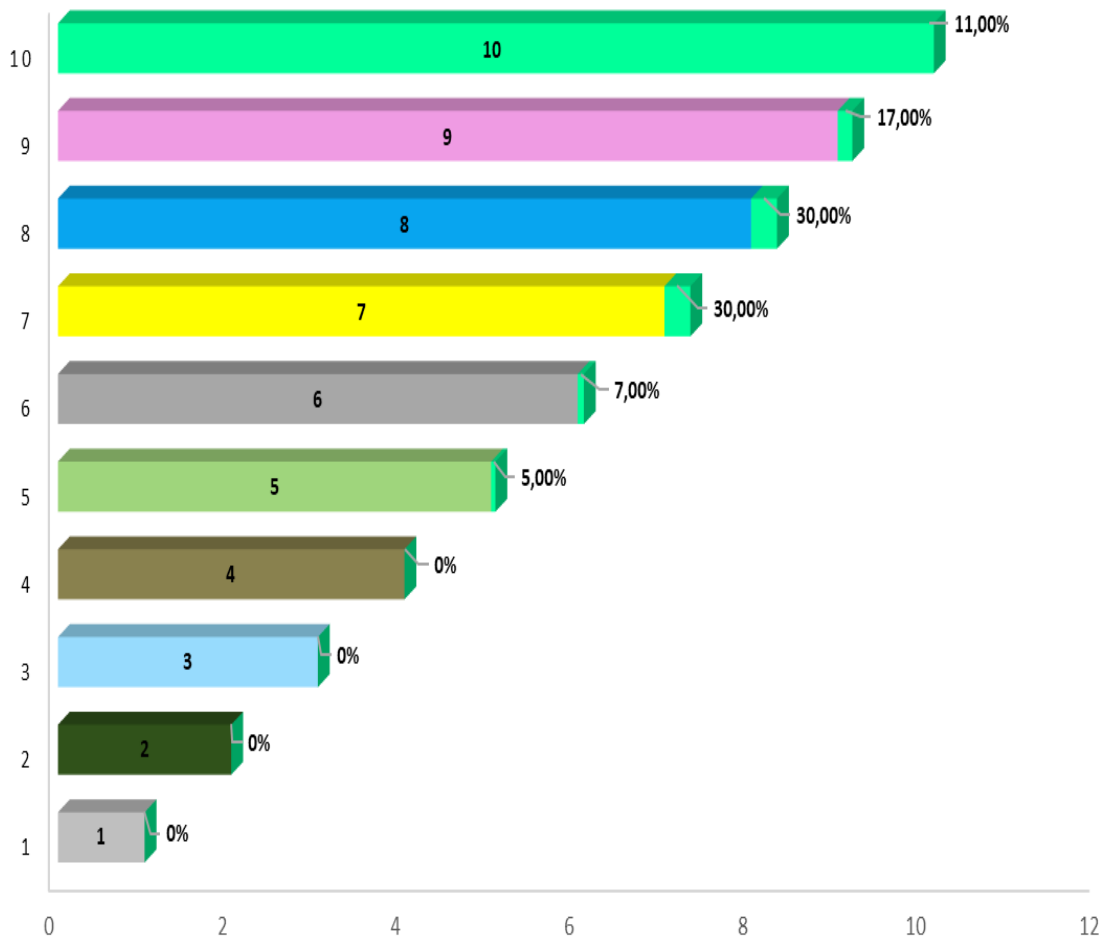
FIGURA 40



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 41

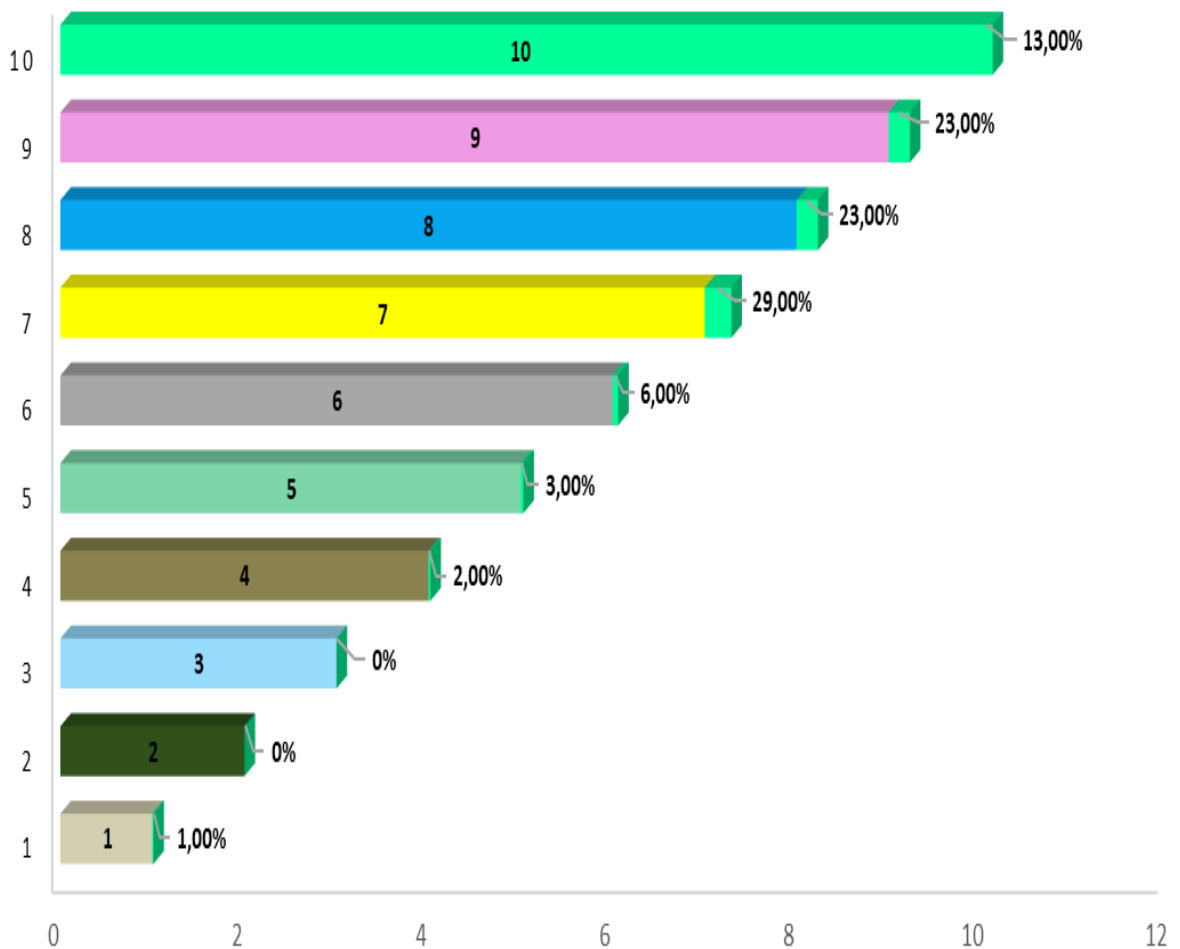
¿EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10 USTED DIRÍA QUE SU SALUD ES: (CONSIDERANDO 1 MALO/10 MUY BUENO)



