

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II

GUÍA DE CONTENIDOS



AÑO 2023

EQUIPO DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II

PROFESORA ASOCIADA	
Prof. Dra. BELLA, MARCELA	marcela.bella@unc.edu.ar
PROFESORES ASISTENTES	
Od. GIRAUDO CAMILA	camila.giraud@unc.edu.ar
Prof. Od. MARENGO ALEJANDRO	alejandro.marengo@unc.edu.ar
Prof. Od. MONTELEONE PABLO	pablo.monteleone@unc.edu.ar
Prof. Dra. SICA SÁNCHEZ NOELIA	noelia.sica@unc.edu.ar
Prof. Dra. TARIFA SUSANA	susana.tarifa@unc.edu.ar
Prof. Mgter. ULLOQUE JORGELINA	jorgelina.ulloque@unc.edu.ar
Prof. Esp. ZIEM JULIETA	julieta.ziem@unc.edu.ar
SECRETARIA	gladys.figueroa@unc.edu.ar
GLADYS FIGUEROA	

El equipo de profesionales asistentes se incorporará al concluir la inscripción.

AULA VIRTUAL OPCII CLAVE: **COMUNITARIAII2023**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
PROGRAMA DE LA ASIGNATURA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II- 2023**

PROF. DRA. MARCELA BELLA

FUNDAMENTACIÓN

En Argentina, la formación del profesional odontólogo está organizada y regulada según la **Ley Nacional de Educación Superior 24.521¹** y la **Resolución 1413/08 del Ministerio de Educación de la Nación²**, en acuerdo con los estándares del MERCOSUR educativo y la Propuesta del **Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO, 2010)³** y los postulados de la **III Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe (CRES)**, realizada en Córdoba, en el año 2018⁴.

La **Conferencia de Educación Superior realizada en Paris⁵** en 1998 marcó el rumbo a las Instituciones Universitarias en lo referido al cambio en la enseñanza. Ella expresaba en partes del Documento que: *“En un mundo en rápido cambio, se percibe la necesidad de una nueva visión y un nuevo modelo de enseñanza superior, que debería estar centrado en el estudiante, lo cual exige, en la mayoría de los países, reformas en profundidad...”*, *“...La educación superior tiene que adaptar sus estructuras y métodos de enseñanza a las nuevas necesidades. Se trata de pasar de un paradigma centrado en la enseñanza y la transmisión de conocimientos a otro centrado en el aprendizaje y el desarrollo de competencias transferibles a contextos diferentes en el tiempo y en el espacio”*, UNESCO, 1998.

¹ Ley Nacional de Educación Superior 24521, 1995.

² . Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Resolución 1413/08. Anexo 1. Contenidos curriculares básicos para las Carreras de Odontología. 22 de Septiembre de 2008. Disponible en: http://www.coneau.edu.ar/archivos/RESOLUCION1413_08.pdf

³ Antoniazzi, J. H., & Alonso, M. S. (2010). Livro do projeto latino-americano de convergencia em educação odontológica (PLACEO).

⁴ CRES, U. (2018). Declaración de la III Conferencia Regional de Educación Superior para América Latina y el Caribe. Integración y Conocimiento, 7(2), 96-105.

⁵ EL, M. (1998). Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción.

La **Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe** (CRES 2008) realizada en Cartagena de Indias y preparatoria de la Conferencia de París 2009, y lo expresado en el documento final elaborado en el marco de la **III Conferencia Regional de Educación Superior** realizada en Córdoba, en la UNC en 2018, declara a la **Educación Superior**, un bien público social, un derecho humano y universal, que debe ser garantizada por los Estados. Su participación, junto con la investigación, es estratégica para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de Educación para todos, y enfatizando que el conocimiento como construcción colectiva, constituye un bien social, colectivo y estratégico al que deben tener acceso todas las personas sin distinción social, género, etnia ni religión, y el Estado debe garantizar su acceso y democratización a toda la sociedad. Así, rechaza cualquier concepción de la educación como mercancía, e *“insta a los Estados de América Latina y el Caribe a no suscribir acuerdos que impliquen formas de mercantilización del sistema educativo”*.

La Universidad como entidad **formadora de capital humano y productora de conocimientos**, en el ejercicio de la autonomía y la responsabilidad social, debe liderar la producción de conocimiento para abordar problemáticas tales como la **salud**, la seguridad alimentaria, la gestión del agua, el diálogo intercultural, el cambio climático, las energías renovables (Conferencia Regional de Educación Superior de América Latina y el Caribe- CRES 2018) y colaborar con acciones que contribuyan a efectivizar el compromiso de la universidad pública con los objetivos del desarrollo sostenible

La curricularización de la extensión en las universidades públicas, se constituye en una propuesta capaz de habilitar y dinamizar la construcción de saberes, a partir de la enseñanza de grado en vinculación con distintos actores y territorios. Impulsando un modelo académico que supone la articulación hacia los diferentes actores y territorios sociales, desde un abordaje integral y multidisciplinar que respete los Derechos Humanos y que atienda la diversidad cultural. Lo que pretende contribuir a incorporar la función de extensión entendida como una modalidad pedagógica que privilegia la adquisición de conocimientos y la práctica formativa en el campo social, atendiendo las necesidades curriculares y de la sociedad, dirigida a sectores en condiciones de vulnerabilidad social.

El ejercicio profesional de la odontología al estar íntimamente relacionado con el bienestar y la calidad de vida de las personas y las comunidades, resulta de interés público puesto que afecta, entre otras cosas, la salud, los derechos y la formación de los ciudadanos.

La Carrera de Odontología, forma parte de las ciencias de la salud humana y tiene como misión formar profesionales capaces de diagnosticar, proteger, restaurar y recuperar la salud bucal de las personas y las poblaciones.

Los estándares enunciados en la Res. ME 1413/08, fueron el encuadre de la política educativa nacional siendo a su vez, el marco en el que se elaboró el Plan de Estudios 2011, actualmente vigente en la Facultad de Odontología de la UNC.

