

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II

GUIA DE CONTENIDOS

AÑO 2017

CATEDRA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II

PROFESORAS ASOCIADAS
Prof. Dra. BELLA, MARCELA
Prof. Mgter. SANCHEZ DAGUM, ESTHER

PROFESORES ASISTENTES
Od. MARENGO ALEJANDRO
Od. MONTELEONE PABLO
Od. SICA SANCHEZ NOELIA
Dra. TARIFA SUSANA
Mgter. ULLOQUE JORGELINA
Od. ZIEM JULIETA

PROFESIONALES AGREGADOS
GIRAUDO CAMILA
JEPIK LILI
PONCE AGUSTIN
AYUDANTES ALUMNOS
FARFAN JUDITH
GONZALEZ ADRIANA
LISOFSKY VERONICA

SECRETARIA
GLADYS FIGUEROA

AULA VIRTUAL DE LA CÁTEDRA: OPCII

PROGRAMA DE LA ASIGNATURA
Odontología Preventiva y Comunitaria II
AÑO ACADÉMICO 2017

FUNDAMENTACIÓN:

El propósito del Plan de Acción “Salud para todos en el año 2000” refiere a la Salud como un derecho social, la Salud Bucal no debe desprenderse de esta afirmación, lo que ha llevado a incluir en los objetivos generales de la carrera, el componente preventivo y el compromiso social.

La Odontología Preventiva y Comunitaria, tiene como propósito contribuir al enfoque integral del proceso salud- enfermedad- atención de las personas y las poblaciones, a partir del estudio e intervención sobre los condicionantes que participan en su determinación.

La “salud” es un derecho humano esencial, entendida como un bien social, complejo, multidimensional, que involucra la calidad de vida y el bienestar integral de las personas y las comunidades.

El conocimiento y la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención, como proceso dinámico e históricamente determinado en las sociedades, debe ser abordado desde el enfoque integral e interdisciplinario propio de las Ciencias de la Salud, definiendo intervenciones que eviten la repetición del ciclo de la enfermedad y promuevan la salud.

El acercar a los alumnos a una visión de la odontología social y comunitaria, en los espacios en que viven, estudian o trabajan las personas, les permite tomar contacto con la realidad concreta.

En este marco, desde la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria II es importante profundizar el estudio de los problemas de salud bucal en espacios comunitarios, a fin de indagar cómo intervienen las condiciones de vida y trabajo, redes sociales y comunitarias, factores del estilo de vida y biológicos, en el estado de salud-enfermedad de la población (Whitehead, 1993).

Nuestro compromiso, desde la Facultad de Odontología con la Educación Superior y la Salud para Todos, ha sido desde sus inicios desarrollar una práctica que integre la docencia y el servicio, acercando los extremos que separan la formación y la utilización de los recursos humanos para la salud bucal, en el marco de la estrategia pedagógica de **aprendizaje –servicio**.

Las prácticas de **aprendizaje-servicio** se caracterizan por el protagonismo de estudiantes y docentes en el planeamiento, desarrollo y evaluación de proyectos de intervención comunitaria, orientados a colaborar eficazmente con la población destinataria como co-protagonista de las actividades, en la solución de problemáticas comunitarias concretas.

Al ponernos en diálogo con la comunidad, al establecer el espacio real como espacio de aprendizaje, los docentes y estudiantes pueden reconocer lenguajes y modos de producir conocimientos diversos; puede no sólo describir e investigar sino también validar y aprender de los saberes populares. En este sentido, la Universidad no sólo **“enseña y divulga”** hacia la comunidad, sino también **aprende de ella**.

Identificamos una actividad como **aprendizaje-servicio** cuando esta tiene simultáneamente objetivos sociales y objetivos de aprendizajes evaluables. Los destinatarios del proyecto son simultáneamente la población atendida y los estudiantes, ya que ambos se benefician. El énfasis está puesto tanto en la adquisición de aprendizajes como en el mejoramiento de las condiciones de vida de una comunidad concreta.

En esta etapa formativa, el estudiante utilizará métodos e instrumentos de Salud Comunitaria para planificar acciones a partir de las características socio-culturales, el estado de salud-enfermedad-atención y las prioridades establecidas en la población.

El abordaje de los problemas de salud en el espacio comunitario, se realiza a partir de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, que permite articular en el terreno comunitario mejores prácticas centradas en mayor acceso de la población, pertinentes a la realidad socio-cultural y epidemiológica; lo que permite mejorar la cobertura contribuyendo a la equidad de los servicios, en un doble sentido, el servicio ofrecido por la asignatura OPCII en la articulación docencia-servicio y en la formación de futuros profesionales capaces de intervenir en la compleja trama de la sociedad actual.

El espíritu es, en definitiva, colaborar en la transformación del modelo tradicional de formación odontológica, con un nuevo modelo de educación, que forme profesionales más aptos para atender a las diversas realidades de la población con integridad científica, social y humana.

PROPOSITO:

Capacitar a los futuros odontólogos para desarrollar prácticas profesionales utilizando herramientas socio-epidemiológicas, con visión interdisciplinaria, humanística e integradora en espacios comunitarios, como parte integrante del equipo de salud.

COMPETENCIAS

El estudiante, al terminar el Cursado de la asignatura deberá ser capaz de:

- Analizar los problemas de salud bucal y sus condicionantes en el nivel individual y colectivo.
- Planificar, aplicar y evaluar planes de promoción, prevención y atención integral de la salud bucal en la comunidad con criterio epidemiológico.
- Trabajar en equipo con actitud positiva hacia el trabajo interdisciplinario.
- Aplicar las normas éticas del ejercicio de la profesión y el respeto por los derechos humanos en la función de dicha práctica.
- Evaluar y mejorar las prestaciones clínicas realizadas en la comunidad

OBJETIVOS:

- Promover una visión crítica de la realidad en salud bucal a través del análisis de los factores condicionantes del contexto actual.
- Conocer los alcances del método epidemiológico como herramienta para la investigación de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad.
- Identificar las cualidades de los instrumentos epidemiológicos destinados a cuantificar y cualificar el proceso salud-enfermedad
- Seleccionar instrumentos útiles para diagnosticar el estado de salud bucal a nivel comunitario.

PROGRAMA DE UNIDADES

UNIDAD 1: Odontología Preventiva y Comunitaria.

Odontología Preventiva y Comunitaria es la disciplina Odontológica que se ocupa de promover la salud, prevenir, controlar y tratar las enfermedades bucales, para contribuir a mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Está dirigida a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad, a través del esfuerzo organizado de la sociedad. Incluye el estudio de los factores ambientales, sociales y de conducta, condicionantes de la situación de salud- enfermedad de las personas y las poblaciones.

Objetivos:

- Analizar el proceso de salud enfermedad atención a partir de contenidos previos disponibles relacionados con el área Preventiva y Comunitaria.
- Identificar el campo de acción de la Odontología Preventiva y Comunitaria
- Analizar y reflexionar sobre diferentes modelos de práctica profesional comunitaria.

Contenidos:

- La Odontología Preventiva y Comunitaria en el marco de la Salud Comunitaria, evolución del concepto. Áreas de competencia: la epidemiología, promoción de salud y la planificación y gestión de los servicios sanitarios.
- Campo de acción de la Odontología Comunitaria: Promoción y Cuidado Integral de Salud. Educación para la salud. Organización a partir de las necesidades expresadas por la comunidad y relevadas por el equipo profesional.
- Atención integral: acciones de prevención, control y tratamiento de los problemas bucales prevalentes en la población. Organización de la atención según los ciclos de la vida y el orden de prioridades locales definidas en salud.

UNIDAD 2: Enfoque epidemiológico en la Salud Bucal Comunitaria.

Las problemáticas de salud-enfermedad-atención que atraviesan las comunidades suelen ser complejas, requieren de un abordaje integral e interdisciplinario para su resolución. En ese sentido el enfoque epidemiológico permite el estudio de los determinantes del proceso salud-enfermedad, el análisis de las situaciones de salud y la evaluación de las tecnologías y procesos en el campo de la salud; en ello radica su importancia para el área comunitaria

Objetivos:

- Analizar los problemas de salud enfermedad bucal desde la perspectiva epidemiológica.
- Identificar los problemas de salud bucal prevalentes en las poblaciones utilizando el método epidemiológico.
- Relevar información mediante técnicas cualitativas y cuantitativas
- Aprender a elaborar diagnósticos de situación y necesidades de salud.

Contenidos:

- Concepto de Salud. Proceso salud enfermedad atención. Campos de la Salud y Determinantes de Salud. Desigualdades en salud bucal.
- Atención Primaria de la Salud. Población, Territorio. Elementos de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Organización del servicio. Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Nociones generales de epidemiología, definición y campo de aplicación.
- La epidemiología como instrumento en la toma de decisión.
- Enfoques epidemiológicos: teoría causa única, multicausal, procesal, campo de salud, determinantes de la salud.
- Epidemiología descriptiva: tiempo, lugar y persona. Medidas de frecuencia: tasas de mortalidad, morbilidad: prevalencia e incidencia y factores de riesgo.
- Epidemiología Social
- Prioridad de grupos vulnerables: niños, embarazadas, personas mayores, personas infectadas por VIH y pueblos aborígenes.

UNIDAD 3: Indicadores epidemiológicos de la situación de salud bucal.

Para indagar los factores de riesgo y protección de la salud de las personas y las comunidades, se suelen utilizar índices odontológicos como indicadores de la situación de salud-enfermedad bucal y como instrumentos para la planificación y evaluación de la situación de salud en los grupos poblacionales.

Objetivos:

- Reconocer el riesgo como un indicador de necesidad de salud de la población.
- Cuantificar la situación de salud bucal de la comunidad.
- Analizar e interpretar datos estadísticos sobre salud bucal de diferentes regiones.
- Identificar condiciones de riesgo y protección de salud bucal

Contenidos:

- Riesgo, factores de riesgo y protección.
- Indicadores epidemiológicos de salud bucal en diferentes poblaciones.
- Medidas e índices para relevar Salud, Enfermedad y Riesgo de Salud Bucal: Experiencia de caries, Índice de Diente Sano.

- Medición de la historia de caries: Índice ceo (dentición temporaria), Índice CPO (dentición permanente) y Índice significativo de caries (SIC).
- Medición de Placa Bacteriana. Silness y Løe, Índice de higiene oral simplificado.
- Medición del estado del tejido gíngivo-periodontal: Índice Periodóntal Comunitario.
- Concepto e interpretación de índices de uso frecuente en odontología.

UNIDAD 4: La planificación en los sistemas de salud.

La planificación en salud es un proceso continuo de análisis de necesidades y problemas, previsión de recursos y servicios, para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas y las poblaciones.

El odontólogo como agente de salud, debe estar preparado para reconocer necesidades de la población y del servicio, establecer prioridades, concebir y poner en marcha programas que atiendan estos problemas y evaluar el impacto sobre la salud de la población.

Objetivos:

- Conocer y comprender el ciclo y escenarios de la planificación
- Diferenciar los enfoques de planificación según el nivel organizativo
- Valorar las posibilidades y limitaciones que ofrecen los modelos tradicional y holístico
- Utilizar los momentos de la Planificación Estratégica en Salud.

Contenidos:

- Nociones básicas de planificación. El ciclo de la planificación.
- Escenarios de planificación: global, regional, sectorial, institucional.
- Planificación sanitaria según el nivel organizativo: Normativo o de Políticas, Estratégico o Global, Táctico-Operativo o de Programación.
- Plan, proyecto y programa. Diferencias
- Enfoques de Planificación para la salud: Modelo Tradicional y Modelo Holístico.
- Momentos de la Planificación Estratégica en Salud.
- Pasos de la planificación de programas de salud con criterio epidemiológico.