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

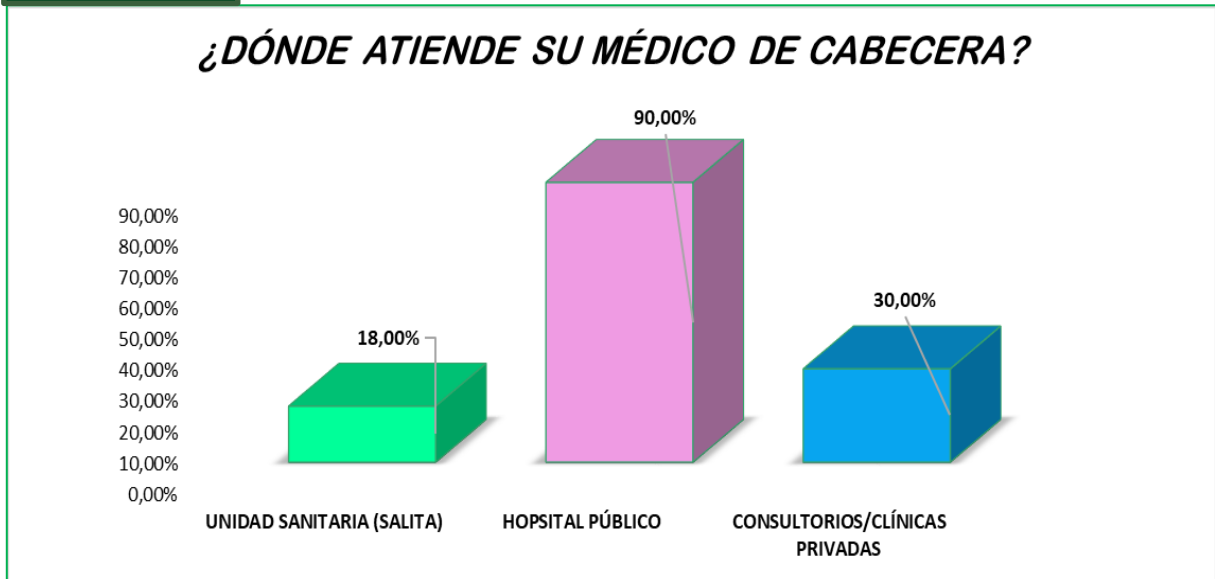
FIGURA 42

**¿CÓMO ENCUENTRA USTED SU SALUD
ACTUALMENTE COMPARADA A UN AÑO
ATRÁS? (CONSIDERANDO 1 MALO/10 MUY
BUENO)**



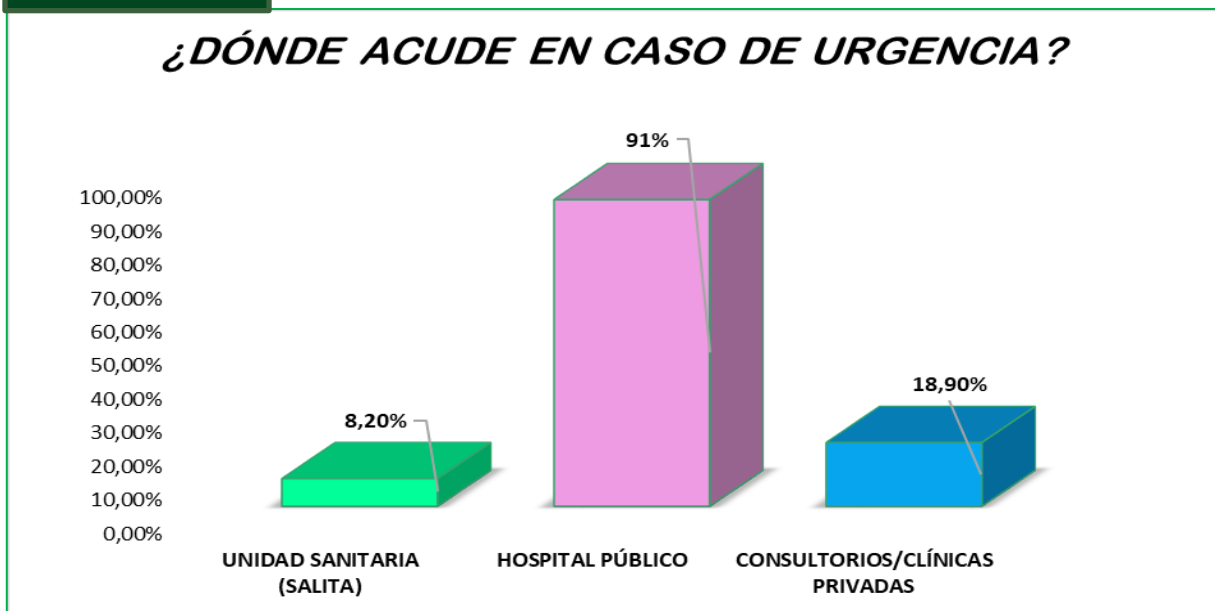
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 43



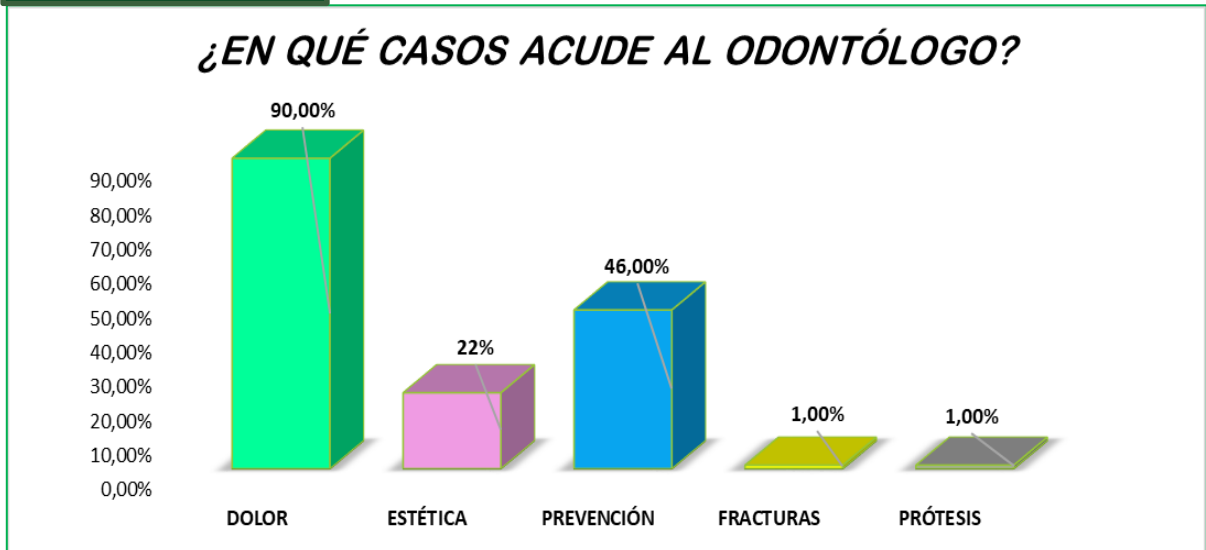
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 44