Desde el marco normativo y de la concepción de lo que debería ser la práctica odontológica, surgen los fundamentos que guían la presente propuesta pedagógica para la Asignatura Odontología Preventiva y Comunitaria II de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, con la convicción de que esta actividad curricular, debe contribuir a la formación integral del futuro profesional.

Odontología Preventiva y Comunitaria II (OPC II) es una asignatura semestral, ubicada en el ciclo Profesional de la carrera, en el 9º y 10º cuatrimestre, 5to año, pertenece al Departamento de Odontología Preventiva y Comunitaria. La carga horaria total de la asignatura es de 120h, distribuidas en 96h de práctica clínica comunitaria y 24h de otras actividades teórico-prácticas de producción.

La participación de representantes de la asignatura en reuniones departamentales, de coordinación de asignaturas de 5º año, Comisión de Cambio Curricular, Talleres de Bioseguridad, Cursos de Formación Docente, entre otros; se constituyeron en espacios óptimos para procurar instancias de articulación vertical y horizontal de OPC II con otras asignaturas y trayectos formativos de la carrera.

Es primordial desde OPC II brindar herramientas para que el futuro profesional sea capaz de identificar y generar dispositivos de atención de las necesidades de la sociedad de la que forma parte, con criterio de pertinencia, coherencia, oportunidad, equidad y compromiso social, desde la perspectiva integral e interdisciplinaria propia de los profesionales de la salud.

En este sentido atendiendo al Plan de Acción “**Salud para todos en el año 2000**”⁶, a los **Objetivos de desarrollo del Milenio**⁷ y a los **Objetivos de desarrollo sostenible**⁸, donde la **condición saludable**, es reconocida como un derecho social y todos los actores sociales deben aunar esfuerzos para contribuir a la salud, educación, erradicar la pobreza, reducir desigualdades, entre otras inequidades. Desde la asignatura se contribuye a promover el papel de la Universidad en el territorio, atendiendo al carácter humanista de la Educación Superior desde la formación integral de los estudiantes, los profesionales y los ciudadanos en general; para que sean capaces de abordar con responsabilidad ética, social y ambiental, una relación más activa y comprometida con sus contextos de actuación (CRES, 2008).

⁶ Barrenechea, J. J., & Trujillo Uribe, E. (1987). Salud para todos en el año 2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. In Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.

⁷ CEPAL, N., & UNICEF. (2005). Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe.

⁸ UN. (2015). Objetivos de desarrollo sostenible <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Por lo expuesto, la salud en su componente 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 de las personas y las comunidades.

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

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). Acercar a los estudiantes 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 de las comunidades.

Fortaleciendo el compromiso de la Facultad de Odontología con la Educación Superior y la Salud para Todos, se generan dispositivos para 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**⁹. 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 coprotagonista en el diseño e implementación de las actividades, en las posibles soluciones de las problemáticas comunitarias, que ponen en tensión concepciones sociales y políticas de las prácticas.

Al proponer la necesidad de sostener un diálogo con la comunidad, se establece un ámbito real como espacio de aprendizaje, los docentes y estudiantes pueden reconocer lenguajes y modos de producir conocimientos diversos; pueden no sólo reconocer, describir e investigar, sino también aprender de los saberes populares. En este sentido, la Universidad no sólo **“enseña y divulga”** en la comunidad, sino también **aprende junto ella**.

⁹ Pérez Galván, L. M., & Ochoa Cervantes, A. D. L. C. (2017). El aprendizaje-servicio (APS) como estrategia para educar en ciudadanía 1. ALTERIDAD. Revista de Educación, 12(2), 175-187.

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

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 prácticas centradas en mayor acceso de la población, pertinentes a la realidad epidemiológica y socio-cultural; 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, es colaborar en la transformación del modelo tradicional de formación odontológica, con aspectos no contemplados por éste modelo, que contenga el proceso de formación de profesionales con herramientas estratégicas para atender a las diversas realidades de la población con integridad científica, social y humana.

PROPÓSITO:

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

Promover acciones integrales, intersectoriales e interdisciplinarias para fortalecer el compromiso de diferentes actores de la UNC con la realidad social, económica, política y cultural desde una perspectiva territorial.

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.

- Organizar, aplicar y evaluar proyectos de promoción, prevención y atención integral de la salud bucal comunitarios con enfoque socio-epidemiológico.
- Trabajar en equipo en forma interdisciplinaria e intersectorial.
- Aplicar las normas éticas del ejercicio de la profesión y respeto por los derechos humanos en función de dicha práctica.
- Evaluar y mejorar las acciones clínicas y de promoción de salud realizadas en el territorio.

OBJETIVOS:

- Promover una visión crítica de la realidad en salud a través del análisis de los factores condicionantes en el territorio.
- Desarrollar espacios de intercambio de experiencias que recuperen y sistematicen saberes de la comunidad
- Generar en forma colaborativa actividades tendientes a propiciar una transformación en el territorio
- 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.

CONTENIDOS

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 caracterizarse por ser complejas, por lo que requieren un abordaje integral e interdisciplinario para su resolución. En ese sentido el enfoque epidemiológico permite el estudio de la determinación social del proceso salud-enfermedad, el análisis de situaciones de salud y la evaluación de tecnologías y procesos en el campo de la salud; en ello radica su importancia.

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.

- Determinación social del proceso salud-enfermedad-atención. Desigualdades en salud bucal. Población, Territorio, Actores.

- Atención Primaria de la Salud. 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 Periodontal Comunitario.
- Concepto e interpretación de índices de uso frecuente en odontología.

UNIDAD 4: La planificación en los sistemas de salud. El territorio y la acción.

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 proyectos que atiendan estos problemas y evaluar el impacto sobre la salud de la población.

Objetivos:

- Conocer y comprender el ciclo 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.
- Analizar los contextos de práctica profesional desde la perspectiva del actor en situación.
- Reconocer territorios, escenarios y actores.

Contenidos:

- Nociones básicas de planificación. El ciclo de la planificación.
- 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.
- Territorios, escenarios, actores, intereses, necesidades.
- Escenarios de prácticas comunitarios, centros de salud, servicios de atención en salud, etc.

UNIDAD 5: Sistemas y servicios de salud.