UNIDAD 5: Programas comunitarios de salud bucal.

Los programas locales de salud bucal diseñados según el proceso de planificación estratégica, contribuyen a garantizar el derecho universal a la salud, mejorando el acceso y la incorporación temprana de la población, a un sistema de cuidado integral, que brinda un modelo que cuida y

protege la salud, cura y rehabilita la enfermedad, con la acción mancomunada de la comunidad y de diferentes sectores de la sociedad.

Objetivos:

- Planificar un Programa Escolar de Cuidado Integral de la salud adecuado a las características socio-epidemiológicas del grupo.
- Planificar acciones de Promoción y Educación para la salud destinadas a la población a cargo en el área de referencia del Centro de Salud

Contenidos:

- Programación en salud comunitaria. Programas escolares. Componente educativo y asistencial del programa. Diferentes modelos.
- Identificación de necesidades y problemas de salud bucal. Condiciones de riesgo y cuidados de la salud en el espacio comunitario.
- Organización del programa centrado en la promoción, prevención y atención integral de los problemas bucales frecuentes en la población a cargo.
- Cuidado integral, atención integral y estrategia de atención primaria de salud bucal. Organización de la red de atención primaria de salud bucal apoyada en las derivaciones a los servicios públicos de salud.
- Recursos de comunicación y salud
- Ambientes y Escuelas saludables. Enfoque interdisciplinario e intersectorial.

UNIDAD 6: Técnicas alternativas de atención comunitaria.

En el marco de la estrategia de atención primaria de la salud, a fin de ampliar la cobertura de atención de salud bucal, mejorar la accesibilidad a los servicios; los organismos internacionales, la academia y la profesión organizada, diseñaron técnicas alternativas de intervención en acuerdo con la normativa de bio-seguridad vigente.

Objetivos:

- Organizar y ejecutar acciones de atención comunitaria de salud bucal utilizando técnicas alternativas de atención acordes a la realidad local.
- Utilizar los recursos de la odontología con mínima intervención para detener el avance y controlar la caries dental a nivel individual y colectivo.

Contenidos:

- Técnicas alternativas de atención, características del ambiente de trabajo, acciones posibles, organización del trabajo en equipo.
- Abordaje epidemiológico de problemas frecuentes en la salud bucal de la población.
- Criterios de intervención de la Odontología de Mínima Intervención, tratamiento restaurativo a-traumático de caries.
- Recursos preventivos: fluoruros, higiene bucal, control odontológico periódico.
Orientación y educación para la salud sobre: alimentación, traumatismos, abordaje de hábitos infantiles deletéreos.

METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

La concepción de **enseñanza y aprendizaje** que se sustenta en Odontología Preventiva y Comunitaria II, concibe al estudiante desempeñando un rol activo a fin de involucrarse en el proceso; el docente es orientador, estimulando la indagación, análisis, reflexión, integración y síntesis, para ayudarlos a transferir conocimientos para la comprensión de la situación de salud bucal que observa en la comunidad.

El proceso de enseñanza-aprendizaje está planificado en **dos contextos** con diferentes modalidades de trabajo, que se suceden cronológicamente en el tiempo y se complementan con la instancia no presencial del “Aula Virtual de la asignatura”.

1) **Contexto de la Facultad de Odontología:** se realizan actividades de profundización e integración de contenidos obligatorias, la enseñanza está organizada en:

a. Teóricos-prácticos (10)

b. Seminarios (2)

Se retoman conocimientos previos de OPCI y de otras asignaturas del Departamento y del Ciclo Profesional y de Integración. Los temas se presentarán aplicados a la “atención clínica” y a la “intervención comunitaria”, desde un enfoque integral, interdisciplinario, que describa distintas facetas de los problemáticas de salud. Se utilizan metodologías activa – participativas, dinámica grupal con guías de discusión, resolución de casos, aula taller, seminarios, las producciones serán evaluadas al final de cada actividad.

Rol Docente:

- Facilitador de la discusión grupal.
- Estimula la argumentación de las decisiones clínicas
- Guía la elaboración de conclusiones
- Evaluador del proceso de aprendizaje.

Al finalizar este período, los alumnos desarrollaron las dos pruebas de suficiencia teórica, a fin de determinar si se encuentran en condiciones de realizar las actividades prácticas en terreno.

2) Contexto de actividades prácticas en comunidad (extramuros)

Se trabajará en comunidad con un grupo escolar y en un servicio de salud pública y/o de participación comunitaria, con objetivos de aprendizaje y modalidades de tutoría diferentes.

El aula virtual de la cátedra constituye el nexo para la concreción de las actividades planificadas, revalorizando la participación en el foro de discusión como instrumento de apoyo para el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Las actividades están organizadas según la propuesta pedagógica del Aprendizaje en Servicio y la Planificación en Salud, que permite al alumno desarrollar competencias, a través de una práctica que se organiza a partir de la necesidad y la potencialidad de la comunidad y del servicio de salud en que desarrolla la actividad de aprendizaje.

Esta situación de trabajo motiva al estudiante a la búsqueda de información que le permita explicar la situación que observa y planificar su intervención en forma apropiada y oportuna, logrando aprendizajes significativos.

2.1. Actividades prácticas en comunidades escolares:

El trabajo en este espacio permitirá al estudiante conocer las: características socio-culturales del grupo, el perfil epidemiológico de los problemas de salud bucal prevalentes, las características del servicio de salud al cual tienen acceso en la zona y las concepciones y prácticas de salud de diferentes actores (niños, docentes, agentes de salud).

Esta actividad se desarrollará durante ocho (8) semanas académicas, con un total de 40 horas de prácticas clínicas comunitarias. El propósito de la misma es que el estudiante sea capaz de indagar y reflexionar acerca de las necesidades y problemas de salud bucal de un grupo escolar, apoyados en la planificación de salud, para diseñar el plan de actividades pertinente y apropiado al grupo en el marco de la atención primaria de la salud con técnicas alternativas de

resolución. Este proceso de aprendizaje se realiza con la tutoría presencial de los profesores asistentes. Es fundamental en esta etapa el acompañamiento del docente y el estímulo al trabajo colaborativo entre pares y solidario para con la comunidad con que se trabaja.

Incluye el desarrollo de las siguientes actividades:

A. Educativas de promoción de salud destinada a la comunidad escolar para contribuir al desarrollo de Ambientes Saludables. Las acciones de educación para la salud, los temas que se trabajaran son definidos junto con los padres de los escolares y el personal de la escuela o del centro de salud aledaño.

B. Clínicas de atención integral de la salud bucal de los escolares: apoyados en los principios de la atención primaria de la salud, se organiza la red de atención clínica de los niños en la comunidad, articulada con el servicio de salud de la zona para las posibles derivaciones y orientación en las urgencias. Se promueve el modelo del cuidado integral de la salud del niño, con enfoque preventivo, utilizando: 1) técnica alternativas de intervención y 2) planificación de acciones de salud bucal destinadas al grupo escolar, elaboración de la planificación en salud para el grupo escolar desde el modelo del cuidado integral de la salud.

C. Elaboración de la planificación en salud para el grupo escolar desde el modelo del cuidado integral de la salud, presentada en formato papel y en power point.

2.2. Actividades Prácticas en servicios públicos de salud o participación comunitaria

Esta actividad se desarrollará con un total de 40 horas de prácticas comunitarias en un servicio de salud o de participación ciudadana de la red pública de Córdoba; con la tutoría presencial de los profesionales del servicio.

El propósito de esta actividad es que el estudiante, en contacto con la realidad de la práctica profesional en un servicio público de atención, observe y reflexione sobre las características del servicio, el trabajo en equipo, el modelo de práctica profesional y las características socio-epidemiológicas de la población a cargo, para luego diseñar acciones de promoción de la salud bucal.

Incluye el desarrollo de las siguientes actividades:

1- **Elaboración del diagnóstico situacional** que permita caracterizar el servicio de salud y la población a cargo, aspectos a considerar:

a-Del servicio de salud: tipo de atención que ofrece, trabajo en equipo, modelo de organización y comunicación con la población a cargo. Indagar específicamente los servicios de salud bucal que se brindan y la participación del odontólogo en el equipo de salud.

b- Caracterización de la población que concurre al centro de salud: acceso a información, nivel de educación alcanzado, estabilidad laboral, costumbres referidas a salud, necesidades expresadas de salud (sentidas), etc.

c- Problemas bucales frecuentes en el grupo poblacional (perfil epidemiológico).

2- Elaboración del plan comunicacional en promoción de Salud, el que será presentado al profesor asistente y al tutor del equipo de salud del centro de salud para su discusión y posterior implementación.

3- Ejecución y evaluación de la actividad de educación para la salud planificada.

Para la selección de los espacios comunitarios de formación en OPC II, prima como criterio poner en contacto al estudiante con profesionales dispuestos al trabajo en equipo y a la articulación entre diferentes sectores, vinculados a educación y a la red de salud, cuyos establecimientos de trabajo están inmersos en comunidades vulnerables.

En igual sentido, con el propósito de contribuir a nivel local a mejorar la situación de salud bucal en el área de trabajo de OPCII en la ciudad de Córdoba, en acuerdo con las estrategias sobre Salud Bucodental (OPS-OMS, 2006) se han planteado para el año 2017 las siguientes líneas de acción a ser priorizadas desde la asignatura:

- Niñez: Cuidado integral y atención de la salud bucal de niños que concurren a escuelas de nivel inicial y primario de la Provincia y/o Ciudad de Córdoba (vulnerables). Incluye acciones de promoción y protección de la salud; prevención y curación de las patologías de mayor frecuencia en el grupo y resolución y orientación de urgencias y derivaciones.
- Embarazadas: El proceso de aprendizaje se realiza en Centros de Atención de Salud de la Municipalidad y/o la Provincia de Córdoba. Incluye acciones de promoción, educación y prevención de la salud trabajando junto con los profesionales del servicio.
- Adolescentes y Jóvenes: se trabaja en articulación con Bienestar Estudiantil y Calidad de Vida a fin de contribuir a promover y proteger la salud, en trabajo colaborativo con la Secretaria de Asuntos Estudiantiles de la UNC.
- Adultos: se trabaja articuladamente con los servicios de Prostodoncia 2, 3 y 4 de la Facultad de Odontología, realizando tareas de educación para la salud.

- Capacitación en servicio: destinada a consensuar acciones con los profesionales del servicio de salud, que se constituyen en tutores del estudiante de odontología y el personal de la asignatura OPC II. El objetivo de la misma se orienta a reflexionar sobre las intervenciones clínicas comunitarias de eficacia comprobada, la realidad sanitaria local y las características socio-culturales del grupo.

Actividad Inter-cátedra con Prostodoncia 3 y 4 A: esta articulación permite trabajar contenidos y actividades en forma integrada entre las dos asignaturas en torno al análisis del servicio, población a cargo y necesidades de educación para la salud del grupo.

Busca contribuir a la formación integral del estudiante de odontología, desde una perspectiva de trabajo que incluya la problematización del proceso salud –enfermedad bucal y el diseño de la propuesta terapéutica integrada e interdisciplinaria, que se concreta a través del rol profesional educativo y asistencial (curación/rehabilitación) propio de las ciencias de la salud. Se realizará con un grupo piloto.

2.3. Actividades complementarias de aprendizaje

El objetivo de estas actividades es favorecer el aprendizaje a través del uso de TICs complementando los contenidos motivadores de la reunión presencial con la búsqueda bibliográfica, la interacción de grupal a través del aula virtual.

El aula virtual de la materia permite planificar actividades no presenciales para la búsqueda de información, elaboración de informes y discusión en el foro con la tutoría de los Profesores Asociados y Asistentes.