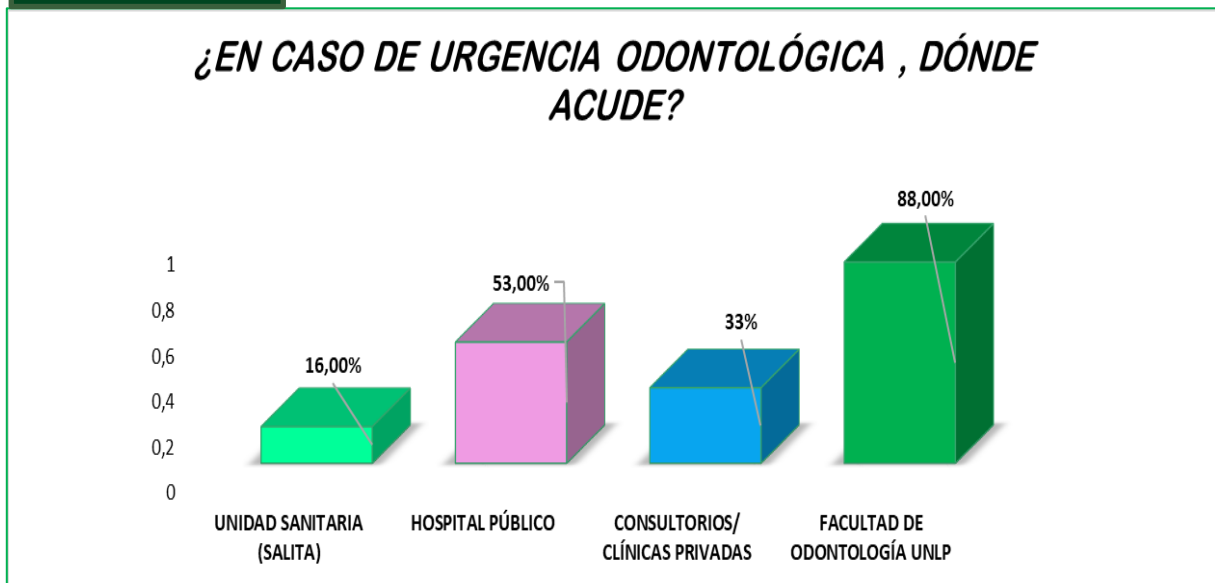
Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 45



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

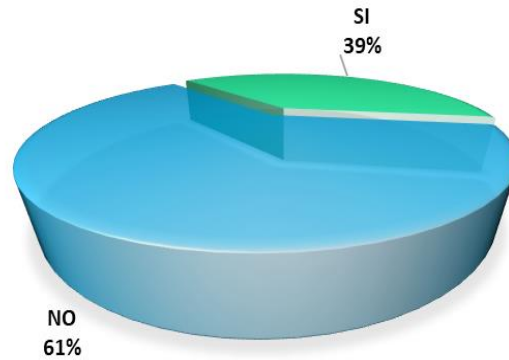
FIGURA 46



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 47

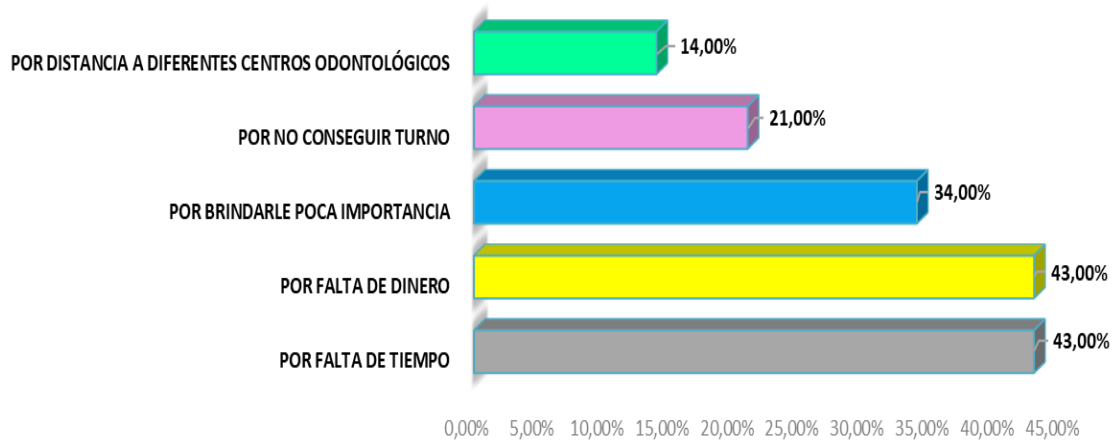
¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONSULTÓ A SU ODONTÓLOGO?



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 48

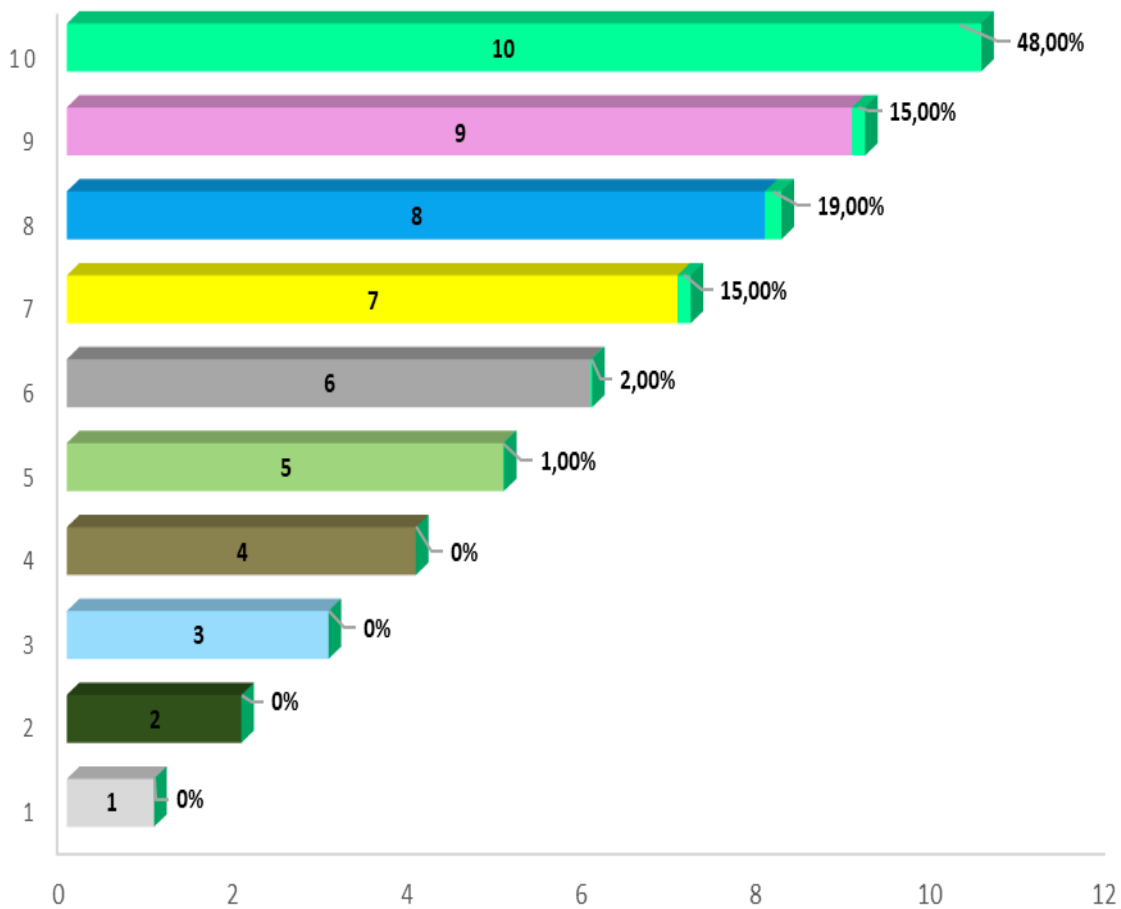
¿POR QUÉ NO CONSULTÓ?