Conocer e identificar diferentes sistemas de atención de la salud, ventajas y desventajas. Poder analizar modelos de atención en salud en diferentes escenarios de práctica.

- Sistemas de salud. Modelos de atención de la salud. Referencia y contra referencia.
- Red de atención de la salud en la ciudad de Córdoba y en el país, diferentes efectores.
- Cuidado integral, atención integral y estrategia de atención primaria de salud bucal.
- Atención integral de la salud y la clínica ampliada centrada en el sujeto.
- Trabajo en equipo e interdisciplinar. La odontología como disciplina del equipo de salud. Redes colaborativas, atención programada y demanda espontánea.

UNIDAD 6: Programas comunitarios de salud bucal.

Los programas locales de salud bucal diseñados según el proceso de planificación local participativa, 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:

- Diseñar un proyecto escolar de cuidado Integral de la salud adecuado a las características socio-epidemiológicas del grupo.
- Organizar acciones de promoción y educación para la salud destinadas a la población a cargo en el área de referencia de centros de salud pública.

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 proyecto centrado en la promoción, prevención y atención integral de los problemas bucales frecuentes en la población a cargo.
- Recursos de comunicación y salud
- Ambientes y escuelas saludables. Enfoque interdisciplinario e intersectorial.

UNIDAD 7: Estrategias 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 los criterios de la odontología mínimamente invasiva y con la normativa de bioseguridad vigente.

Objetivos:

- Organizar y ejecutar acciones de atención comunitaria de salud bucal acordes a la realidad local.
- Identificar condiciones de riesgo de la salud bucal de la infancia y orientar su resolución.
- Trabajar con el enfoque de la odontología con mínima intervención para abordar los problemas de salud bucal en general y de caries en particular.
- Detener el avance y controlar la caries dental a nivel individual y colectivo.

Contenidos:

- Abordaje epidemiológico de problemas frecuentes de la salud bucal de la población.
- Orientación y educación para la salud sobre: alimentación, traumatismos, abordaje de hábitos infantiles deletéreos, tratamiento de los residuos, etc.
- Técnicas alternativas de atención, características del ambiente de trabajo, acciones posibles, organización del trabajo en equipo.

- Criterios de intervención de la Odontología de Mínima Intervención, tratamiento restaurativo a-traumático de caries.

- Recursos preventivos: fluoruros, higiene bucal, control odontológico periódico.

Bibliografía

-Guía de contenidos de Odontología Preventiva y Comunitaria II- Facultad de Odontología de la UNC, 2022.

- Almeida Filho N. Introducción a la epidemiología. 1a edición- Bs As Lugar Editorial, 2008 cap. 3.

- Almeida Filho N, Castiel ID & Ayres JRM. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva; 5(3):323-344.

- Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. Cad Saude Publica. Río de Janeiro. 23(2): 321-330, Feb 2007

- Balan, E. y col: Barrio Galaxia. Manual de comunicación comunitaria. Ed Centro Nueva Tierra. Mayo 2013

- 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.

- Bella MI, Gigena PC, Hilas E, Moncunill I, Cornejo LS. ¿Cómo significan el contexto de pandemia por covid-19, estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina?. Revista de Salud Pública. Edición Especial Diciembre 2020. DOI:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.v0.30435>

-Boaventura de Souza Santos. La cruel pedagogía del virus. Librería Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales. Castiel LD y Alvarez-Dardet Díaz C. (2010) La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; p.38

- Bordoni Noemí. *Guías para el primer nivel de atención de salud. Programas escolares de salud bucal*. Universidad Nacional de Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2003.
- 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 Burijovich
- 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>.
- Conferencia Regional de Educación Superior de América Latina y el Caribe- CRES 2018
- Cuenca Sala E.; Baca García P. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3ª edición. Masson S.A. Barcelona España. 2005; cap. 1, 13,14,16,19,20.
- Davini MC. *Educación permanente en salud. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud*. OPS, 1995
- Dabas E. "REDES sociales: niveles de abordajes en la intervención en red".2002
- Dornell, T: *Redes sociales y participación Social. Área, teoría y Metodología de la intervención profesional*. Dpto de Trabajo Social. Facultad Cs. Sociales. Universidad de la república, Montevideo-Uruguay, 2005
- Guerra Treviño EP ¿Qué es el aprendizaje-servicio? Tecnológico de Monterrey, April 21, 2019 <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/que-es-el-aprendizaje-servicio>
- Katz, Mc Donald y Stookey. "La Odontología Preventiva en acción". Ed. Panamericana. Buenos Aires 1992.
- Lalonde M.A *New Perspective on the Health of the Canadians: 28 years later*.Rev Panam Salud Pública 2002; 12(3):149-152.
- Menéndez E. (2009). *Estilos de vida, riesgos y construcción social*. En: De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; p. 73-130.
- Minayo MC; Deslades S; Neto O, Gomes R. *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. 3ª re-impresión. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.
- Moncunill de Chaer I, Bella M. *Herramientas facilitadoras de la interacción en Odontopediatría*. En: Bella M I, Ceballos M. *Planificación local participativa en salud. Un aporte para... crecer en salud*. Gráfica del Sur 2011, Córdoba Argentina. Cap. 6.
- Organización Panamericana de La Salud, (1992): "Manual de Comunicación Social para Programas de Salud". Washington, D.C., Editorial OPS.
- Perrone N. *Procedimientos y técnicas de planificación-programación en salud*. En: Bordoni N, Escobar Rojas, Castillo mercado. *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 1ª ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010. Cap. 47, 48,49 y 50.
- PRECONC Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional, curso 4, modulo 1y 2. Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires, OPS 1998.

-Rovere, M. "Redes en Salud: los grupos, las Instituciones, la Comunidad". Segunda Edición, El Ágora Asociación civil. 2006.

- Urquía ML. (2019). Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. 2da ed. revisada. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa; p. 92.

-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].

Complementaria:

- Alemán Sánchez P; González Valdés D.; Delgado Díaz; Acosta Acosta E. La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal Rev. Cubana Estomatol v.44 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007 *versión On-line* ISSN 1561-297X.

-47º Consejo Directivo, 58º 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.