El alumno utilizará tanto el formato digital como el papel como soportes para las presentaciones orales de sus producciones.

Evaluación Formativa:

La evaluación de las actividades intramuros y extra muros y complementarias del aprendizaje, se basa en el modelo cuali cuantitativo de proceso-producto.

Al terminar cada actividad grupal, intramuros y de atención de la salud comunitaria se evaluará el desempeño del alumno tanto en el área de conocimientos, destrezas, transferencia de contenidos y actitud de trabajo en equipo.

La finalidad de la evaluación formativa es que el alumno obtenga una calificación que estimule su aprendizaje, como así también determine el nivel de conocimientos adquiridos y establezca las dificultades surgidas durante el proceso.

Evaluación plenaria grupal, en esta instancia de aprendizaje los estudiantes reflexionan sobre las acciones emprendidas en la comunidad, ponderando aciertos y debilidades de los distintos grupos y de la asignatura en particular. La presentación de las planificaciones de escuela se realiza en formato papel y digital, compartiendo lo producido con otros grupos.

Los estudiantes realizarán las siguientes actividades obligatorias evaluadas, para las cuales utilizarán el formato digital y papel, como soporte para las presentaciones orales de sus producciones sobre:

- Proyecto de atención integral de la salud bucal en la comunidad escolar (tutoría a cargo de los Profesores Asistentes).
- Proyecto de educación para la salud para un servicio de salud o de participación comunitaria pública, (tutoría a cargo de los Profesores Asistentes y del tutor del centro de salud).

Evaluación sumativa

Se realizarán dos parciales como evaluación sumativa, uno al concluir el desarrollo de las unidades 1,2 y 3 y el 2do integrando las unidades 4,5 y 6, antes de iniciar las actividades en comunidad.

EVALUACIÓN DE LA ENSEÑANZA:

Se prevé realizar al finalizar los diferentes procesos, en forma voluntaria y anónima, para evaluar el desarrollo de las actividades de enseñanza, aprendizaje y servicio de OPC II. Se empleará:

Encuesta de opinión para conocer la percepción de estudiantes, docentes, profesionales del equipo de salud y comunidad en general, en relación a la intervención de la asignatura en la sociedad, con el propósito de relevar información útil para mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje y vinculación con la comunidad.

ACTIVIDADES OBLIGATORIAS DE LOS ALUMNOS:

De carácter presencial:

1. Concurrencia a los teóricos-prácticos
2. Concurrencia a los seminarios
3. Actividad práctica clínica comunitaria en escuelas.
4. Actividad de práctica comunitaria en servicios de salud.
5. Evaluaciones parciales.
6. Plenario de cierre de la actividad comunitaria.

De carácter virtual, modalidad no presencial:

Participación en los foros de discusión **del aula virtual** referentes a:

- Proyecto de atención integral de la salud bucal en la comunidad escolar (tutoría a cargo de los Profesores Asistentes).
- Proyecto de educación para la salud para un servicio de salud o de participación comunitaria pública, (tutoría a cargo de los Profesores Asistentes y del Centro de salud).
- Foro sobre estrategias preventivas

Requisitos de promoción y condiciones de aprobación, se ajustan a la Ordenanza 6/06 y su modificatoria Res. HCD. 249/10 (anexo 7), a excepción de la condición de **examen** la que se detalla a continuación.

Del examen final de la asignatura: en esta instancia el alumno debe demostrar dominio de los contenidos teóricos de la asignatura y de los proyectos de: atención integral de la salud bucal en la comunidad escolar y de educación para la salud del servicio de salud o de participación comunitaria; ambos proyectos elaborados durante el cursado de la asignatura deben estar disponibles en formato papel en el examen.

Webgrafía

-Curso en Salud Social y Comunitaria, capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Módulo 1, Unidad 1, p21-51

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/1-modulo->

[pssyc.pdf](http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/1-modulo-pssyc.pdf)http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/2/metas_milenio_componente_bucal_salud.asp

-Directrices de la política nacional de salud bucal Brasilia, enero 2004.

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_esp.pdf

-Escuelas del Bicentenario:

<http://www.ebicentenario.org.ar/documentos/Area%20de%20Salud.pdf>

-Montenegro Martínez G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Univ. Odontol.2011Ene.Jun: 30 (64):101-108. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231218581013>

-Silvia Padilla L, Jesús Cerón A. Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. Medwave 2012 Ago; 12(7):e5452 doi: 10.5867/medwave.2012.07.5452

**ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES - 2017
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II**

FECHA: SEMA- NA	UNIDAD TEÓRICA TEMA	CONTENIDOS	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	EVALUACIÓN EI: evaluación individual EG: evaluación grupal
03/04 AL 07/04	U 1 Odontología Preventiva y Comunitaria	-Presentación, contrato educativo. -Campo de acción de Odontología Comunitaria -Salud Comunitaria -Promoción y cuidado integral salud. EDSA -Atención integral: prevención, control y tratamiento. -Ciclos de la vida	1° Teórico- práctico Organización de grupos de trabajo	-Desarrollo de contenidos U1 - Estudio de Caso -Dinámica grupal -Guía de actividades 1 Situación Problemática N1 (SP1)	
10/04 AL 14/04	U 2 Enfoque epidemiológico en la Salud Bucal Comunitaria	-Proceso salud enfermedad atención -Determinantes sociales de la salud -Atención Primaria salud -Grupos prioritarios en salud bucal	2° Teórico- práctico	.Presentación del caso (SP1) . Desarrollo de contenidos U2	.Informe de resolución del caso (EG) .Corrección de pares .Plenario evaluativo
17/04 AL 21/04		-Enfoque epidemiológico -Epidemiología descriptiva -Epidemiología social	3er Teórico- práctico	. Desarrollo de contenidos U2 .Dinámica grupal . Guía de actividades 2	Actividad individual evaluada con un ejercicio de aplicación
24/04 AL 28/04	U3 Indicadores epidemiológicos de la situación de salud bucal.	-Medidas de frecuencia -Índices odontológicos: CPO, ceo, SIC, Índices de Placa, - Estado Gingival.	4° Teórico- práctico	.Desarrollo de contenidos U3 .Aula- taller . Guía de actividades 3	Ejercicio de aplicación
02/05 AL 05/05		Interpretación de índices de uso frecuente en salud bucal	5° Teórico- práctico	Desarrollo de contenidos U3 . Aula- taller .Estudio de casos	Ejercicio de aplicación con evaluación (EI)
02/05	SEMINARIO: SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD - GRUPO A				
04/05	SEMINARIO: COMUNICACIÓN Y SALUD –GRUPO A				
08/05 al 12/05	Recuperatorio de trabajos teórico-prácticos en horario habitual				
09/05	SEMINARIO: SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD - GRUPO A				
11/05	SEMINARIO: COMUNICACIÓN Y SALUD – GRUPO A				
15/05	SEMINARIO: SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD - GRUPO A				
16/05	SEMINARIO: SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD - GRUPO B				
17/05	SEMINARIO: COMUNICACIÓN Y SALUD - GRUPO A				

18/05	SEMINARIO: COMUNICACIÓN Y SALUD - GRUPO B				
VIERNES 19/05/17 18hs 1 er. PARCIAL U 1, 2, 3					
22/05 AL 26/05	U4 La planificación en los sistemas de salud	Planificación	6º Teórico-práctico	Desarrollo de contenidos U4 . Dinámica grupal Guía de actividades 4 (SP2)	
29/05 SEMINARIO :SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD - GRUPO B					
29/05 AL 02/06	U4 La planificación en los sistemas de salud	1er practico en comunidad	7º Teórico-práctico	Diagnostico de situación	Guía de actividades en terreno
01/06 SEMINARIO: COMUNICACIÓN Y SALUD - GRUPO B					
05/06 AL 09/06	U4 La planificación en los sistemas de salud	Planificación	8º Teórico-práctico	.Presentación del diagnostico .Discusión	Informe diagnóstico. .Plenario evaluativo
12/06 AL 16/06	U5 y U6 Programas comunitarios de salud bucal	Programación y medidas preventivas Componente educativo	9º Teórico-práctico	-Programación - Estrategias de comunicación	Plenario evaluativo
19/06 AL 23/06	Programas comunitarios de salud bucal	Programación y medidas preventivas Componente clínico	10º Teórico-práctico	Estudio de caso Medidas preventivas	(EG)
VIERNES 30/06/17 2do PARCIAL U 4,5, 6.					
RECUPERATORIO DE PARCIALES 18 DE AGOSTO					
01/07 AL 08/09	Grupo A concurrencia a servicios públicos	-Relevamiento de necesidades de salud bucal, características del servicio y del grupo destinatario -Programación -Implementación	Programa de EDSA Para un grupo del servicio público	Práctica comunitaria educativa	.Presentación de programación elaboración de informe escrito (EG)
24/07 al 08/09	Grupo B concurrencia a comunidad escolar	-Relevamiento de necesidades y problemas comunidad escolar -Programación -Implementación	Programa de atención y cuidado integral del grupo escolar	Práctica comunitaria clínica educativa	.Cuaderno de desempeño (EI) .Presentación de planificación (EG)
11/09 AL 27/10	Grupo A concurrencia a comunidad escolar	.Relevamiento de necesidades y problemas comunidad escolar .Programación .Implementación	Programa de atención y cuidado integral del grupo escolar	Práctica comunitaria clínica educativa	.Cuaderno de desempeño (EI) .Presentación de planificación (EG)
	Grupo B concurrencia a servicios públicos	.Relevamiento de necesidades de salud bucal, características del servicio y del grupo destinatario .Programación .Implementación	Programa de EDSA Para un grupo étareo del servicio público	Práctica comunitaria educativa	.Presentación de programación elaboración de informe escrito (EG)
RECUPERATORIOS					
13/11 al 17/11	INTEGRACIÓN	INTEGRACIÓN	Plenario	Exposición oral e intercambio. Presentación de power point	Presentación oral y escrita Encuesta de opinión.

ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II

GUIA DE CONTENIDOS

UNIDAD 1 ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

AÑO 2017

Compiladora Prof. Dra. Marcela Bella

UNIDAD 1

ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

INTRODUCCIÓN

Intentar responder al interrogante de qué es la “Odontología Comunitaria”, nos remite a diferentes escenarios y perspectivas del abordaje comunitario. Por ello, consideramos oportuno retomar este concepto a partir de conocimientos previos, los supuestos de cada lector y la evidencia científica.

Es nuestro propósito orientar el desempeño del estudiante en la comunidad con conocimiento capaz de contribuir a resolver la problemática de salud bucal atendiendo a su particularidad sociocultural y epidemiológica- situación de salud y servicios de salud disponibles- procurando organizar un modelo o sistema de atención participativo, centrado en el cuidado y atención integral de la salud de las personas, las familias y las comunidades.

RELACIONES DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

En nuestro país y en América Latina, la carga global de la enfermedad bucal sigue siendo elevada. Esta razón, sumada a los costos relacionados con su tratamiento, la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención, la ubican como un problema de salud pública, para el cual la Odontología Preventiva y Comunitaria brinda herramientas que contribuyen a su resolución.

La Salud Pública y dentro de ella, la **Salud Comunitaria**, aportan conocimientos específicos que permiten indagar la realidad de las comunidades, social, cultural y epidemiológica, para luego diseñar intervenciones que promuevan y protejan la salud y prevengan, curen y rehabiliten la enfermedad, en las personas y en las comunidades.

Se impulsa un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial de la salud, que permita identificar potencialidades y riesgos, necesidades objetivadas por el equipo de salud y percibidas por la población, recursos comunitarios, gubernamentales, no gubernamentales, que den paso a una construcción colectiva en el territorio, que permite reflexionar para diseñar luego acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas y por ende su salud.

ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

La Odontología Comunitaria incluye a la Odontología Preventiva. Se define como el “esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo integrándolo de nuevo a su medio social, laboral y cultural¹”, acciones que se concretan con plena participación de la comunidad.

El campo de práctica de la Odontología Comunitaria (OC), centrado en la necesidad de cada contexto, se realiza con el aporte de distintas áreas como la epidemiología, promoción de salud, prevención y atención de enfermedades y planificación y gestión de los servicios sanitarios.

Necesariamente cuando trabajamos desde una perspectiva comunitaria, nos apoyamos en conocimientos **epidemiológicos** que permiten describir a la población, características socio-culturales, expectativas, concepciones de salud, recursos, necesidades de atención de la salud, perfil epidemiológico, etc.

¹ Piedrola (2001), citada por Rioboo R: **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. Tomo I. Ediciones Avances. Madrid. Pp. 28

En igual sentido, el diseño de las intervenciones en salud está dirigido a **promover acciones interdisciplinarias e intersectoriales** centradas en la salud de las personas y las comunidades; **prevenir nuevas enfermedades y tratar las presentes** cuando ya están instaladas.

Para organizar y planificar su accionar en la comunidad, se apoya en conocimientos de **planificación y gestión de los servicios de salud** con criterio epidemiológico, apoyados en la Planificación Estratégica (Carlos Matus) y en la Planificación Local Participativa, a partir de características propias del grupo, necesidades del mismo, situación de salud-enfermedad, recursos disponibles, etc. junto con la comunidad.

Otro aspecto a considerar, son los cambios que se vienen dando en los últimos tiempos en los patrones de aparición, distribución y evolución de las enfermedades bucales. Estos cambios deben traducirse en diferentes maneras de tratar la salud- enfermedad bucal en la población, por lo tanto son necesarias nuevas práctica clínicas centradas en el diagnóstico y la evaluación del riesgo de la comunidad y del paciente, que permitan trabajar con el control médico de la enfermedad cuando ya está presente, promoviendo una mejor calidad de vida de la comunidad en su conjunto.

CAMPO DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

El estudio y la práctica de la Odontología Comunitaria llevan a describir algunas características de su campo de acción, puesto que adquiere diversas y variadas formas, según las personas involucradas, los territorios, los propósitos, las instituciones, etc.

Desde una perspectiva colectiva, la Odontología Comunitaria busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y grupos poblacionales, apuntando a la transformación de las condiciones de salud desde la **Promoción de la Salud**, en forma interdisciplinaria e intersectorial, para mantener a las personas sanas, lo que implica el desarrollo de actividades de concientización, capacitación, información y educación continua que colaboren en el logro de estilos de vida saludable, fomentando el cuidado y la solidaridad.

Se desprende de lo expuesto la importancia de abordar el componente bucal de la salud desde la **dimensión social y biológica**, para sustituir las metas basadas en la enfermedad, por otras sustentadas en la salud, desarrollando una práctica odontológica con sentido de totalidad². Pues la dimensión social es importante en tanto constituye un condicionante capaz de modificar las condiciones biológicas de vida y de salud. El contexto social “define el comportamiento colectivo del componente biológico y sus expresiones concretas en el proceso de salud-enfermedad colectivo. Es decir, en la organización social y en las contradicciones que se manifiestan a su interior, se encuentran las causas esenciales del complejo proceso salud – enfermedad”.

Es también incumbencia de la Odontología Comunitaria la **prevención y atención** de las problemáticas de salud bucal, en individuos y grupos poblacionales, lo cual supone un conjunto de acciones cuyo propósito es evitar enfermedades específicas, a través de la detección e intervención sobre los factores de riesgo y de protección de la salud.

² Yajaira Romero: “Las metas del milenio y el componente bucal de la salud”. En *Acta Odontológica Venezolana*. vol 44 Nro. 2, 2006. [versión on line]. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/2/metlas_milenio_componente_bucal_salud.asp. Fecha de consulta 29/09/2010

De manera sintética podemos enumerar como prácticas inherentes a la Odontología Comunitaria:

- Promoción de la salud
- Educación para la salud
- Atención integral de la salud, centrada en el modelo de cuidado integral, que incluye la prevención, control, tratamiento de las enfermedades prevalentes del componente bucal de la salud.
- Organización del servicio de atención según: las necesidades (percibidas y observadas), los ciclos de la vida y la vulnerabilidad social.

BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DEL TRAYECTO DE LA CIENCIA ODONTOLÓGICA³

En relación a la práctica odontológica hubo un reconocimiento, por muchos años, de que un buen desempeño estaba definido por la implementación de obturaciones en las cavidades que sufrían los elementos dentarios como consecuencia del proceso carioso. Este esperar la aparición de los daños en la dentición y a partir de allí iniciar el llamado “tratamiento curativo” de las lesiones representó el paradigma de la Odontología centrado en la técnica y muy poco en la ciencia. Esta odontología “curativa” basada en un desarrollo absoluto de la investigación tecnológica, llevaba a eliminar generosas porciones de diente sustituyéndolo por materiales restauradores que aparecían en el mercado de una forma muy acelerada sabiendo que seguramente con el paso del tiempo iba a ser necesario realizar una restauración mayor, más compleja y naturalmente más costosa. Muchas veces cumpliéndose el círculo vicioso del tratamiento quirúrgico-restaurador se culminaba con la extracción del diente, luego la realización de una prótesis apoyada en amplias restauraciones o coronas totales, implantes, etc. El resto de la historia es bien conocido.

En los años 60 la investigación en epidemiología comienza a ser aceptada en los espacios científicos concluyendo que la forma de atención odontológica, basada exclusivamente en procedimientos restauradores (asistiendo la enfermedad) no se mostraba capaz de controlar las enfermedades bucales ni evitar que aún las personas que recibían tratamiento odontológico culminaran perdiendo todos sus dientes a edades tempranas. El paradigma quirúrgico-restaurador condenaba al dentista a ser apenas un espectador actuando como “fiscal de demolición”, De Carvalho, S. (1997)⁴, representando una mayor frustración para los profesionales que para los pacientes. Aún en los grupos más privilegiados que accedían a los sofisticados tratamientos y equipamientos fue imposible documentar un mejor nivel de salud bucal. Asimismo, este sistema privilegiaba la necesidad cada vez mayor de dentistas, aumento en el número de facultades, multiplicación del equipamiento para atender una demanda de restauraciones, extracciones dentarias y protésicas que, paradójicamente, no paraba de crecer a pesar del formidable ejército de recursos humanos, del inmenso aparato tecnológico y de los inconmensurables costos financieros.

El cambio en la filosofía introdujo la importancia del componente social de la salud, de su promoción y de la prevención de enfermedades llevando implícito un cambio de paradigma de la Odontología que se apoya en su aplicación como ciencia de y para la SALUD

³ **López Jordi MC.** Tesis de Maestría “La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y perfil profesional”, Montevideo Uruguay 2012.

⁴ De Carvalho, S. (1997) A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde: um Desafio para as Novas Gerações. En: L. Kriger (Coord.) *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. Primera edición. (pp.14-22). São Paulo. Artes Médicas.

En las décadas de los 60 y los 70 muchos países comenzaron a comprender que los considerables volúmenes financieros destinados al tratamiento de las consecuencias de la caries dental a través de procedimientos restauradores no obtenían una buena relación costo-beneficio. Los resultados de la investigación epidemiológica mostraban que este tipo de asistencia odontológica no era capaz de mejorar los niveles de salud bucal de las personas y tampoco reducía la incontrolable demanda de los servicios quirúrgicos-restauradores.

Una evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al final de los 70 mostraba que Nueva Zelanda presentaba paradójicamente la mejor cobertura de las necesidades restauradoras a los 13 años y el mayor porcentaje de adultos edéntulos entre los países industrializados estudiados.

Esa fragilidad conceptual y científica de la Odontología, lleva a que en esos años los países industrializados concentren un importante volumen de recursos en la investigación científica del proceso salud-enfermedad con el objetivo de llegar a entender las verdaderas causas de las enfermedades, su etiopatogenia y el valor de la cultura y sub-culturas de las comunidades para su mantenimiento y control. Esto generó un cuerpo básico de conocimientos científicos que permitió algunos años más tarde la estructuración de un nuevo paradigma de práctica odontológica. Con esta nueva filosofía de atención los países desarrollados consiguieron en menos de tres décadas cambiar el perfil epidemiológico de sus poblaciones, elevando sustancialmente el nivel de salud bucal como demuestran los resultados de los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y detallados en su Global Oral Health Data Bank⁵.

El proceso de “crisis del paradigma curativo de la odontología, basado en la enfermedad” comienza a materializarse en la década de los 60 con las investigaciones científicas (en animales de experimentación) de Paul Keyes y Robert Fitzgerald⁶ (1961) demostrando que la caries dental es una enfermedad infecciosa, microbiana, y transmisible y de Harold Løe y col.⁸ (1966) quienes comunicaban también la naturaleza infecciosa de las patologías gingivo-periodontales. Poco a poco comenzaron a aparecer los estudios clínicos confirmando en el hombre los resultados del laboratorio.

La concepción infecciosa de las enfermedades bucales más prevalentes (caries y enfermedades gingivo-periodontales) así como los determinantes de los contextos sociales sacudieron todos los pilares en que se edificaba la odontología quirúrgico-restauradora, mostrando una gran fragilidad en sus concepciones.

Entre los años 70 y 80 se han acumulado conocimientos científicos para comprender la etiología, etiopatogenia de las enfermedades bucales, establecer medidas de promoción y mantenimiento de la salud, controlar los factores que puedan alterarla de acuerdo al medio social de referencia y por supuesto también restaurarla.

A partir de los 80 en los países en desarrollo los odontólogos comenzaron a desistir de centrar su práctica en el tratamiento de lesiones establecidas ya que reconocían que éste no era un procedimiento que permitiera controlar la infección del ecosistema bucal de las personas y las comunidades. La idea dogmática de que una vez iniciada la enfermedad inexorablemente continuaría hasta cavitarse el diente o aún necesitar su extracción demostró ser absolutamente equivocada, a la luz de los conocimientos científicos sobre el desarrollo de los procesos y la influencia de diferentes y múltiples factores del ecosistema bucal del propio individuo, del estilo de vida, de las creencias y costumbres en y para la salud de ellos mismos y de las comunidades en que están insertos. Es decir entran en la valoración no solamente los seres humanos sino un plano más profundo y amplio, integrado por las condiciones socio-

⁵ Global Oral Health Data Bank.

Disponible en www.who.int/oral_health/databases/en/index.html

⁶ KEYES P.H; FITZGERALD, R. Recent advances in dental caries research bacteriology. Int. Dent. Journal 1961: 12, 443.

⁷ KEYES P.H. The Non-Surgical Solution to Oral Health. <http://www.drpaulhkeyes.com>

⁸ LØE H. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. J. Periodont.1966; Res. 1:1-13.

económicas-culturales y las políticas de salud de los gobiernos.

Se inicia entonces la actividad de núcleos de discusión y análisis permanente y comienza la divulgación dentro de la profesión de la necesidad de una filosofía preventiva. La Odontopediatría y la Odontología Social se posicionan como vanguardistas sobre la necesidad de un cambio que se fue dando durante 30 años. En la década de los 80 se llega a la aceptación generalizada de la "Odontología preventiva" dirigiendo el énfasis de los cuidados hacia la salud, promoción y mantenimiento.

A partir de los años 90 la revolución se instaló en los materiales dentales, tanto preventivos como rehabilitadores, para apoyar esta nueva filosofía de la práctica odontológica, surgiendo la denominada "odontología adhesiva" con un desarrollo continuo y dinámico hasta nuestros días.