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

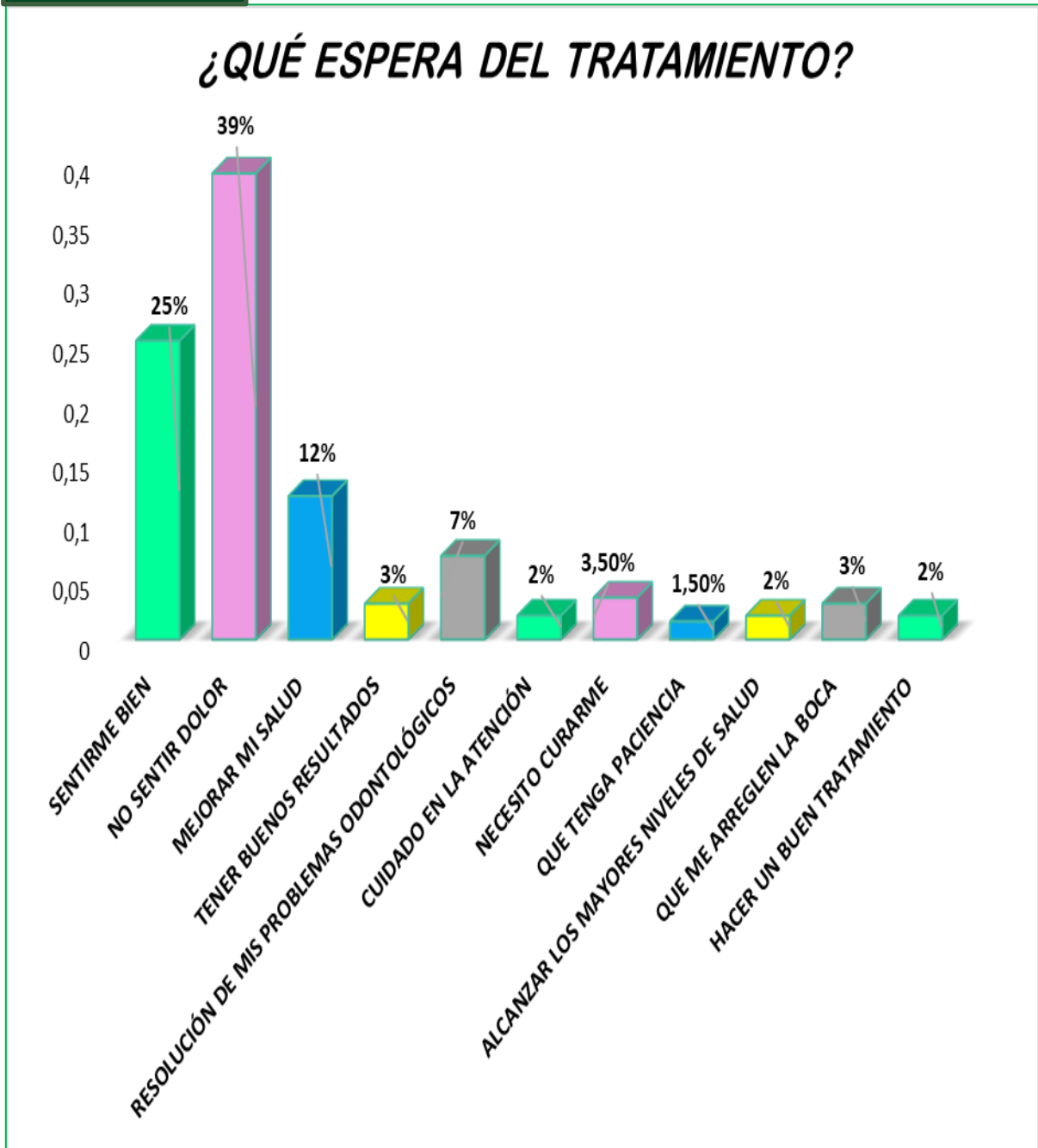
FIGURA 49

**PARA USTED QUE IMPORTANTE ES LA VISITA AL ODONTÓLOGO.
(CONSIDERANDO 1 MALO/10 MUY BUENO)**



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

FIGURA 50



Nota: Porcentajes de las respuestas brindadas por la comunidad.

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Discusión



Facultad de
ODONTOLOGÍA
Hospital Odontológico



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

DISCUSIÓN.

Según pensaba González Perez el concepto *calidad de vida* que es utilizado en relación con la *salud*, la *justicia* y la *ética*, ha sido constituido teniendo en cuenta las participaciones de diversas disciplinas de contenidos muy diferentes. Partiendo de esta base, podemos resaltar que la utilización del concepto calidad de vida permitirá valorar las condiciones de vida de las personas y comunidades, para poder evaluar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente más adecuadas para poder así acercarnos continuamente a una existencia digna, saludable, con equidad, moral y feliz. El concepto de *calidad de vida en salud y enfermedad* no es muy distinto que la anterior, ya que el desarrollo del conocimiento moderna presiona cada vez más para que se amplíe el concepto de salud en orientación al bienestar y a la felicidad. Se debe tener en cuenta las decisiones y los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida con libertad, equidad, moral y felicidad.

Acordamos que el concepto *calidad de vida* es una categoría que se puede desglosar en niveles hasta llegar a su expresión única en el individuo, esto es posible porque la calidad de vida no se mide, sino se valora a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual. Para Obermeyer la percepción individual previamente educada es considerada importante.

Sabemos que el nivel de vida, la falta de información y la higiene, son componentes de la calidad de vida relacionados con las enfermedades infectocontagiosas, por esta razón es muy importante reforzar la prevención, promoción y lograr multiplicadores de la salud.

En una temática de este tipo no podemos dejar de recordar que: “La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la APS, desde antes de 1978, fecha en

la que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos”. Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado drásticamente. El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población”, concepto compartido ya desde el año 2007.

La sostenibilidad del sistema de salud reivindica de planificación estratégica y compromiso a largo plazo. Un sistema de salud basado en la APS debiera suponer como el vehículo principal para invertir en la salud de la población, ya sea mediante una atención integral, integrada y continua, como señala la OPS/OMS.

Nos resulta importante que los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, que incluya la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, enfatizando además el autocuidado.

Hacemos hincapié en que si bien los principales trastornos de salud bucal son: caries dental, enfermedades gingivales y periodontales, no debemos olvidar las patologías de tejidos blandos, de tejidos duros, de las glándulas salivales, las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas. Recalamos la importancia del diagnóstico precoz y el manejo oportuno de los desórdenes potencialmente malignos y el cáncer bucal.

Acordamos con WHO en que los trastornos de Salud Bucal son prevenibles en gran medida. La mayoría de las enfermedades y trastornos bucodentales comparten factores de riesgo modificables (como el consumo de tabaco y alcohol y las dietas ricas con un alto consumo de azúcares) comunes a las cuatro principales enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes).

Es importante seguir los lineamientos del año 2020 por WHO sobre que para reducir los trastornos de salud bucodental se requiere una reforma de los sistemas de salud bucodental con el fin de prestar más atención a la prevención y a los tratamientos menores, y descartar los tratamientos dentales invasivos.