-Espinosa González G. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev. Cubana Estomatol v.41 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004. *versión On-line* ISSN 1561-297X

-Instituto Mario N; Consorcio M; Tognoni G; Barri H. Manual de Epidemiología Comunitaria. El camino de las comunidades. 1º Ed-Córdoba Universidad Nacional de Córdoba, 2011; 21(3):175-178.

-Kornblit AL, Mendes Diz AM. Salud y adolescencia. 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires-Aique Grupo Editor, 2005; Cap 1.

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

- Moysés Simone T, Kriger L, Moysés S J. Saúde bucal das familias-Trabalando com evidencias. Sao Paulo: Artes Médicas, 2008; Cap. 8

- Manual de comunicación para la salud. Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias. PROAPS, Córdoba 2007. Disponible en la página web: www.proaps.cba.gov.ar

-OMS Global Oral Health Status Report. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 ISBN 978-92-4-006148-4 (electronic version) ISBN 978-92-4-006149-1 (print version) © World Health Organization 2022 Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

- OPS; Renovación de la Atención Primaria de la salud; agosto de 2005.

-Rita N; Morella M; Morales Thais y otros. Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición. Acta Odontológica Venezolana Vol 44 Nº 346-351.

-Saforcada E. *Acerca del concepto de Salud Comunitaria*. It Salud Comunitaria y Sociedad. 2010, 1(1):7-19.

-Villalobos Rodelo J; Medina Solís C; Frechero N, Vallejos Sánchez A y otros. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Novolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. Biomédica 2006; 26:224-33.

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.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.

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/informacion-epidemiologica>

-Universidad Johns Hopkins: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

-Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>

METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

La concepción de enseñanza y aprendizaje que se sustenta en Odontología Preventiva y Comunitaria II, concibe al estudiante en un rol activo en su proceso de aprendizaje.

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 que observa en la comunidad.

El proceso de enseñanza está planificado con diferentes modalidades de trabajo, que se suceden cronológicamente en el tiempo:

- En el Aula Virtual de la asignatura se colocarán todas las actividades.
 - Teóricos-prácticos obligatorios **presenciales en aulas** de la facultad.
 - Prácticas comunitarias en comunidades escolares.
 - Seminarios orientadores de las actividades en servicios públicos de salud.
 - Prácticas comunitarias en servicios de salud con referentes comunitarios.
 - Plenario de integración final en formato de feria de producciones de intercambio.
- Se retoman conocimientos previos de OPCII y de otras asignaturas del Departamento y del Ciclo Profesional y de Integración. Los temas se presentan aplicados a la “atención clínica” y a la “intervención comunitaria territorial”, desde un enfoque integral, interdisciplinario e intersectorial, que describe distintas facetas de las problemáticas de salud.

Evaluación de los aprendizajes

Las actividades inician con una **evaluación diagnóstica** y **concluyen con una instancia individual** a través de una técnica de retroacción en donde expresan pareceres sobre los aprendizajes y la experiencia los distintos actores intervinientes y una **instancia grupal de plenario** en donde cada grupo presenta su análisis de situación, objetivos, actividades, logros y dificultades.

Evaluación de proceso (formativa), se incorporan gradualmente diferentes estrategias con modalidades de aplicación individual y/o grupal para el seguimiento del desempeño de los estudiantes. Algunas de las estrategias utilizadas son: diario de campo, portafolio, evaluación en situación auténtica, etc.

Evaluación sumativa individual: para valorar los conocimientos adquiridos se realizan dos pruebas escritas semi-estructuradas de todas las unidades del programa y un Ejercicio sobre Índices odontológicos.

Evaluación grupal de proceso de la práctica comunitaria a través de un Portafolio en donde se archiva la producción referida al trabajo comunitario, con el formato de planificación local y el de proyecto comunicacional.

Criterios de Evaluación:

Los estudiantes deben realizar la Guía de Actividades Prácticas correspondiente.

Se registra la participación en la dinámica grupal; actitudes de responsabilidad, respeto, colaboración, pertenencia y pertinencia en la dinámica grupal; fortaleza argumentativa; razonamiento crítico.

En las actividades comunitarias: capacidad de trabajo en equipo y pertenencia de grupo. Respeto por las instituciones, las personas y las normas de bioseguridad. Manejo de las técnicas propias de la disciplina y búsqueda de alternativas para sortear las dificultades.

En la evaluación final se considerarán: Claridad, coherencia y precisión en el lenguaje escrito; capacidad de relacionar e integrar conceptos, capacidad de transferir a situaciones clínicas y comunitarias.

Evaluaciones individuales:

- Dos parciales semi-estructurados de todas las unidades de contenidos.
- Ejercicio de índices odontológicos.
- Evaluación de Planificación.

Evaluaciones grupales:

- Desarrollo y presentación de los informes de todas las guías de actividades prácticas.
- Presentación Guía de servicios de salud.
- Parcial grupal de la práctica comunitaria en comunidades escolares.

Al concluir las actividades comunitarias, los estudiantes hacen la devolución sobre el proceso de intervención territorial desarrollado en plenario junto a los referentes comunitarios, instancias en las cuales se evalúa en forma grupal la experiencia.

Evaluación de la experiencia territorial: se realiza una técnica de retroacción a los estudiantes, referentes comunitarios y familiares de los escolares, en donde cada uno expresa su parecer sobre la experiencia, lo aprendido y lo logrado, por escrito una vez al año para cada grupo.

Para la evaluación en las prácticas en servicios públicos de salud, el profesional del servicio debe valorar el trabajo del estudiante en el formulario elaborado a tal fin.

DE LAS CONDICIONES ACADÉMICAS PARA LOS ALUMNOS se ajustarán a las Ordenanzas y reglamentaciones vigentes según la situación epidemiológica y se contemplará la Ordenanza 6/2016 Res HCD 429/2016, a excepción de la condición de examen la que se detalla a continuación.