Estos procesos transformadores dinamizan la ciencia creando nuevas prácticas científicas, académicas y de investigación relacionadas a las demandas sociales y económicas, destinadas a resolver los problemas del hombre.

SURGIMIENTO DEL MODELO DE CUIDADO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 28ª Asamblea Mundial de la Salud (1975) y en la conferencia de Alma-Ata (1978), proclamó el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, cuando propone “Salud para todos” y la proyecta a nivel mundial como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres, alcanzar un nivel de salud que permita, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano.

Estas declaraciones representan un desarrollo conceptual relevante acerca de qué es la salud, cuyo logro es un objetivo social muy importante en todo el mundo y cuya realización “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos”.

En Alma-Ata (1978), a través de **La estrategia de Atención Primaria de Salud**, se produce un cambio en el eje del modelo asistencial de la salud, al introducir la palabra “care” que significa “cuidado” lo cual tiene una connotación más amplia e integral que atención.

El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas, en cambio, la atención suele connotar relaciones verticales, asimétricas, poco participativas en su sentido social. El cuidado se enfoca en un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

El cambio de orientación en el modelo asistencial de la salud, establece las diferencias entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos: intersectorial y interdisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado; del de una atención reparativa de ciertas enfermedades que no tenía ningún impacto en la vida de las personas y menos aun en las sociedades menos desarrolladas y en las comunidades más pobres.

El modelo del cuidado y atención integral de la salud, tiene sus orígenes en sistemas de salud como el Canadiense, Sueco, Seguro Nacional de Salud Inglés, en el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). En nuestro país, forma parte de la política de salud implementada en la Municipalidad de Rosario, en la Provincia de Santa Fe y Neuquén, entre otros.

Desde la perspectiva de la salud bucal, el **modelo de cuidado y atención integral** plantea la reorganización del sistema y/o de la atención en salud bucal en todos los niveles, tomando el concepto de cuidado como eje orientador del modelo, respondiendo a un plan de salud que no está centrado simplemente en la asistencia a los enfermos, sino principalmente en la promoción de la buena calidad de vida y la intervención en los factores que la ponen en riesgo.

La **producción del cuidado** implica una proposición de acciones y servicios de salud, con responsabilidad compartida, por parte de los usuarios y de los trabajadores de la salud, para establecer la posible respuesta a los problemas, dolores, angustias y aflicciones, de tal manera que no solamente se lleven a cabo consultas y atenciones, sino que el proceso de consulta y de atención se traduzca en conocimiento, responsabilidad y autonomía para cada persona.

De ese modo, las acciones y los servicios deben resultar de un conocimiento adecuado de la realidad en cada lugar (territorio) para construir una práctica efectivamente resolutoria. Es necesario conocer a las personas en su medio, lo que implica conocer su condición de vida, las representaciones y concepciones que tienen sobre su salud, sus hábitos, las medidas que toman para remediar sus problemas cuando los padecen y lo que hacen para evitar las enfermedades.

Construir conciencia sanitaria implica necesariamente tanto para los administradores y expertos, como para los usuarios, ser conscientes de los aspectos que limitan y fijan un cierto estado de salud y los recursos existentes para su prevención, promoción y recuperación.

El modelo de atención y la organización del sistema deben ser flexible y dinámico, en constante revisión y construcción ya que debe acompañar los cambios de las sociedades a las cuales

se destina, considerando las diferencias sanitarias, epidemiológicas, culturales de las poblaciones, de las personas y de los equipos de salud.

El trabajo profesional se organiza en torno a la “salud” y a la “enfermedad”, centrando el proceso en el “cuidado”, reconociendo problemas y demandas diferentes, en el encuentro entre el saber y el hacer entre los usuarios del sistema de salud (comúnmente llamado paciente) y los expertos (agentes de salud).

Por lo expuesto, desde Odontología Preventiva y Comunitaria II, se impulsa el abordaje comunitario, sustentado por la Odontología Basada en la Evidencia Científica (OBE), que fomenta el **abordaje integral de la salud** que implica la: promoción y protección de la salud, la prevención y curación de la enfermedad, desarrollando el modelo “**cuidado integral de la salud**”⁹.

Este modelo, centrado en el cuidado de la salud de la persona, la familia y la comunidad/territorio¹⁰ promueve la buena calidad de vida y la intervención en los factores que la ponen en riesgo, por medio de la incorporación de prácticas de salud integrales, interdisciplinarias e intersectoriales con responsabilidades compartidas entre todos los involucrados en el proceso de sanar, curar y enfermar.

El abordaje de los problemas de salud en el espacio comunitario, se realiza a partir de la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud**¹¹, que permite articular prácticas que posibiliten mayor acceso de la población al sistema de atención de la salud, pertinentes a la realidad socio-cultural y epidemiológica de la población.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR EL MODELO DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD BUCAL

1. Interdisciplina: el desempeño del odontólogo no debe limitarse solo al campo biológico o al trabajo científico-técnico. También debe interactuar con otras disciplinas, para aproximarse a un análisis holístico de los problemas de salud bucal, consciente contexto socio-económico-cultural en el que trabaja.

El respeto entre las diferentes disciplinas, se debe dar de manera permanente entre todos los involucrados en salud, centrando el trabajo en el cuidado integral de las personas y las comunidades sin perder la especificidad del cuidado de la salud bucal.

2. Integralidad de la atención: los profesionales deben estar capacitados para ofrecer acciones de promoción, protección, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto a nivel individual como colectivo.

3. Intersectorialidad: las acciones de promoción de salud son más efectivas cuando involucran a diferentes actores y sectores de la sociedad, por ejemplo: la escuela, el centro de salud, el comercio, los medios de comunicación, la industria, el gobierno, las organizaciones no-gubernamentales, etc. La intersectorialidad en este sentido implica compartir la planificación entre los sectores que influyen en la salud de la comunidad, como educación, comunicación, saneamiento ambiental, acción social, etc.

4. Ampliación y calidad en la asistencia: organizar el sistema de atención de salud, para garantizar los procedimientos más complejos en diferentes niveles de atención (referencia-contrarreferencia), dar respuesta a la necesidad que produjo la búsqueda de asistencia, evitando el agravamiento del cuadro. Los servicios deben dedicar un tiempo de consulta

⁹ La política nacional de salud bucal de Brasil: registro de una conquista histórica, OPS-2006

¹⁰ Redes Integradas de servicios de salud, OPS, 2008

¹¹ Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas- OPS, 2005.

suficiente y apropiada a la complejidad de las necesidades de las personas (según problemas de salud-enfermedad bucal).

5. Condiciones de trabajo adecuadas para asegurar el ejercicio de la práctica profesional en ambientes saludables, que mejoren el uso de la capacidad instalada de la red de servicios, con el adecuado suministro de instrumental, materiales, equipamiento, conocimientos, condiciones dignas de trabajo, etc.

6. Construcción de protocolos acordados con el resto de integrantes del equipo de salud con el propósito de garantizar la dignidad del trabajo de los profesionales y la calidad de los servicios a las personas, con respeto por las normas de bioseguridad.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES DE SALUD

El desarrollo de acciones desde la perspectiva del cuidado integral en salud cuenta con los siguientes principios:

Universalidad hace referencia al derecho que toda persona tiene a que el Estado y las instituciones le garanticen igualdad de oportunidades para la búsqueda y el logro de su desarrollo físico, social y laboral.

Integralidad en las acciones en salud bucal, articulando lo individual con lo colectivo, la promoción con el tratamiento y la recuperación de la salud, no descuidando la necesidad de atención de cualquier ciudadano en situación de urgencia.

Este enfoque implica sustituir el tratamiento por enfermedad de cada individuo por la **atención continua del mismo** (sano y enfermo), dentro de un ámbito familiar y social, complementando esfuerzos curativos con un número importante y creciente de acciones de fomento y mantenimiento de la salud. Este principio busca satisfacer integralmente a las personas para que puedan alcanzar el desarrollo pleno de sus capacidades vitales y sociales.

Equidad¹² El concepto de equidad que en el entendimiento popular parece más técnico o menos exigente que el de igualdad o el de justicia social es en realidad un concepto muy potente, si se lo considera en su acepción jurídica como “el perfeccionamiento de lo que es justo”. Esta perspectiva puede suponer que no basta la igualdad sino que hace falta brindar más a quien más necesita.

La asociación más frecuente del derecho a la salud es con **la equidad en la atención** que puede suponer la garantía del acceso igualitario a servicios de salud de una calidad homologable. Se complejiza este concepto si suponemos que esta equidad requiere de una adecuada asignación de recursos y que en ocasiones el criterio de la economía de mercado, colisiona con el de distribución geográfica equitativa de los recursos, lo que se verifica en sentido extremo en la cobertura de las poblaciones rurales.

Gestión participativa: definir democráticamente las acciones y/o la política de salud bucal, garantizando la participación de los usuarios, trabajadores del sector salud, educación, acción social, etc.

Ética: garantizar que cualquier acción sea gobernada por los principios universales de la ética en la salud.

Acceso: buscar el acceso universal a la asistencia y atender toda demanda expresa, desarrollando acciones colectivas que partan de situaciones individuales y viceversa, asumiendo la responsabilidad con respecto a los problemas de salud de la población de un determinado espacio geográfico. Debe darse prioridad absoluta a los casos de dolor, infección, sufrimiento y vulnerabilidad social.

Acogimiento: desarrollar acciones para los sujetos, considerándole en su integridad biológica-psicológica-social. El acogimiento presupone que el servicio de salud sea organizado de una manera enfocada en la persona, garantizado por un equipo multiprofesional, para recibirla, escucharla, orientarla, atenderla y acompañarla. Representa la base de la humanización de las relaciones y caracteriza el primer acto de cuidado a los usuarios, contribuyendo a la resolución.

Vínculo: responsabilizar al servicio de salud de la solución de los problemas en el área a su cargo, por medio de la oferta de acciones calificadas, eficaces y que permitan el control por parte del usuario durante su ejecución. El vínculo es la sinopsis de la humanización de la relación con el usuario y su construcción requiere la definición de las responsabilidades de cada persona, en las tareas necesarias para la atención en situaciones rutinarias o imprevistas.

¹² Módulo Atención primaria de la salud: evolución histórica de un concepto polisémico
Curso de Postgrado Análisis y Administración de Políticas Estatales Salud. Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública Universidad Nacional de Córdoba

El vínculo es el resultado de las acciones de acogida y principalmente, de la calidad de la respuesta (clínica o no) recibida por el sujeto.

Responsabilidad profesional: involucrarse con los problemas y demandas de los usuarios, garantizando respuestas resolutivas, volviéndose co-responsable por el enfrentamiento de los factores asociados al proceso salud-enfermedad en cada territorio. Corresponde al desarrollo de prácticas profesionales basadas en el respeto a la identidad del sujeto, conocimiento de su contexto familiar y laboral, permitiendo el tiempo necesario para escuchar la queja, atenderlo y tomar las medidas oportunas, creando las bases para una atención integral de la salud y las necesidades de los distintos grupos poblacionales.