La OMS ha definido estrategias fundamentales para mejorar la salud bucodental, centrándose en las poblaciones marginadas y de bajos recursos o con más limitaciones para acceder a la atención bucodental. Entre dichas estrategias se incluyen el fortalecimiento de la prevención costo eficaz para el conjunto de la población y la atención primaria de salud centrada en el paciente, como señala WHO.

Peres refiere que las enfermedades bucodentales afectan de forma desproporcionada a los actores de menor recurso económico y socialmente desfavorecidos de la casta. Existe una relación muy fuerte entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) además de la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales.

A pesar de la cantidad de odontólogos en la muestra tomada en la Ciudad de La Plata, los problemas prevalentes de salud siguen siendo caries dental y enfermedad periodontal.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, vale señalar que el 100% realiza prácticas preventivas y esto es producto de la enseñanza y aprendizaje en el camino de grado donde es relevante ya que la Institución se destaca por tener un Educación extensionista y trabajos de extramuros con visión en la Prevención. Podemos mencionar a la asignatura Odontología Preventiva y Social que todos realizamos durante nuestra formación de grado, la cual presenta la premisa de participar en la planificación, ejecución y evaluación de programas estratégicos de salud que generan mayores niveles de bienestar en la población e identificar las necesidades de la comunidad en materia de rehabilitación de los problemas bucales, desarrollando conciencia social, humanística y sanitaria respecto a las acciones.

Esto hace referencia donde la OMS afirma “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Donde el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

En el ámbito Latinoamericano los indicadores revelan la existencia de patologías bucales.

Es importante encarar medidas que modifiquen la salud bucal de la población. De allí la importancia de indagar y reflexionar con una visión inclusiva y con acceso a la salud en las diferentes comunidades.

Edmundo Granado refiere la necesidad de transformaciones y compromiso en el cuidado de las enfermedades bucales. Siempre debe ponerse en sinergia con el grupo social al que pertenecen los individuos.

La odontología tiene la responsabilidad que implica diferentes actores comunitarios académicos y políticos. Son protagónicos en los procesos los profesionales odontólogos.

La odontología debe participar de planes para dar respuestas a las necesidades en salud bucal en un país como el nuestro, considerado octavo en el mundo por superficie, no perdiendo de vista que la salud es un derecho constitucional.

Sostenemos la importancia de la formulación, ejecución y evaluación de planificaciones. De allí que puntualizamos la importancia de levantar datos que caracterizan a las diferentes comunidades respecto a factores culturales, socioeconómicos y políticos.

Es importante el papel de las Universidades, Hospitales Universitarios y Públicos.

Reiteramos que el odontólogo ejerce un rol protagónico en dar respuestas en materia de salud bucal. Juegan aquí, un papel preponderante las instituciones formadoras de recursos humanos de calidad, capacitados en todas las disciplinas

que hacen el quehacer odontológico y a la producción de investigaciones requeridas por los avances científicos que caracterizan a la ciencia odontológica.

Merecen suma atención las poblaciones de mayor vulnerabilidad a las que deben brindarse accesibilidad a los servicios.

Nuestra encuesta revela, en la muestra indagada, el trabajo de los odontólogos para obras sociales para satisfacer necesidades y demandas en materia de salud bucal. Todos los sectores deben integrarse para brindar cobertura.

Los Consultorios Privados, los Hospitales Públicos y los Universitarios tienen responsabilidad en instaurar cambios en salud bucal basados en los indicadores socio-epidemiológicos. Es fundamental monitorear factores que inciden en la salud bucal. En este punto se tienen dos parámetros:

- a. Individuos con necesidades en salud bucal y
- b. Profesionales aptos para solucionar sus demandas.

Constituye un ejemplo el área estudiada en esta exploración (en una comunidad con necesidades básicas satisfechas) construida según censo 2010 por habitantes y 296 profesionales odontólogos, lo que arroja una relación de 787.294 habitantes. Estos datos concuerdan con los de González y Rivas en lo referente a la mayor concentración de profesionales en zonas urbanas que en las rurales.

Según Gonzales y Rivas la formación de posgrado es fundamental para la calidad de profesionales, sobretodo en prevención, habilidades, capacidad de comunicación y trabajo en equipo.

Es fortalecedor que la encuesta haya revelado que el 91% de los encuestados realizó o realiza instancias diversas de post graduación.

Asegurar la APS genera equidad. La población debe tener acceso a la atención. Solo esto es escaso para evitar inequidades en el sistema de salud. Se debe tener presente en este ítem como y para qué se forman los profesionales en odontología.

Importan aquí las estrategias educativas, los valores, las perspectivas, los modelos, la calidad; entre otras cuestiones; sin dejar de lado la intelectualidad y la emocionalidad.

No podemos ignorar que a partir de las nuevas tecnologías se visualizan nuevas necesidades para la población.

Recordemos que la Organización Mundial de la Salud ha considerado siempre dar respuestas a las necesidades.

En los años 90, Maupomé refiere que es esencial la educación y formación de profesionales idóneos. Nosotros opinamos que el profesional juega un rol esencial que motiva todos los esfuerzos de la institución formadora de recursos humanos.

En cuanto a las patologías, la caries dental en nuestro estudio (como en otras regiones) ocupa el primer lugar.

Pero no solo debe pensarse en la caries dental, sino tener en cuenta que las patologías estomatológicas constituyen un problema de salud pública.

Acordamos con Anderson y otros autores en la importancia que tienen los criterios de diagnóstico.

Stamm opina que todas las enfermedades bucales merecen atención.

Nuestros resultados indicaron un listado de patologías diagnosticadas: caries dental, enfermedad gingival y periodontal, diversidad funcional. En menor proporción patologías de tejidos blandos, maxilares y glándulas salivales que constituyen un universo muy importante que recorre desde situaciones vanales hasta desórdenes potencialmente malignos y cáncer.

Pero, debe hacerse hincapié en todas las enfermedades bucales. Para ello, insistimos que se debe continuamente estudiar datos con objetividad, participación de la comunidad, temporalidad, situaciones, pronóstico, etc.

Otra cuestión lo constituye el diagnóstico precoz para evitar agravamientos y el “dolor” que, en nuestro caso, como en otros como refiere Rodríguez, Robles y Ortega, es el motivo número 1 (uno) de la consulta odontológica. A esta última concurren más las mujeres que otros géneros percibidos dato también compartido con Recalde Manrique.

Para sintetizar, debemos pensar que las competencias que responden los odontólogos parten de las existencias de los pacientes atendidos. La formación debe profundizarse a través del desarrollo de modelos de educación odontológica adecuados.

Debe mantenerse o recuperar la salud bucal. Joukar, Rabiei refieren los efectos negativos en la masticación, deglución y otros. Nosotros agregamos incluso patologías que comprometen la vida.

Todo relevamiento es importante, aun respecto a patologías de frecuencia relativa. También, recordamos que al cumplirse 40 años de Alma – Ata se elaboraron recomendaciones a partir de una Comisión de Alto Nivel denominada “Salud Universal”: en el siglo XXI, 40 años de Alma – Ata. Las recomendaciones apuntan al desarrollo sostenible. Sostenemos la generación de participación social implementando formatos de extensión universitaria; promover los recursos tecnológicos; motivar la investigación; monitorear las necesidades en sus diferentes contextos y valorar a los recursos humanos como sujetos protagonistas fundamentales para la convalidación de modelos de atención.

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia



Conclusiones

Conclusiones.