Del examen final de la asignatura

El examen de la asignatura será en el marco de la normativa: RR 387/20, RD y RHCD 110/20, RHCD 77/20 y RR 641/20

-Alumnos Regulares:

Constará de una prueba de defensa oral de las actividades desarrolladas en las escuelas y en los centros de salud. Se evaluará la transferencia de los aprendizajes realizados en las diferentes instancias de formación de la asignatura para la comprensión de la situación comunitaria.

-Alumnos Libres: La modalidad del examen final, contendrá dos partes:

1-Elaboración de una programación en salud bucal siguiendo los pasos de la planificación estratégica a partir de una "Situación problemática Comunitaria", planteada a partir de experiencias propias de la Cátedra, debiendo constar los medios para la obtención de datos, análisis de los mismos, determinación de prioridades y necesidades, fijar objetivos y definir el desarrollo de las acciones odontológicas para enfrentar la situación y su evaluación. Etapa que deberá ser aprobada para pasar a la segunda instancia.

2- Constará de una evaluación oral de fundamentación de la programación elaborada, con la misma modalidad que para alumnos regulares, obteniendo en esta última instancia la nota definitiva.

-Alumnos con Promoción sin examen:

Una vez alcanzada la condición, en el término del desarrollo de las actividades fijadas por la Cátedra y teniendo las correlativas requeridas, si corresponde según despacho de alumnos, habrá obtenido la misma.

Recursos didácticos para la enseñanza

a. Guía de contenidos y actividades prácticas

Anualmente se analiza el material de estudio con los contenidos de **la asignatura, se actualiza y se organiza el material** en función de aportar a la elaboración del nuevo plan de estudios, de mejorar la enseñanza y el aprendizaje y en consideración de las demandas que emergen del vínculo con la sociedad de la asignatura.

Se cuenta con los siguientes recursos:

- Guías de contenidos divididos en unidades versión digital (de acceso libre y gratuito en el Aula Virtual OPC II).
- Guía de actividades prácticas disponible en el Aula Virtual OPC II.

- Guía de actividades para el trabajo comunitario destinada a las escuelas y a los servicios de salud
- Bibliografía complementaria según el servicio de salud al cual se concurre

b. **Aula Virtual**

Se entiende este espacio virtual como posibilidad de comunicación formal con los estudiantes, en donde se accede de forma libre y gratuita a la bibliografía sugerida por la cátedra, los recursos didácticos necesarios para el cursado.

Se utilizan distintos espacios de la Web para la organización de las actividades comunitarias y la discusión sobre estrategias preventivas en salud bucal.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2023 OPC II-

FECHA: SEMANA	UNIDAD TEÓRICA El material de estudio está en la Guía de contenidos	CONTENIDOS	ACTIVIDAD TP: teórico práctico Guías de actividades
10/04 al 14/04	U 1 Odontología preventiva y comunitaria	-Salud y Salud comunitaria - Odontología comunitaria -Promoción y cuidado -Atención integral -Ciclos de la vida/Vulnerabilidad	1° TP- PRESENCIAL Acuerdos de trabajo Organización de grupos <u>Guía de actividades prácticas 1</u>
17/04 al 21/04	U 2- Enfoque epidemiológico en Salud	-Proceso salud enfermedad atención -Determinación social de la salud -Atención primaria salud -Grupos prioritarios -Enfoque epidemiológico	2° TP-PRESENCIAL Presentación de la Guía de actividades prácticas 1. Discusión grupal Apertura U2.
24/04 al 28/04		Análisis de modelos de s/e en los conceptos de las enfermedades bucales prevalentes	3° TP – PRESENCIAL <u>Guía de actividades prácticas 2</u>
01/05 AL 05/05		Medidas epidemiológicas -Incidencia, prevalencia y riesgo.	4to TP- PRESENCIAL Medidas epidemiológicas Ejercicios en trabajo de aula
8/05 AL 12/5	U3 - Indicadores epidemiológicos de la situación de salud bucal.	-Medidas de frecuencia - Índices de salud y de enfermedad -Índices odontológicos: CPO, ceo, SIC, índices de placa, estado Gingival.	5° TP- PRESENCIAL Ejercicios de aplicación <u>Guía de actividades prácticas 3</u>
15/05 al 19/05	U 2 y U 3	Integración de epidemiología y situación de salud bucal	PRÁCTICO EVALUATIVO DE INDICES 6°TP PRESENCIAL
01/06 18HS	1 ER PARCIAL UNIDADES 1,2,3-		
29/05 al 02/06	U 4 – Planificación en sistemas de salud	-Planificación según el nivel organizativo -Enfoques en planificación en salud. - Momentos de la planificación local - Planifica acción	EVALUATIVO DE PLANIFICACIÓN 7°TP

			Guía de actividades prácticas 4-1era parte Organización del trabajo en territorio
5/6 al 9/6	U5- Territorio	Territorio, comunidad, espacio, actor en situación. Reconocer el territorio, organizaciones, actores, necesidades y problemas. Identificar aspectos a trabajar con promoción de salud.	8º TP <u>Guía de actividades prácticas 4-2da parte TERRITORIO</u>
12/6 al 16/6	Integración de unidades	Presentación del diagnóstico situacional	9º TP PRESENCIAL Acuerdos y presentación del diagnóstico
19/6 al 23/6	U5 Comunicación y salud	Componente educativo Plan comunicacional. Promoción de salud Medidas preventivas	EVALUATIVO DE COMUNICACIÓN 10º TP- <u>Guía de actividades prácticas 5</u>
26/06 al 30/06	Sistemas, redes y equipos de salud	Sistemas de salud/campo de salud Modelos de atención Equipo de salud. Redes de trabajo	11º TP- <u>Guía de actividades prácticas 6</u>
3/07 al 7/07	U6 Abordaje clínico y preventivo	Propuestas terapéuticas comunitarias y singulares TRA Medidas preventivas Líneas del cuidado y ciclos de la vida	12º TP-PRESENCIAL
7/07 18HS	2DO PARCIAL UNIDADES 4,5 Y 6 (Fecha tentativa según se defina en la coordinación de 5to año)		
31/07/23 al 15/09/23	Grupo A Territorio: comunidad escolar (7 trabajos prácticos) - EVALUACIÓN: PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL PROYECTO DE SALUD ESCOLAR Y EVALUACIÓN DEL PROCESO		
18/09/23 al 03/11/23	Grupo A Territorio: Servicios de salud (2 seminarios y 4 trabajos prácticos) EVALUACIÓN: PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD EN EL SERVICIO DE SALUD Y EVALUACIÓN DEL PROCESO (Se inscribirán según la disponibilidad de los servicios de salud)		
18/09/23 al 03/11/23	Grupo B Territorio: comunidad escolar (7 trabajos prácticos)- EVALUACIÓN: PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL PROYECTO DE SALUD ESCOLAR Y EVALUACIÓN DEL PROCESO		
31/07/23 al 15/09/23	Grupo A Territorio: Servicios de salud (2 seminarios y 4 trabajos prácticos) EVALUACIÓN: PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD EN EL SERVICIO DE SALUD Y EVALUACIÓN DEL PROCESO (Se inscribirán según la disponibilidad de los servicios de salud)		
	PLENARIO DE INTEGRACIÓN		