La reorientación del modelo de atención en salud bucal centrado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud se basa en los siguientes postulados:

1. Asumir el compromiso de garantizar la **calidad y resolutivez** del primer nivel de atención (atención primaria calificada), independientemente de la estrategia de organización adoptada por el municipio, provincia y/o nación.
2. Garantizar una **red de atención primaria articulada** con toda la red de servicios y como parte indisoluble de la misma.
3. Asegurar que las acciones de salud bucal estén **integradas** con el equipo de salud, articulando lo individual a lo colectivo, la promoción y la prevención al tratamiento y la recuperación de la salud de la población adscrita.
4. Emplear la **epidemiología y la información sobre el territorio**, para apoyar la planificación, procurando contar con un diagnóstico previo sobre las condiciones de la salud-enfermedad de la población, que cuente con un abordaje familiar y un conocimiento de las relaciones que se establecen en el territorio en el que se desarrolla la práctica de salud.
5. Realizar un **acompañamiento del impacto de las acciones en salud bucal** por medio de indicadores adecuados, lo que implica la existencia de registros simples, confiables y continuos.
6. **Centrar la actuación en la Vigilancia de la Salud**, incorporando prácticas de evaluación y acompañamiento de los daños, riesgos y determinantes del proceso salud-enfermedad, con actuación intersectorial y acciones sobre el territorio.
7. Incorporar la **Salud Familiar como una estrategia importante** en la reorganización de la Atención Primaria de la Salud.
8. Definir la política de **enseñanza continua para los trabajadores de la salud bucal**, con el fin de implementar proyectos de cambio en la formación para que atiendan las necesidades de la población y los principios del cuidado integral de la salud.
9. **Definir una agenda de investigación científica** con el objetivo de investigar los principales problemas relativos a la salud bucal, además de desarrollar nuevos productos y tecnologías necesarias para expandir las acciones de los servicios públicos de salud bucal en todos niveles de atención.

LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

El concepto ampliado de salud, debe orientar el cambio progresivo de los servicios, evolucionando de un modelo asistencial enfocado en la enfermedad y asentado en la atención a quien la solicita, hacia un modelo de atención integral de la salud, donde se incorporen progresivamente acciones de promoción y protección, junto con aquellas de recuperación propiamente dicha.

Para identificar mejor las principales acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que han de desarrollarse, hay que conocer las características del perfil epidemiológico de la población a cargo, no solamente en lo que respecta a las enfermedades

más comunes, sino también las condiciones socio-económicas de la comunidad, sus hábitos y estilos de vida y sus necesidades de salud – percibidas o no – la infra-estructura y extensión de los servicios disponibles.

Las acciones de salud bucal deben articularse con las demás estrategias planificadas por el equipo de salud en una inter-relación permanente con las acciones del centro de salud.

Por ejemplo, si se realiza una campaña de vacunación contra la gripe a los adultos mayores, sería oportuno acompañar esta campaña con un control clínico odontológico de exploración de tejidos blandos y de las rehabilitaciones protéticas, que suelen ser un problema de este grupo poblacional.

De igual manera, si la mamá lleva su bebé a control de peso y talla (programa que se realiza mensualmente hasta que el niño cumple un año de edad) el profesional debe ir ofreciendo información que oriente la forma de amamantar, alimentar e higienizar al niño, para contribuir al normal desarrollo del sistema estomatognático.

Pensar las acciones comunitarias no necesariamente nos lleva a una práctica profesional realizada solo por odontólogos en un consultorio odontológico; por el contrario, estas acciones se pueden concretar en otros espacios y con otros actores. Algunas de estas acciones pueden realizarse junto con el agente comunitario, cooperadora de padres, médicos, enfermeros, trabajadores de la salud en general, etc.

A continuación desarrollaremos las **Líneas de acción de la Odontología Comunitaria, entre las que podemos mencionar:**

Acciones de promoción de salud: este grupo de acciones puede ser desarrollada por múltiples y diversos actores de la sociedad; están orientadas a la identificación y difusión de, los factores de protección de la salud y a reducir los factores de riesgo que constituyen una amenaza para la salud de las personas y las comunidades.

Transciende la dimensión meramente técnica del sector odontológico, integrando la salud bucal a las demás prácticas de salud colectiva. Representa la construcción de políticas públicas saludables, el desarrollo de estrategias orientadas a todas las personas de la comunidad (enfoque poblacional), con políticas que crean oportunidades de acceso al agua potable, que incentivan la fluoración y des-fluoración de las aguas, etc.

Las acciones de promoción de la salud incluyen también trabajar con los factores de riesgo comunes a varias enfermedades crónicas (Estrategia de factor de riesgo común de la OMS, 2003) tanto para las enfermedades de la cavidad bucal, como para otras enfermedades como diabetes, hipertensión, obesidad, trauma y cáncer, a través de políticas de nutrición sana para reducir el consumo de azúcares, análisis comunitario para incrementar el auto cuidado con la higiene corporal y bucal, política de eliminación del tabaquismo y disminución de accidentes, etc.

Otro ejemplo lo constituye la fisura labial o palatina, relacionada con el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo y con déficit nutricional.

Estas acciones son predominantemente concientizadoras, pedagógico-preventivas.

El equipo de salud debe hacer un esfuerzo simultáneo para aumentar la autonomía y estimular prácticas de cuidado por parte de los pacientes, sus familias y comunidades. Es recomendable que se trabaje en una línea que permita reflexionar sobre la automedicación.

Las acciones de protección para la salud pueden desarrollarse al nivel individual y/o colectivo. Es importante analizar el acceso a los cepillos dentales, pastas fluoradas. Incluyen acciones pedagógico-preventivas (educativo-preventivas) realizadas en el ámbito del consultorio particular; de los centros de salud: en grupos de ancianos, hipertensos, diabéticos, embarazadas, adolescentes, salud mental, planificación familiar, sala de espera, etc.; en los

domicilios; escuelas; guarderías infantiles; asociaciones, clubes de madres u otros espacios sociales.

Fluoración del agua: se entiende que el acceso al agua fluorada es fundamental para la salud de la población. Apoyar y estimular las políticas públicas que garanticen la implementación de la fluoración del agua y vigilancia de los niveles regionales de Fluor en el agua de bebida, constituye la manera más amplia y socialmente justa de acceso al flúor.

Educación en salud: incluye las acciones destinadas a la apropiación del conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, incluyendo factores de riesgo y de protección de la salud bucal, así como posibilitar en la población el cambio de hábitos, promoviendo el intercambio de saberes que contribuye a crear conciencia sanitaria apoyada en su autonomía.

Desde la perspectiva de la salud bucal, cuando se trabajan aspectos como hábitos de higiene, alimentación, cuidados en general, se debe considerar tanto las diferencias sociales como las singularidades culturales. Otro aspecto a considerar es que la boca interviene en funciones esenciales del hombre, tales como la comunicación, alimentación, expresión de afecto, cuyo significado es diferente según la trayectoria de vida de la persona y su pertenencia socio-histórica-cultural.

Los contenidos de la educación en salud bucal deben trabajarse pedagógicamente, preferentemente de manera integrada con las demás áreas, considerando los saberes y conocimientos previos, aspectos socio-culturales de la población destinataria. Pueden desarrollarse en forma de debates, talleres de salud, videos, teatro, discusiones de grupo, carteles, catálogos y otros medios. Estas actividades pueden estar a cargo de un odontólogo (O), un higienista dental (HD), un agente comunitario de salud (ACS), etc.

Las escuelas, guarderías infantiles, asilos y espacios institucionales son los espacios de preferencia para este tipo de acción.

Considerando la importancia de que el Odontólogo no se limite solamente a su desempeño en el ámbito de la asistencia odontológica (clínica), se considera que éste deberá trabajar en equipo, en la planificación, organización y evaluación siendo el responsable técnico-científico de los contenidos de la educación para la salud bucal.

Higiene bucal supervisada: la higiene bucal es un elemento fundamental de la higiene corporal de las personas. Sin embargo, para realizarla adecuadamente se requiere un aprendizaje. Una de las posibilidades para este aprendizaje es el desarrollo de actividades de higiene bucal supervisada (HBS) por parte de los servicios de salud en distintos espacios sociales. La HBS tiene como objetivo la prevención de caries y de gingivitis, por medio del control de la bio-película por parte del paciente con supervisión profesional, adecuando la higiene a la motricidad del individuo. Se recomienda cautela en la definición de técnicas “correctas” y “erróneas”, para evitar estigmatizaciones. Su fin es la búsqueda de la autonomía con vistas al cuidado de la salud.

Aplicación tópica de flúor: la aplicación tópica de flúor (ATF) tiene como objetivo la prevención y control de la caries por medio del empleo de productos fluorados (soluciones para enjuague, gel fluorado y barniz fluorado).

Para realizar la ATF se recomienda tener en cuenta la situación epidemiológica (riesgo) de los distintos grupos poblacionales.

La utilización universal de las topicaciones de fluor se recomienda en las poblaciones en las que se constaten una o más de las siguientes situaciones:

- a) Exposición al agua de bebida (red) sin flúor o que contenga por naturaleza bajos contenidos de flúor (hasta 0,54 ppm F);
- b) CPOD superior a 3 en niños de 12 años de edad;
- c) Menos del 30% de los niños de 12 años de edad del grupo están libres de caries.

Acciones de recuperación: este grupo de acciones incluye el **diagnóstico y tratamiento de enfermedades**.

El diagnóstico debe realizarse lo más tempranamente posible, del mismo modo que el tratamiento debe instituirse de inmediato para interrumpir el avance de la enfermedad e impedir el surgimiento de eventuales lesiones y daños recurrentes. Por este motivo los servicios de salud, especialmente los del primer nivel de atención, deben procurar la práctica adecuada de estas dos acciones primordiales para la recuperación de la salud – diagnóstico y tratamiento. Se destaca también la inclusión de rutinas de exploración de los tejidos blandos para la identificación precoz de lesiones de la mucosa bucal, garantizando el acompañamiento y orientación para el tratamiento, en los niveles de mayor complejidad.

El tratamiento debe priorizar procedimientos preventivo-conservadores, entendidos como aquellos que son ejecutados para el mantenimiento de los elementos dentarios – invirtiendo la lógica de extracción, predominante en algunos servicios.

Acciones de rehabilitación: Consisten en la recuperación parcial o total de las capacidades perdidas como consecuencia de la enfermedad y en la reinserción del individuo a su entorno social y laboral.

ACCIONES PARA LA AMPLIACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La Atención Primaria debe identificar las necesidades, promover la derivación requerida en cada caso, monitorear la evolución de la rehabilitación y realizar y mantener la rehabilitación en el período post-tratamiento. Teniendo en cuenta la complejidad de los problemas que pueden acontecer en el primer nivel de atención y la relevancia de su diagnóstico y tratamiento oportuno, se plantea la necesidad de organizar y desarrollar acciones de:

Prevención y control de cáncer bucal: realizar exámenes preventivos para identificar lesiones precancerosas; exploración de la cavidad bucal en visitas domiciliarias o campañas específicas (vacunación de ancianos); articular, con los servicios de referencia la atención de los casos detectados acompañando el seguimiento de su tratamiento.

Resolución de la urgencia: organizar el servicio para dar respuesta a las urgencias más frecuentes en el grupo poblacional a cargo, viables de ser resueltas en el primer nivel de atención o bien orientar su derivación.

Inclusión de procedimientos más complejos en la atención del primer nivel o atención básica, restauración de cavidades complejas y/o restauraciones post endodoncia, pequeñas fracturas dentarias, instalación de prótesis básicas, tratamientos periodontales que no requieran intervención quirúrgica, desgaste de interferencias dentarias, etc.

LINEAS DE CUIDADO O CICLOS DE LA VIDA

Con el propósito de superar el modelo de atención de la salud centrado en las enfermedades (biomédico), se plantean dos **líneas de acción** para contribuir al desarrollo del **modelo del cuidado integral de la salud bucal** a través de la organización del trabajo profesional según las **líneas del cuidado o ciclos de la vida** y según la **condición de vida o vulnerabilidad**.

En este sentido para la organización del servicio según los ciclos de la vida del hombre, también llamado **las líneas del cuidado** (del niño, adolescente, adulto y anciano), se crean

flujos de procedimientos que implican acciones resolutivas de los equipos de salud, centrados en recibir (acoger), informar , atender y derivar de ser necesario (referencia y contra-referencia) a las personas.