- Una función sustantiva de las Instituciones formadoras de recursos humanos en Odontología es la vinculación con la Comunidad.
- Los relevamientos de datos en una determinada población cumplen un rol fundamental en la planificación de programas de intervención para cumplimentar las demandas en Salud Bucal de la Comunidad.
- En las demandas de necesidades surgen las principales causas de morbilidad.
- Según los resultados de la muestra estudiada los adultos son los que más demandan atención odontológica. Esto hace pensar en la necesidad de facilitar, motivar el acceso a una atención odontológica a los adolescentes.
- La satisfacción en el área de la Salud Bucal está dada por factores que incluyen dos actores: el Profesional Odontólogo y del propio paciente.
- En el segundo nivel de atención la demanda es mayor en el género femenino.
- Es reiterativo como la falta de prevención tiene relación directa con una deficiencia en la calidad de higiene relacionada con la presencia de Placa Bacteriana.
- En base a una población de 787.294 habitantes en la zona urbana de la ciudad de La Plata, la relación es de 1 (un) profesional por 572 habitantes. Por ende, es significativa la relación paciente/odontólogo para atender las necesidades de Salud Bucal.
- El 98 % de los profesionales de la muestra analizada ejerce en forma independiente. Pero se indica que los lugares de atención más requeridos son los Hospitales Públicos, Unidades Sanitarias y Hospitales Universitarios.
- El 91% de los consultados realiza formación de posgrado. Se demuestra lo positivo de las ofertas en posgrado como parte del perfeccionamiento

profesional que permitan mantener un calificado y actualizado nivel para atender las demandas.

- El análisis de las necesidades de Salud Bucal permite evaluar el impacto en una población determinada. De allí que los resultados son diferentes según el contexto de la muestra analizada.

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia

Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Agudelo A., Martinez A. (2008). La participación social como referente estratégico para el fortalecimiento de la salud bucal en las políticas nacionales de salud pública. Revista CES Odontología Vol. 21 - No. 1. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=54341>
- 2- Alonso M., Antoniazzi J. (2010). Libro del proyecto latinoamericano de convergencia en Educación Odontológica. Sao Paulo, Brasil: Artes Médicas Ltda. <https://biblioteca.univap.br/dados/00003a/00003acc.pdf>
- 3- Alves, F. N., de Andrade, C. L., & Vettore, M. V. (2015). Planning oral health care using the sociodental approach and the index of family living conditions: a cross-sectional study in Brazilian adolescents. BMC research notes, 8, 588. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1564-3>
- 4- Anderson, R. J. (1982). The reduction of dental caries prevalence in English schoolchildren. J Dent Res, 1311-6
- 5- Antioquia, F. M. (2010). Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. 1-214. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/An%C3%A1lisis%20de%20la%20Situaci%C3%B3n%20de%20salud%20en%20Colombia,%202002-2007.%20Correcciones%20a%20gr%C3%A1ficas%20y%20tablas.%20Tomomo%20IV.pdf>

- 6- Beaglehole, R. H., & Beaglehole, R. (2019). Promoting radical action for global oral health: integration or independence?. *Lancet* (London, England), 394(10194), 196–198.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31610-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31610-1)
- 7- Bloom David, Canning David & Jamison Dean. (2004). La salud y la riqueza de las naciones. 1207-09.
<https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2004/03/pdf/bloom.pdf>
- 8- Borisch, B., Lomazzi, M., Moore, M., & Krech, R. (2018). Update on the Global Charter for the Public's Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(6), 439–440.
<https://doi.org/10.2471/BLT.17.198820>
- 9- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004). Guía de trastornos alimenticios. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- 10- Cohen-Carneiro, F., Souza-Santos, R., & Rebelo, M. A. (2011). Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciencia & saude coletiva*, 16 Suppl 1, 1007–1015.
<https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000700033>
- 11- Consiglio Ezequiel. (2008). Pobreza, salud y educación, Economía, Gestión y Desarrollo 005180, Universidad Javeriana - Cali.
<https://ideas.repec.org/p/col/000097/005180.html>

- 12- da Silva, R. P., Assaf, A. V., Mialhe, F. L., Mendes, K., Meneghim, M. C., & Pereira, A. C. (2020). Dental caries diagnostic thresholds: Which one? Why? When?. *International journal of public health*, 65(3), 371–374.
<https://doi.org/10.1007/s00038-020-01332-3>
- 13- Díaz-Bermúdez XP, Bueno F, Sánchez Otero LF, Auer AJ. (2016). Determinantes sociales de la salud y convergencias en agendas de salud de organismos regionales de América del Sur. *Rev Panam Salud Publica*. 40(5):325-31.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31372>
- 14- Downer M. (1982). Secular changes in caries dental experience in Scotland. *J Dent Res*, 1336-9.
- 15- Dueñas Becerra, Jesús. (1999). Educación para la salud: bases psicopedagógicas*. *Educación Médica Superior*, 13(1), 92-98. Recuperado en 20 de agosto de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411999000100012&lng=es&tlng=es
- 16- Fejerskov O. (1997). Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol*. Feb;25 (1):5-12. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00894.x. PMID: 9088687.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9088687/>
- 17- Frenk, J. (1988). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Pública De México*, 30(2), 246 -254.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/197>
- 18- González Pérez, Ubaldo. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana*

de Salud Pública, 28(2), 157-175. Recuperado en 20 de agosto de 2021,
de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es&tlng=es)

- 19- Horton, R. (2013). Offline: four principles of social medicine. 382:192.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61573-1/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61573-1/fulltext#articleInformation)
- 20- INDEC. (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina.
<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- 21- Kearns, C. E., & Bero, L. A. (2019). Conflicts of interest between the sugary food and beverage industry and dental research organisations: time for reform. *Lancet* (London, England), 394(10194), 194–196.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31277-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31277-2)
- 22- Lee, H., Lomazzi, M., Lee, A., & Bedi, R. (2018). Global oral health in the framework of the Global Charter for the Public's Health. *Journal of public health policy*, 39(2), 245–253.
<https://doi.org/10.1057/s41271-018-0121-4>
- 23- Luengas Aguirre, M. (2004). Tendencias en la formación de odontólogos en la Universidad pública en México, en el contexto de la globalización 1989-2003. Una lectura ética. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México.
http://132.248.9.41:8880/jspui/handle/DGB_UNAM/TES01000600325

- 24- Ly, M., Abeles, S. R., Boehm, T. K., Robles-Sikisaka, R., Naidu, M., Santiago-Rodriguez, T., & Pride, D. T. (2014). Altered oral viral ecology in association with periodontal disease. *mBio*, 5(3), e01133-14. <https://doi.org/10.1128/mBio.01133-14>
- 25- Manji, F., & Fejerskov, O. (1990). Dental Caries in Developing Countries in Relation to the Appropriate Use of Fluoride. *Journal of Dental Research*, 69(2_suppl), 733–741. <https://doi.org/10.1177/00220345900690S143>
- 26- Manrique, J. M. (2008). Epidemiología del dolor. In C. E. Dolor, Farmacoterapia para el control del dolor: Pautas de uso. Reunión de expertos. (pp. 13-18). Fundación Grünenthal. Universidad de Salamanca. https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/reunion_expertos_2008.pdf
- 27- Mansour Ghanaei, F., Joukar, F., Rabiei, M., Dadashzadeh, A. y Kord Valeshabad, A. (2013). Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en una población adulta iraní. *Revista médica de la Media Luna Roja Iraní*, 15 (7), 600–604. <https://doi.org/10.5812/ircmj.4608>
- 28- Marchena Rodriguez, Osorio Robles & Fernandez Ortega (2014). Etiología del dolor Orofacial. Revisión sistemática. *Revista Europea de Odontoestomatología*. <http://www.redoe.com/ver.php?id=147>
- 29- Marsh PD. (2018). In *Sickness and in Health-What Does the Oral Microbiome Mean to Us? An Ecological Perspective*. *Adv Dent Res*.