GUÍA DE CONTENIDOS

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA



Compiladora Marcela Bella

AÑO 2023

ODONTOLOGÍA 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, epidemiológica- situación de salud y servicios de salud disponibles- e histórica, procurando organizar un modelo de atención participativo, centrado en el cuidado y atención integral de la salud de las personas, las familias y las comunidades, acorde al tiempo en que vive.

Asumimos la relevancia que cobra ser sujeto reflexivo y activo, que nos lleva a pensarnos como personas de un tiempo/espacio y de un colectivo, con identidad y pertenencia, parte de un mismo país y del planeta.

RELACIONES DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

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

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.

Desde la Odontología Comunitaria 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 y 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

ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

La odontología Comunitaria incluye a la Odontología Preventiva. Se define como el esfuerzo organizado de la sociedad en su conjunto, dirigido a promocionar y proteger el bienestar de la población cuando está sana, restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo integrándolo de nuevo a su medio social, laboral y cultural.

Es esperable que las acciones de odontología comunitaria (OC) se concreten con plena participación de los actores involucrados, que comparten el espacio de relación en una práctica comunitaria, en un momento particular de la vida, en donde los actores pueden ser el estado, los agentes del estado, la comunidad barrial, la escuela, la familia, cada persona.

Como toda actividad vinculada con la salud de las personas y las comunidades, y por ende con la vida, es esperable que sea un espacio en donde la reflexión y la acción desde los derechos universales sea el desafío, al igual que nuevas perspectivas que permitan repensar nuestras prácticas y las relaciones que en ellas se desencadenan, para contribuir al buen vivir de los comunidades y los pueblos, en armonía los unos con los otros y con el ambiente.

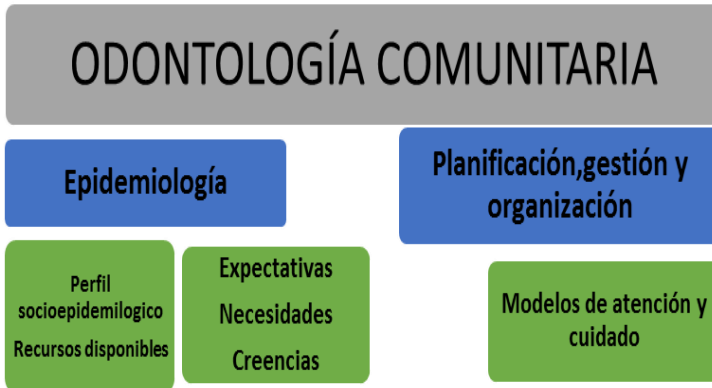
su salud

EL CAMPO DE CONOCIMIENTO DE LA ODONTOLOGÍA COMUNITARIA (OC), centrado en la necesidad y realidad socio-cultural de cada contexto, se constituye con distintas áreas del conocimiento y/o disciplinas, tales como la epidemiología, promoción de salud, prevención y atención de enfermedades y planificación y gestión de los servicios sanitarios.

Cuando trabajamos desde una perspectiva comunitaria, nos apoyamos en conocimientos **epidemiológicos** que permiten describir a la población, reconociendo características socio-culturales,

expectativas, concepciones de salud, recursos con los que cuentan, necesidades de atención de la salud, perfil epidemiológico, etc.

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 planear acciones en la comunidad, la odontología comunitaria se apoya en conocimientos de **planificación y gestión de los servicios de salud** con criterio epidemiológico, apoyados en la

Planificación Estratégica (Carlos Matus 1977, 1994) y en la Planificación Local Participativa (Elsa Moreno, 2000), a partir de características propias del grupo, necesidades del mismo, situación de salud-enfermedad, recursos disponibles, etc. junto con la comunidad. Este accionar en la comunidad, normalmente se observa en las prácticas de salud y en la organización del sistema de salud en donde se producen y reproducen modelos de gestión y atención del proceso salud-enfermedad.

Otro aspecto relevante, son los cambios que se vienen dando en los últimos tiempos en los patrones de aparición, distribución y evolución de las enfermedades en general y particularmente bucal. Estos cambios deben traducirse en diferentes maneras de estudiar y tratar la salud- enfermedad bucal en la población.

Son necesarias prácticas clínicas centradas en diagnósticos que analicen la dimensión individual desde el enfoque de la determinación social de la salud, la pertenencia socio-cultural, los particulares modos de vida, donde el trayecto de la persona es también significativo. Esto nos lleva a pensar riesgos colectivos, y también personales, que permitan trabajar el control de la enfermedad cuando ya está presente, promoviendo una mejor calidad de vida de la comunidad en conjunto.

La pandemia de COVID-19 trajo aparejados, para el mundo, múltiples cambios en la cotidianidad de la vida y en las formas de cuidado, atención y control de las enfermedades. Durante los primeros meses de pandemia, el escaso conocimiento sobre la enfermedad, su contagio y evolución, generaron situaciones de incertidumbre que en relación a la atención odontológica, implicó que durante los seis primeros meses del año 2020, las únicas prácticas recomendadas fueron las urgencias odontológicas.