La atención centrada en la línea del cuidado implica un re-direccionamiento del proceso de trabajo, en el que **el trabajo en equipo** es uno de sus principales fundamentos. En igual sentido a partir de la realidad y diversidad de las personas que utilizan el sistema, **la intersectorialidad** permite que surjan lazos de confianza y vínculos, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar la humanización de estas prácticas.

Es así que las acciones de salud suelen ser planificadas y desarrolladas en conjunto con agentes del sector de educación, acción social, salud, cultura, saneamiento ambiental, etc. es decir todos los sectores que en el territorio comparten la responsabilidad de cuidar la salud de un grupo de personas.

Este abordaje en equipo permite desde el ámbito de la asistencia, la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso a los diferentes grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando la atención/derivación en los niveles secundario y terciario con el fin de organizar la red de los servicios de atención (este concepto es aplicable para la organización de los servicios del estado y privados).

1- Líneas de cuidado: consiste en el reconocimiento de especificidades propias de la edad, pudiendo trabajar la salud del niño, del adolescente, del adulto y del anciano, para atender las deberá trabajar junto con el equipo, ya sea por tener en cuenta cuestiones de salud propias de cada edad como las diferentes representaciones, condiciones, actividades, disponibilidad de horarios, etc. Esto se torna de gran importancia si reconocemos que la mayoría de las acciones que se realizan a nivel de la salud pública van dirigidas a escolares de 6 a 12 años de edad, quedando en general los adultos y ancianos, reducido su acceso a situaciones de urgencias, resueltas con prácticas en general mutilantes.

2- Condición de vida, hay situaciones de vida que convierten a determinados grupos en más proclives a padecer determinados riesgos y por ende posibilidad de enfermar. Por ello a partir de la identificación de condiciones de vulnerabilidad social, se hace necesario diseñar intervenciones que tiendan a subsanar dicho problema para hacer más accesible el sistema de atención para ellos. En este sentido se incluye en este grupo la salud de la mujer, perspectiva de género, la salud del trabajador, personas con necesidades especiales, hipertensa, diabética y otros.

Para el trabajo con los diferentes grupos se pueden señalar los siguientes aspectos a tener en cuenta:

Grupo de 0 a 5 años: las actividades con estos niños se visualizan como un espacio de interacción con los padres y cuidadores, abordando aspectos relacionados con el cuidado de la salud y en particular de la salud bucal. Es fundamental la orientación desde el embarazo, informando sobre aspectos vinculados a la ventana de infectividad, amamantamiento y desarrollo del niño, hábitos orales y de higiene, etc.

Se planifican actividades organizadas junto con campañas de vacunación, consultas clínicas con pediatras, actividades en espacios sociales como comedores, etc. Se busca ofrecer información que oriente el cuidado de la infancia para estimular su crecimiento y desarrollo, y la identificación y derivación de los niños con necesidades de atención

Grupo de niños de 6 a 11 años: la atención debe ser pensada en función de la situación epidemiológica, identificando y controlando los grupos de riesgo y buscando garantizar la atención integral. En esta etapa se puede trabajar con los niños a través de las escuelas, espacio apropiado para promover y proteger la salud. Se abordan aspectos vinculados a la

higiene bucal incorporada a los hábitos cotidianos, alimentación, cambio dentario, uso de pastas fluoradas, introduciendo una perspectiva de cuidado y seguimiento de la salud.

Es importante identificar aspectos vinculados a la prevención y tratamiento temprano de alteraciones como caries, gingivitis, desgastes dentarios excesivos, traumatismos, descamación de tejidos blandos, mordisqueo de mucosa, etc.

Grupo de adolescentes: Es importante ofrecer un espacio en el cual puedan compartir sus pensamientos, experiencias y preocupaciones, en donde se piensen actividades acordes a su realidad.

El adolescente suele cambiar sus hábitos en lo relacional, alimentario, higiene, sueño, etc. Son diferentes cambios que impactan en la calidad de vida.

Es una etapa oportuna para trabajar la comunicación, la expresión, solidaridad, los hábitos saludables, las conductas de pares, etc.

Desde la perspectiva clínica se debe estar preparado para reforzar la higiene para control de caries y gingivitis, aplicación tópica de fluor, control de tatuajes o pircing si los tuvieran, restauraciones oportuna que limiten el daño, etc.

Grupo de embarazadas: Considerando que la madre tiene un papel fundamental en los patrones de comportamiento durante la primera infancia, las acciones educativo-preventivas con ellas son de suma importancia para repensar los hábitos desde el inicio de la vida de los niños, con acciones a nivel colectivo y garantizando la atención individual. En el trabajo conjunto con el equipo, al inicio de las consultas prenatales, debe derivarse a una consulta odontológica que incluya mínimamente las siguientes actividades: orientación sobre las posibilidades de atención durante el embarazo; identificación de patologías bucales; diagnóstico de lesiones de caries y necesidad de tratamiento, lo que provocará una mejor alimentación y bienestar en la embarazada; diagnóstico de gingivitis y lesiones periodontales, reparando en los estudios que asocian las patologías periodontales severas con los partos prematuros y el bajo peso al nacer; orientación sobre hábitos alimentarios e higiene bucal; en todos los casos se respetara la decisión y voluntad de la embarazada.

Grupo de adultos: Los adultos, en especial los trabajadores, tienen dificultad en el acceso a los centros de salud en los horarios convencionales de dichos servicios. Estas situaciones conducen a un agravamiento de los problemas existentes, transformándose en urgencias o motivo de falta al trabajo, además de la consecuencia de la pérdida de la pieza dentaria. Se sugiere considerar aspectos como: disponibilidad de horarios compatibles para las necesidades de atención de este grupo, indagar sus necesidades en los servicios de salud del trabajo (si lo hubiera) viabilizando la detección de riesgos específicos.

Grupo de ancianos: La salud bucal representa un factor decisivo para el mantenimiento de una buena calidad de vida. Se debe garantizar el acceso a la atención clínica individual del anciano, es importante destinar un día para su atención evitando la espera. El servicio puede organizar grupos de ancianos para desarrollar actividades de educación y prevención. Acordar espacios compartidos con generalistas y clínicos, entrega de medicamentos a pacientes crónicos, para incorporarlos a los controles periódicos.

LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Forma parte de la organización de la **atención primaria de la salud** en el territorio, con población a cargo (adscrita), cuyos ejes son el trabajo en equipo y la intersectorialidad. Las visitas a los hogares por parte del agente de salud, es una de sus principales estrategias, buscando ampliar el acceso a los servicios y establecer vínculos con la población.

Son situaciones en las que “**el hacer**” se acerca a la realidad de vida de las personas y viabiliza un espacio de trabajo junto con ellos. En tales situaciones, es primordial que se tenga cuidado con las personas: su condición de vida, valores, hábitos, etc. Es imprescindible ser consciente de las diferencias sociales y culturales entre expertos del servicio y los usuarios. Tales diferencias son reales y perfectamente sentidas por los interlocutores, sea en la atención que ocurre en la unidad de salud, sea en una visita al hogar.

Para la salud bucal, esta nueva manera de “**hacer**” frente a las acciones cotidianas, representa a la vez un avance significativo y un desafío.

Un nuevo espacio de prácticas y relaciones que se plantean construir con posibilidades de reorientar el proceso de trabajo y la propia inserción de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud.

Se entiende que esta estrategia permite un incremento en la ampliación de la cobertura de programas, mejoran la capacidad de atender a las demandas de la población con el alcance de las medidas de carácter colectivo. Los mayores beneficios están en el trabajo en equipo, las relaciones con los sujetos y la gestión, implicando una nueva manera de producir el cuidado en salud bucal.

REFLEXIONES ACERCA DE DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL

PRESENTES EN NUESTRA SOCIEDAD¹³

Si reflexionamos en relación a discursos instalados en nuestra sociedad sobre salud bucal, nos surgen preguntas como: ¿Cuál es el mensaje instalado sobre el cuidado de la salud bucal? ¿Quién enseña a proteger y cuidar la salud bucal? ¿Se puede cuidar la salud bucal o hay que esperar que aparezca la enfermedad? Para intentar respuestas es oportuno recordar que la salud bucal es un problema de todos, con diferentes grados de responsabilidad según nuestro rol en la sociedad. No es lo mismo la responsabilidad del Estado, que es **garante y promotor** de la salud, que la del odontólogo que atiende en el centro de salud o en un consultorio particular y la de la maestra o profesora que da en sus clases cuidados de la salud, que **efectivizan** los derechos a través de sus prácticas en espacios de la vida pública de las personas, que la de los papás/mamás o la del niño de 2 años o la del de 17 años, que los construyen en el ámbito de sus vidas privadas.

En relación a los cuidados de la salud, Menéndez E (2009) plantea que la **auto atención** es el primer nivel de atención de los padecimientos. Cuando enseñé a mi hijo a lavarse los dientes, concreto una práctica de cuidado de la salud que él puede realizar. Cuando lo llevo a los controles periódicos con el odontólogo, le transmito la importancia de consultar al profesional para tener un control de salud. Entonces surge la pregunta Cuando solo consulto al odontólogo por dolor de muelas, ¿cuál es el mensaje?

Las sociedades en general, suelen tener pautas de cuidado de la salud, que buscan proteger a sus integrantes. Es importante identificar los mensajes sobre el cuidado de la salud bucal instalados en los grupos con los que trabajamos, qué origen tienen y si constituyen legítimas herramientas de cuidado de la salud. En las ciudades argentinas, la mayoría de las personas relatan la importancia de lavarse los dientes después de cada comida, no comer golosinas, usar pasta dental, etc. Sin embargo, si les preguntamos si practican estas acciones de cuidado, o auto-cuidado como lo nombran algunos autores, la respuesta más frecuente es con mucha duda “...a veces sí, a veces no”.

¹³ Este apartado forma parte del trabajo “Formación de mediadores de salud”- PROTRI 2011.

Algunos interrogantes pertinentes a la problemática de los **discursos de salud instalados en nuestra sociedad, que no constituyen prácticas cotidianas, podrían ser** ¿Cuál es el origen de estos mensajes? ¿Quiénes son los destinatarios? ¿En quién impactan?

Supongamos que estos mensajes se originaron en la ciencia odontológica a partir del estudio de los agentes etiológicos de la caries dental, cuya difusión fue generalizada en medios masivos de comunicación. Ahora bien ¿por qué estos mensajes que son recitados como un versito en aulas de todos los niveles de educación de nuestra provincia, sin embargo son recuperados como hábitos por pocas personas de nuestras comunidades? ¿Cómo fue transmitida esta información? Cuando se transmitió este conocimiento, ¿se consideraron pautas culturales, sociales, económicas e históricas de los destinatarios, que les permitan identificarse y apropiarse del discurso?

Repensar las acciones de las personas implica abordajes complejos que abren un sin número interrelaciones que encuentran en el trabajo interdisciplinario una herramienta estratégica para su estudio. Desde esta perspectiva se plantea la necesidad de **interpelar “la forma en que tradicionalmente enseñamos educación para la salud”**.

Las recetas, ya conocidas pero no internalizadas, deben dejar de ocupar el primer plano del escenario educativo, abriendo paso a la voz de los actores principales, los niños y sus familias. Que sus interrogantes, inquietudes y necesidades, interpelen, movilicen y permitan buscar respuestas, en una construcción colectiva local y singular que atiende a sus problemas cotidianos.

Si reflexionamos sobre estos mensajes surge la pregunta ¿si todos sabemos qué se debe hacer para cuidarse, por qué la mayoría de las personas no lo hacen? Seguramente las repuestas son múltiples y las causas obedecen a variadas razones, algunas vinculadas a la oposición a una pauta instalada en la familia, o bien al desgano, a veces se relaciona con la inaccesibilidad económica al no contar con un baño con agua de red dentro de la casa, o con un odontólogo que enseñe cómo cuidarse y que le dé importancia a esta práctica o bien que relate otras formas de cuidados cuando no se puede acceder a comprar un cepillo de dientes, etc.