Feb;29(1):60-65. doi: 10.1177/0022034517735295. PMID: 29355410.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29355410/>

- 30- Maupomé, Gerardo (2000). Preparación de los dentistas de mañana, de acuerdo con las necesidades de hoy. *Salud Pública de México*, 42(3), .[fecha de Consulta 21 de Agosto de 2021]. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642304>
- 31- Maupomé, Gerardo y Díez, Javier y López, Rubén (1997). La educación dental en un momento crítico. Consideraciones generales en el entorno profesional de América del Norte. *Salud Pública de México*, 39 (6), 554-564. [Fecha de Consulta 21 de agosto de 2021]. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639609>
- 32- Mejía. (1997). *Políticas Internacionales en Salud. Fundamentos de Salud Pública*. Medellín.
- 33- Molarius A., et al. (2007). Condiciones socioeconómicas, factores de estilo de vida y salud autoevaluada entre hombres y mujeres en Suecia, *European Journal of Public Health* , Volumen 17, Número 2, páginas 125–133.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl070>
- 34- Montero Bravo, A., Úbeda Martín, N., & García González, A.. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473. Recuperado en 21 de agosto de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000700004&lng=es&tlng=es.

- 35- Moss M., Domenick T. Zero. (2021) Fluoride and Caries Prevention, Editor(s): Ana Karina Mascarenhas, Christopher Okunseri, Bruce A. Dye, Burt and Eklund's Dentistry, Dental Practice, and the Community, W.B. Pages 277-295, ISBN 9780323554848, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323554848000253>
- 36- Nadanovsky, P., & Sheiham, A. (1995). Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community dentistry and oral epidemiology*, 23(6), 331–339. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1995.tb00258.x>
- 37- Nyvad B, Takahashi N. (2020). Integrated hypothesis of dental caries and periodontal diseases. *J Oral Microbiol.* Jan 7;12(1):1710953. doi: 10.1080/20002297.2019.1710953. PMID: 32002131; PMCID: PMC6968559. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32002131/>
- 38- Obermeyer. (1999). The culture context of reproductive health: Implications for monitoring. *The Cairo Agenda. Rev. Intern. Fam. Plann. Persp.*, Vol. 25. Supplement. Jan. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/25s5099.pdf>
- 39- OMS. (2011). Preguntas más frecuentes. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

- 40- OPS. (2000). Funciones esenciales de la Salud Pública. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
- 41- OPS. (2017). La Atención de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- 42- OPS. (2019). Organización Panamericana de la Salud. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>
- 43- OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC, OPS.: Organización Mundial de la Salud.
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- 44- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. Ottawa (Ontario) Canadá.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- 45- Organización Mundial de la Salud. (2011). Declaración política de la reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el

control de las enfermedades no transmisibles.

<https://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>

- 46- Organización Panamericana de la Salud. (2019). “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>
- 47- PAHO. (1993). Organización Sanitaria Panamericana, oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Organización Panamericana de la Salud, HSD/SILOS-22. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39363>
- 48- Peres, M. A., Macpherson, L., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* (London, England), 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- 49- Pitts, N. B., & Stamm, J. W. (2004). International Consensus Workshop on Caries Clinical Trials (ICW-CCT)--final consensus statements: agreeing where the evidence leads. *Journal of dental research*, 83 Spec No C, C125–C128. <https://doi.org/10.1177/154405910408301s27>
- 50- Rivas, M. G. y. (2019). La salud bucal en la República Argentina. Análisis del sector. *Universitas Odontologica*, 38(80). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25627>

- 51- Rosier BT, Marsh PD & Mira A. (2018). Resilience of the Oral Microbiota in Health: Mechanisms That Prevent Dysbiosis. *J Dent Res.* Apr;97(4):371-380. doi: 10.1177/0022034517742139. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29195050.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29195050/>
- 52- Samaranayake L, Matsubara VH. (2017) Normal Oral Flora and the Oral Ecosystem. *Dent Clin North Am.*; 61(2):199-215. doi: 10.1016/j.cden.2016.11.002. PMID: 28317562.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28317562/>
- 53- Sanz Alonso M, Antoniazzi, J. (2010). Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO). Congreso Internacinal de Odontologóa de San Paulo (PLACEO). Sao Paulo, Brasil: Editora Artes Médicas Ltda.
<https://biblioteca.univap.br/dados/00003a/00003acc.pdf>
- 54- Sheiham A. (1992). The role of the dental team in promoting dental health and general health through oral health. *Int Dent J.* 42 (4):223-8. PMID: 1399039.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1399039/>
- 55- Sheiham, A., Maizels, J. E., & Cushing, A. M. (1982). The concept of need in dental care. *International dental journal*, 32(3), 265–270.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6958655/>
- 56- Sigüenza, M. (2004). Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimnsional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana. Departamento de Psicobiología y Psicología Social. Universitat

de Valencia.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10182/moreno.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 57- Singh, A., Harford, J., Schuch, H. S., Watt, R. G., & Peres, M. A. (2016). Theoretical basis and explanation for the relationship between area-level social inequalities and population oral health outcomes - A scoping review. *SSM - population health*, 2, 451–462.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.06.001>
- 58- Singh, A., Peres, M. A., & Watt, R. G. (2019). The Relationship between Income and Oral Health: A Critical Review. *Journal of dental research*, 98(8), 853–860.
<https://doi.org/10.1177/0022034519849557>
- 59- Steele, J., Shen, J., Tsakos, G., Fuller, E., Morris, S., Watt, R., Guarnizo-Herreño, C., & Wildman, J. (2015). The Interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. *Journal of dental research*, 94(1), 19–26.
<https://doi.org/10.1177/0022034514553978>
- 60- Szaflarski. (2010). Gender, Self - reported health, and health - related lifestyles in Poland. *Health Care for Women International*, 207-227.
<https://doi.org/10.1080/073993301300357160>
- 61- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56 (2), 295 - 303.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736>
- 62- Téllez A. (2007). Atención Primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Departamento de Medicina Familiar Facultad de Medicina UC.

Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf>

- 63- Tobar, Federico (2013). Políticas de salud centradas en la familia y la comunidad. En Arroyo, Daniel (Organizador). Prioridad familias, p. 135. Buenos Aires: Fundación Konrad Adenauer. <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/146>
- 64- Torres-Quintana, María Angélica, & Romo O, Fernando. (2006). BIOÉTICA Y EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA. Acta bioethica, 12(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100010>
- 65- World Health Organization. (2005). World Health Organization. Commission on social determinants of health. World Health Organization. <https://books.google.com.ar/books?id=2XmAITQj6ksC&printsec=frontcover&dq=Commission+on+social+determinants+of+health.&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjzhafP6MLyAhXdI7kGHcl8ALwQ6AEwAHoECAcQAq#v=onepage&q=Commission%20on%20social%20determinants%20of%20health.&f=false>
- 66- World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>

- 67- World Health Organization. (2011). Closing the gap : policy into practice on social determinants of health : discussion paper. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44731>

- 68- World Health Organization. (2020). Salud Buco dental. World Health Organization.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

La Plata
Año 2021

Maestría en Educación Odontológica

“Análisis de la relación entre el número de odontólogos matriculados en el Distrito I y las necesidades de la comunidad”.