En términos de la salud bucal de las personas se observó cierta dificultad para acceder a controles periódicos; numerosos cuadros de stress, que se expresan de múltiples formas: fracturas dentarias por sobrecarga funcional, desgastes dentarios, sintomatología en la ATM, complicados cuadros gingivo-periodontales; complicaciones de orden sistémico por abscesos dentarios tratados tardíamente;

dificultad para sostener hábitos de cuidado e higiene, entre otras múltiples situaciones que se vieron agravadas por la dificultad que representa sentir el riesgo exacerbado de enfermarse y poder perder la vida, por una enfermedad cuyos síntomas inician con fiebre, malestar, tos, pérdida de olfato, pero cuyas secuelas y formas de la enfermedad aún siguen cambiando.

CAMPO DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA COMUNITARIA (OC): El campo de acción de la OC adquiere diversas y variadas formas, según las personas involucradas, los territorios, los propósitos, las instituciones, etc.

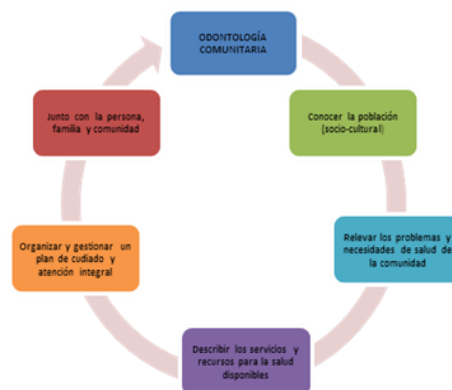
Desde una perspectiva colectiva el campo de acción de la OC busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y grupos poblacionales, apuntando a la transformación de las condiciones de salud-enfermedad.

Entre las acciones de OC está la **Promoción de la Salud**, cuyo propósito es promover pautas de cuidado para ayudar a las personas y a las comunidades a mantenerse sanos. Se procuran acciones interdisciplinarias e intersectoriales, de concientización, capacitación, información y educación continua, que colaboren en el logro de formas de vida más saludables, que fomenten el cuidado y la solidaridad.

Se insiste en la importancia que reviste centrar la mirada y las acciones **desde el enfoque de la salud**, para trabajar posturas propositivas, que permitirán que **no** sea la atención de la enfermedad, el organizador casi exclusivo del sistema de salud, de los modelos de atención y de la formación de los agentes del sector, “para desarrollar una práctica odontológica con sentido de totalidad” (Yajaira Romero, 2006).

Se parte de la importancia de abordar el componente bucal de la salud desde la teoría de la complejidad (Edgar Morín), como proceso socio-histórico-cultural, en donde cobra relevancia las diferentes dimensiones que lo constituyen, es decir la **biológica, cultural, social, económica y política**.

Es también incumbencia de la OC 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 y la atención de la enfermedad desde un modelo de cuidado y atención integral.

La dimensión social interviene en la determinación de la condición de vida de las comunidades y se expresa también en el proceso de salud-enfermedad-atención, por ello el modelo de atención y cuidado debe considerar los aspectos de la determinación social de la salud que condicionan el estado de salud/enfermedad /atención de las personas y las poblaciones.

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

- Promoción de la salud y Educación para la salud (EDSA)
- Atención integral de la salud, 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, la vulnerabilidad social y los territorios.

CAMPO DE ACCIÓN DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA



BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DEL TRAYECTO DE LA CIENCIA ODONTOLÓGICA¹⁰

¹⁰ **López Jordi MC.** Tesis de Maestría "La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y perfil profesional", Montevideo Uruguay 2012.



En relación a la práctica odontológica hubo un reconocimiento, por muchos años, de que un buen desempeño estaba definido por la implementación de restauraciones/obturaciones, en las cavidades que sufrían los elementos dentarios como consecuencia del proceso carioso. Esta forma de trabajo que esperaba la aparición de los daños en la dentición y a partir de allí iniciaba el llamado “tratamiento curativo” de las lesiones, representó el paradigma de la Odontología restauradora (quirúrgico-restaurador) centrado en la técnica y muy poco en la ciencia, en donde la caries se trataba como una lesión y no como un proceso salud-enfermedad.

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, como si fueran la panacea, sabiendo que seguramente con el paso del tiempo iba a ser necesario realizar una restauración mayor, más compleja y naturalmente más costosa. Cumpliéndose el círculo vicioso del tratamiento quirúrgico-restaurador que 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.

El paradigma quirúrgico-restaurador condenaba al dentista a ser apenas un espectador actuando como “fiscal de demolición” (De Carvalho S, 1997), representando una frustración para los profesionales. 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.

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 las personas que recibían tratamiento odontológico culminaran perdiendo todos sus dientes a edades tempranas.

Esta etapa permitió nuevas reflexiones en la disciplina, apoyadas en evidencias epidemiológicas y en otros saberes, lo que significó un giro filosófico, que 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

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, concentran 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 muestran los resultados de los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y detallados en su Global Oral Health Data Bank.

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 Fitzgerald (1961) demostrando que la caries dental es una enfermedad infecciosa, microbiana, y transmisible y de Harold Löe y col. (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 lo determinante de los contextos sociales, desestabilizan 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 modo 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-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.

En este sentido, un problema que como ciencia se debe considerar es el hecho de que no son los materiales los que deben delimitar nuestra forma de diagnosticar y tratar la caries, sino el conocimiento de la enfermedad, la dolencia y la población que la padece.

En la actualidad, la **Odontología mínimamente invasiva** nos convoca a revisar cómo resolvemos los problemas de caries y su prevención, a fin de lograr el control de la enfermedad y evitar su avance.

A partir de esta afirmación surgen algunos interrogantes:

¿Estamos pensando la caries como una enfermedad o como lesión? ¿Cómo proceso individual o colectivo?

En esta línea del pensamiento es necesario diseñar nuevos estudios acerca de las personas, las familias, las poblaciones, que permitan profundizar sobre el comportamiento de los procesos cariosos a la luz de las formas de comer, de relacionarse, de utilizar/vincularse con el cuerpo y con la boca en particular, y con las personas.

Carlos Botazzo, autor brasilero creador del concepto de **Bucalidad**, plantea que la odontología es una ciencia odontocentrada y nombra a la caries como la patología madre.