Pensar las causas de estas acciones nos llevaría por el sendero de cuestionarnos, por ejemplo, que si no tengo posibilidades económicas para acceder a la atención de un profesional de la salud, hay una serie de situaciones que se transforman en inaccesibilidades, que van conformando lo que algunos llaman “estilos de vida”. Pero cabe la pregunta **¿son “estilos de vida elegidos” o son los posibles según la “condición de vida”?**

Los mensajes suelen ser confusos y a veces contradictorios, por ejemplo los padres/madres suelen decir a sus hijos “...*si te portas bien te doy un caramelo...*”; “... portate bien o te llevo al dentista...” Luego ese mismo papá o mamá cuando lleva al niño al dentista, en relación a la cantidad de caries que presenta su hijo, ellos dicen “...*es que come muchas golosinas!*”. Como si ello explicara las caries del niño, ergo comer golosinas está mal, entonces cabe la pregunta para el niño ¿en casa me dan caramelos para premiarme, tan malos no pueden ser?

A este mensaje se suma la propaganda en la televisión, en el kiosco, en las revistas, que muestran a las golosinas como algo tentador, apetecible, dirigidas directamente a sus consumidores preferenciales “los niños”. Entonces el niño razona: “si mi mamá me dá dulces,

los chicos los comen, la propaganda los muestra como algo tentador y que todos quieren...entonces ¿por qué no comerlos?

Sin ánimo de plantear explicaciones solo presentando contradicciones, proponemos que para enseñar educación para la salud bucal, primero escuchemos y miremos a los destinatarios de la acción educativa, pues el discurso que empodera para la salud se construye en forma colectiva entre todos los participantes del proceso educativo a partir de la acción-reflexión-acción.

Si analizamos lo que suele suceder con nuestros niños en el trayecto escolar, vemos que en jardín trabajamos los hábitos de higiene, cuidados, cooperación, meriendas saludables, compartir, Acompañamos su crecimiento niños, padres y docentes.

Luego en la primaria un mundo nuevo por transitar, “el kiosco de los chicos grandes”. Mientras tanto las maestras/os y los papás/mamás preocupados porque aprendan a leer y escribir, sumar y restar, dejan de lado lo trabajado en el jardín. Entonces ¿Quién enseña en la primaria la alfabetización para la vida, cuidarme, cuidar al otro, respeto, hábitos higiene, etc.? Y se escucha a lo lejos una docente que dice “...se trabaja en todos los grados como contenido transversal”.

Ahora bien, si el cuidado de la salud es un contenido que debe ser trabajado en forma transversal, por lo tanto preferentemente con un enfoque integral, entonces ¿se podrá desarrollar con participación y creatividad de los destinatarios?

El mensaje de salud, suele ser reducido a su aspecto biológico, por ejemplo para enseñar educación para la salud bucal, el contenido que se desarrolla es la estructura de los dientes y surge el interrogante ¿este concepto es el más apropiado para enseñar a cuidar la salud bucal o debe formar parte de una serie de contenidos que le den sentido? ¿Permite crecer y aprender para la vida o solo es un recitado que se evalúa para aprobar la materia?

¿Cuál es el objetivo de enseñar Educación para la Salud? ¿Reproducir mensajes y contenidos? O como participes de un momento histórico particular, dar lugar a la voz de los actores principales y trabajar los contenidos desde sus inquietudes, preocupaciones, desde su cotidiano, para reflexionar colectivamente y definir pautas de actuación que acompañen su crecimiento, con conocimientos significativos contruidos a partir de la realidad local?

Si analizamos los problemas frecuentes en las escuelas argentinas de cualquier estrato socio-económico o nivel educativo, aparecen en escena aspectos relacionados con la disciplina, el respeto por sus pares y por los mayores, los hábitos de cuidados, la violencia, etc.

Entonces surge la pregunta ¿quién, cuándo y cómo, debe trabajar estos aspectos que hacen a la integridad de la vida? ¿Se relacionan con la educación para la salud bucal? ¿la fractura dentaria por un golpe se vincula con las maneras de relacionarse?

Algunas aproximaciones nos llevan a pensar que si estos aspectos afectan la vida de relación de las personas, por ende afectan su salud y son un problema del ámbito de la educación para la salud. Trabajar su problematización puede hacer la diferencia.

Por ello es oportuno y apropiado cuando se enseña educación para la salud, preguntar a los alumnos y/o a sus familiares sobre qué tema de salud quieren estudiar, qué les preocupa. Para construir el mensaje que el grupo necesita, desde su potencialidad, dando significado, en

la construcción de salud y no en la mera repetición de mensajes predeterminados sin atención a las pautas culturales de los destinatarios.

El abordaje preventivo de la salud bucal, suele ser concretado a través de la atención clínica odontológica, a la cual no todas las personas tienen acceso, está centrado en el control de las condiciones de riesgo biológicas individuales con acciones que son realizadas por un profesional en forma individual como: selladores de fosas y fisuras para los molares permanentes, fluor para reforzar al niño, asesoramiento dietético referido al consumo de hidratos de carbono, enseñanza de higiene oral, etc.

Sin embargo hay estudios que explican que, para la caries, al igual que para la mayoría de las enfermedades, se han determinado numerosas condiciones de *riesgo social*, referidas a: problemas socio-culturales, económico-laborales, relacionados con la condición de vida de las personas, que a su vez están vinculados con el acceso a: trabajo digno, alimentación necesaria, suficiente y apropiada, vivienda e infraestructura en salud, servicios como el agua potable, recolección de basura, tratamiento de residuos cloacales, información o conocimientos específicos de cuidados de la salud, sistema de atención de la salud integral que incluya la promoción de la salud y la atención y prevención de la enfermedad.

En la actualidad, encontramos bibliografía que avanza en el estudio del proceso salud enfermedad atención de la caries desde la perspectiva de los determinantes sociales del mismo. Sin embargo, este desarrollo conceptual suele no evidenciarse en el diseño de las intervenciones, que siguen siendo individuales en lugar de colectivas.

Desde el abordaje de la epidemiología moderna, el análisis de las problemáticas de caries en la infancia refleja las limitaciones actuales, puesto que contamos con un conjunto de métodos para “clasificar a los individuos con riesgo o sin riesgo”, centrados en lo “individual y biológico”, que no suele estar contextualizado en el proceso histórico y cultural que transitamos” ([Diez Roux 2007](#)).

Describir, entender y explicar las razones de por qué se enferman más unos grupos que otros, de qué se enferman, qué factores actúan favoreciendo y cuáles protegiendo, son preguntas que debemos hacernos para explicarnos la singularidad del PSEA de las comunidades y así poder diseñar intervenciones que busquen el control de las causas para romper el circuito de la enfermedad.

Será en esta búsqueda local y singular en la que encontraremos los temas de la promoción de salud y la educación para la salud que trabajaremos en la escuela, en el centro de salud, en el consultorio, que cobrará sentido y significado en la importancia que tendrá el tema para la comunidad. Ésta se apropia y asume un rol activo que permite generar el trabajo de educación en salud “con conciencia”, que es un tránsito necesario para transformar o reforzar las acciones positivas.

En concordancia con la línea de pensamiento que se viene desarrollando, Almeida Filho plantea, “*los factores de riesgo nada significan por fuera de los contextos sociales culturales e históricos en que ocurren, son la expresión del modo de vida de grupos poblacionales*”.

Desde la perspectiva colectiva de la salud, se procura identificar vulnerabilidades y protecciones de los grupos sociales, para explicarla y comprenderla, y desde ellas diseñar las intervenciones que: fortalezcan los procesos protectores (estrategias de promoción) o eviten o atenúen los procesos deteriorantes (estrategias de prevención).

Desde este enfoque podríamos pensar que si los niños aumentan sus riesgos de enfermar, como por ejemplo por lo que consumen en la escuela y los hábitos que allí incorporan en la primaria o en la secundaria, en la búsqueda de “identidad con sus pares”, o por consumir en una “sociedad de consumo”, la pregunta que corresponde es: ¿no serán [acciones colectivas](#) las que tienen la capacidad para dar respuesta a estos problemas colectivos? ¿Será necesario en este nivel de abordaje y análisis conocer y reconocer qué hacen y por qué lo hacen, y desde allí develar las razones de sus acciones y definir pautas de protección colectivas?

Entonces, podríamos decir que pensar en salud, no es sólo disponer de atención de la enfermedad. Los servicios de salud no pueden ser más la meta de la salud pública. Es pensar en acciones colectivas positivas para la salud y la vida de relación de las personas. Pensar en trabajar en las condiciones de riesgo también en términos colectivos y abordarlas con la fuerza del trabajo colectivo.

EL DERECHO A LA VIDA es un derecho primario, fundante y esencial de la condición humana. Del derecho a la vida derivan derechos como tener dónde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, acceder a otros componentes de la salud, tales como: la paz, la justicia, las opciones de vida digna, la calidad de esa vida, la posibilidad de crear... de sentir placer, de tener acceso al arte y a la cultura.

BIBLIOGRAFÍA:

- **Almeida Filho N, Castiel L, Ayres J.** *Riesgo: concepto básico de la epidemiología.* Revista Salud Colectiva, 2009; 5: 323-344.
- **Bella M, Ceballos M.** "Crecer en Salud...Planificación local participativa en salud: Una experiencia de intervención comunitaria en jardines maternos de la ciudad de Córdoba, Argentina". Revista Cúspide. Año 12. Nº 20, 2009, Córdoba Argentina; pp 7-13.
- **Breve reseña de la estrategia de APS y los niveles de atención.** Material del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública Universidad Nacional de Córdoba (IIFAP); elaborado por Iván Ase y Jacinta Buriyovich
- **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Organización Mundial de la Salud. *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, Ottawa Canadá 1986.*
- <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- **47º Consejo Directivo,** 58ª sesión del Comité Regional de OPS-OMS. *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.* Washington D.C. E.U.A septiembre de 2006; 25-29.
- **Cuenca Sala E.; Baca García P.** Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª edición. Masson S.A. Barcelona España. 2005; cap. 1, 13.
- **Diez Roux A.** *En defensa de una epidemiología con números.* Salud Colectiva, 2007; 3:117-119.
- **Directrices de la política nacional de salud bucal Brasilia, enero 2004.**
- http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_esp.pdf
- **Escuelas del Bicentenario:**
<http://www.ebicentenario.org.ar/documentos/Area%20de%20Salud.pdf>
- **Jaime Gofin; Gofin R.** Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007.
- **Kornblit AL, Mendes Diz AM.** *Salud y adolescencia.* 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires-Aique Grupo Editor, 2005; Cap 1.
- **Kornblit AL, Mendes Diz AM.** *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales.* Contenidos curriculares, Grupo Editor Aique, Capital Federal, 1º ed. 2000.
- **López Jordi MC.** Tesis de Maestría "La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y perfil profesional", Montevideo Uruguay 2012.
- **Menéndez E.** *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009
- **Montenegro Martínez G.** Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Univ. Odontol. 2011 Ene. Jun: 30 (64):101-108.
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231218581013>
- **Moysés Simone T, Kriger L, Moysés S J.** Saúde bucal das famílias-Trabalando com evidências. Sao Paulo: Artes Médicas, 2008; Cap. 8.
- **OPS; Renovación de la Atención Primaria de la salud;** agosto de 2005.
- **Ulloque MJ, Lasagno C, Castellanos E, Pizza H, Zuazquitta E.** Área odontológica en la residencia en salud familiar del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Rev. El Espejo. Año 7. Nº 27. Dic 2004.