Postulante

Od. Gabriela Edith Tapia



ANEXOS

“ANÁLISIS DE LA RELACION DE LOS ODONTOLOGOS MATRICULADOS EN EL DISTRITO I Y LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD”

CUESTIONARIO PARA EGRESADOS.

1. Institución de Egreso:

2. Año de Ingreso:

3. Año de egreso:

4. Genero percibido

Femenino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

5. Edad:

6. Nacionalidad:

Argentino	
Extranjero	

7. Lugar de procedencia

La Plata	
Berisso	
Ensenada	
Gran Buenos Aires	
Capital Federal	
Provincia de Buenos Aires	
Extranjero	
Otras	

8. Lugar de residencia

La Plata	
Provincia de Buenos Aires	
Otras provincias	
Extranjero	

9. Ejerce la profesión

SI	
NO	

10. Si su respuesta es afirmativa indique forma de ejercicio

Independiente	
Relación de dependencia	
Ambas formas	
Otras actividades	
NS / NC	

11. ¿En qué año se matriculó?

--

12. ¿Dónde?

Nación	
Provincia	
Ambas	
NS / NC	

13. Si trabaja en forma independiente indique por qué modalidad

Obras Sociales	
Prepagas	
Por capitación	
Particular	
NS / NC	

14. Si trabaja en relación de dependencia indique su modalidad

Planta permanente	
Interino	
Contratado	
Otros (especifique)	
NS / NC	

15. Medios en el que desarrolla la profesión

Urbano	
Sub-urbano	
Rural	

16. ¿Cuánto tiempo llevó conseguir su primer empleo como profesional?

Menos de 6 meses	
------------------	--

Más de 6 meses	
Más de 12 meses	

17. ¿Pudo dedicarse exclusivamente al ejercicio de la profesión?

SI	
NO	

18. Indique el tiempo que dedica al ejercicio de la profesión

Completo	
Medio tiempo	
Otros (especifique)	
NS / NC	

19. ¿Ha realizado o se encuentra realizando formación de posgrado?

SI	
NO	

20. Realiza prácticas preventivas.

SI	
NO	

“ANÁLISIS DE LA RELACION DE LOS ODONTOLOGOS MATRICULADOS EN EL DISTRITO I Y LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD”

ENCUESTA A ODONTÓLOGOS PARA DETERMINAR LAS NECESIDADES.

1- Respecto a sexo cual predomina su consulta. (Marque con una X la correcta).

Femenino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

2- Edades de los pacientes que concurren a la consulta.

Niños	<input type="checkbox"/>
Adolescentes	<input type="checkbox"/>
Adultos Joven	<input type="checkbox"/>
Adultos	<input type="checkbox"/>
Adultos Mayores	<input type="checkbox"/>

3- ¿Qué patología usted diagnostica más frecuentemente?

Caries	<input type="checkbox"/>
Gingivitis	<input type="checkbox"/>
Periodontitis	<input type="checkbox"/>
Infecciones	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>
Anomalías dentarias	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la oclusión	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la ATM	<input type="checkbox"/>
Neuralgias	<input type="checkbox"/>
<u>Patologías de tejidos blandos</u>	
Lesiones pre-cancerosas	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>
Enfermedades ampollares	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

4- ¿Ha atendido pacientes con discapacidad? Indique cual / es.

5- Otros datos de interés a su criterio.

“ANALISIS DE LA RELACION DE LOS ODONTOLOGOS MATRICULADOS EN EL DISTRITO I Y LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD”

ENCUESTA DE NECESIDADES EN LA COMUNIDAD

1. Barrio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

2. Edad:

--

3. Género Percibido

Femenino	
Masculino	

4. Estado civil:

Casado/a	
Soltero/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	
Unido de hecho	
NS / NC	

5. ¿Cuántas personas viven en su vivienda?

Especifique:

Adultos	
Padre	
Madre	
Hijos	
Edad de los hijos	
0 – 6 años	
7 a 12 años	
13 - 15 años	
16 - 18 años	
19 - 21 años	
22 años o más	

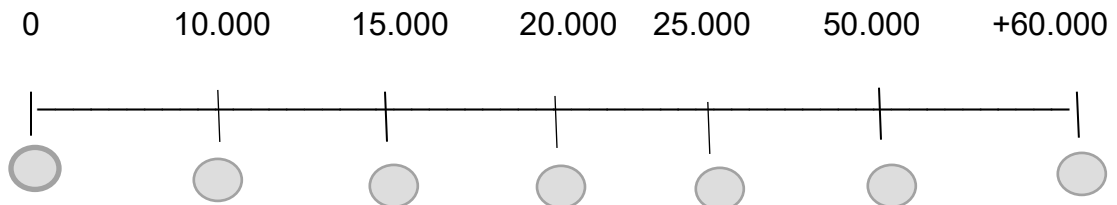
6. Años que vive en el Distrito actual:

7. Nivel educativo cursado:

Primario completo	
Educación Pública	
Educación Privada	
Primario incompleto	
Educación Pública	
Educación Privada	
Secundario completo	
Educación Pública	
Educación Privada	
Secundario Incompleto	
Educación Pública	
Educación Privada	
Terciario completo	
Educación Pública	
Educación Privada	
Terciario Incompleto	

Educación Pública	
Educación Privada	
Universitario completo	
Educación Pública	
Educación Privada	
Universitario Incompleto	
Educación Pública	
Educación Privada	

8. Promedio mensual de ingresos familiares:



9. Ud. o su grupo familiar cuenta con:

Agua potable	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Luz	
Gas envasado	
Gas natural	
Recolección de basuras	
Limpieza de calles	
Atención médica	
Unidad Sanitaria (Salita)	
Hospital Público	
Consultorios / Clínicas Privadas	

10. ¿Qué entiende por Salud?

11. En una escala del 1 al 10 usted diría que su salud es: (considerando 1 malo / 10 bueno).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

12. Cómo encuentra usted su Salud actual comparada a un año atrás. (considerando 1 malo / 10 bueno).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

13. ¿Dónde atiende su médico de cabecera?

Unidad Sanitaria (Salita)	
Hospital Público	
Consultorios / Clínicas Privadas	

14. ¿Dónde acude en caso de urgencia?

Unidad Sanitaria (Salita)	
Hospital Público	
Consultorios / Clínicas Privadas	

15. ¿En qué casos acude al odontólogo?

Dolor	
Estética	
Prevención	
Otras (Indique cual/es)	

16. ¿En caso de urgencia odontológica, dónde acude?

Unidad Sanitaria (Salita)	
Hospital Público	
Consultorios / Clínicas Privadas	
Facultad de Odontología. UNLP	

17. En los últimos 30 días consultó a su odontólogo

SI	
NO	

18. ¿Por qué no consulto?

- Por falta de tiempo.
- Por falta de dinero.
- Por brindarle poca importancia.
- Por no conseguir turno.
- Por distancia a diferentes centros odontológicos.
- Otras

19. Calificación de importancia de la visita del odontólogo. (Considerando 1 malo y 10 muy bueno).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

- 9.
- 10.

20. Qué espera del tratamiento odontológico