Botazzo (2010; 2013) se refiere a la boca como un territorio, con el cual desarrollamos múltiples funciones como al lenguaje, el placer y la subsistencia. Actividades sociales e inmersas en una cultura. Con la boca hablamos, masticamos, deglutimos, comemos, degustamos, besamos. La boca como elemento simbólico de mediación entre las diferentes relaciones hombre-mundo. La describe como cuerpo biológico, citando los diferentes usos según las clases sociales y las respectivas inserciones de esas clases en el proceso productivo. En este sentido vincula su uso social, consecuente con diferentes calificaciones del trabajo y del trabajador, y que según ello es establecido el patrón de desgaste físico-biológico, es decir que los agravios biológicos a la salud son condicionados por los distintos modos sociales de vivir.

Por ello la odontología como ciencia requiere múltiples descentramientos o alienaciones que pueden ser sus desafíos, por ejemplo poder superar la mirada centrada en el diente, luego en la caries y así poder pensar en la salud bucal de la persona, sujeto único e indivisible que siente, piensa, padece y tiene una historia, cuya situación de salud/enfermedad bucal suele estar vinculada a las posibilidades

de vida, a sus costumbres, su forma de uso de la boca, entre otras.

En las prácticas cotidianas de la odontología nuevas condiciones de riesgo son identificadas, tales como los piercing y las lesiones ocasionadas en los tejidos blandos y el esmalte; el ritmo acelerado y exigido de vida que conlleva fracturas y desgastes dentarios por sobrecarga funcional, bruxismo, entre otros; las recurrentes hipoplasias en los elementos dentarios aceleran su destrucción; la elevada frecuencia de gingivitis ulcero necrotizante en los jóvenes y de chancros sifilíticos, son algunos de los viejos, hoy frecuentes problemas que enfrentamos, sumado al tratamiento oncológico, personas que padecen estados de inmunodepresión, etc.

Cabe entonces reflexionar ¿cuál es el objeto de la odontología? ¿Cuál es su campo de práctica y de conocimiento? ¿Es la caries? ¿Es solo el diente? ¿Cómo debe ser la ciencia hoy para responder a los problemas que emergen? ¿Estos problemas son simples o complejos? ¿Es la Odontología aislada del resto de las profesiones de la salud, el tipo de práctica que el hombre y la sociedad actual necesitan? ¿Nuestro campo de práctica es el diente o la salud bucal de la persona y la comunidad? ¿Salud bucal incluye a todos los tejidos bucales y su función, su uso, su desgaste, etc.?

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 de los organismos internacionales y regionales de la salud, 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 modelo del cuidado y atención integral de la salud, en occidente, 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.

La **producción del cuidado** implica una proposición de acciones y servicios de salud, con

responsabilidad compartida, por parte de los usuarios y del equipo de salud, para establecer la posible respuesta a los problemas, dolores, angustias y aflicciones-dolencias-, de tal manera que no solamente se lleven a cabo consultas, sino que el proceso de atención se traduzca en conocimiento, responsabilidad compartida y autonomía para cada persona.

El surgimiento del **modelo del cuidado y la atención integral** de la salud es un cambio de paradigma. Se centra en la salud como objetivo, denota relaciones horizontales, simétricas y participativas. El cambio de orientación en el modelo de atención de salud, establece las diferencias entre un cuidado integral de la salud para todes y por todes, intersectorial, interdisciplinario, promocional, preventivo, participativo y descentralizado; diferente de la atención reparativa de ciertas enfermedades, que no impacta en la calidad de vida de las personas y las sociedades. Como modelo de práctica, debe ser flexible y dinámico tanto como modelo de atención y como en la organización del sistema, debe estar en constante revisión y construcción, para acompañar los cambios de las sociedades a las cuales se destina, considerando las diferencias sanitarias, epidemiológicas y culturales, de las poblaciones, las personas y los equipos de salud.

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 resolutoria. Es necesario conocer a las personas en su ambiente, 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.

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 agentes de salud.

Desde la perspectiva de la **salud bucal**, el **modelo de cuidado y atención integral** plantea la reorganización del sistema y de la atención en salud bucal en todos los niveles, con el cuidado como eje orientador del sistema.

El plan de salud está centrado en la promoción de la salud, la intervención en los factores que la ponen en riesgo y en la atención de la enfermedad. Enfoca la resolución de los problemas de la salud bucal en su totalidad- tejidos duros dentarios, blandos, encía, oclusión, etc.- desde la perspectiva de hombre -sujeto de derecho- perteneciente a una determinada comunidad, con características y necesidades particulares

Desde Odontología Preventiva y Comunitaria II, se impulsa el abordaje integral de la salud de la comunidad, que implica la promoción y protección de la salud, prevención y curación de la enfermedad.

El eje del trabajo es el cuidado de la salud de la persona, la familia y la comunidad, por medio de prácticas de salud integral, interdisciplinarias e intersectoriales, con responsabilidad compartida y diferencial entre todos los involucrados en el proceso de sanar, curar y enfermar.

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

El abordaje de los problemas de salud en el espacio comunitario, se realiza a partir de la **estrategia de atención primaria de la salud** (OPS, 2005), que permite articular prácticas que posibiliten mayor acceso de la población al sistema de atención, pertinentes a la realidad socio-cultural y epidemiológica de la población y que contemple criterios de inclusión, para subsanar desigualdades, de género, etnia, raza, edad o lo emergente.

Se destaca que el trabajo implica acciones destinadas a las personas y también a las comunidades, es decir de orden individual y poblacional.

- 1. Interdisciplina:** el desempeño del odontólogo no debe limitarse solo al campo biológico o al científico-técnico. Debe interactuar con otras disciplinas, para aproximarse a un análisis holístico de los problemas de salud bucal, consciente del contexto socio-económico-cultural de la población a cargo; centrando en el cuidado integral de las personas y las comunidades, sin perder la especificidad 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.

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-contrareferencia), dar respuesta a la necesidad que produjo la búsqueda de asistencia, evitando el agravamiento del cuadro. Los servicios deben dedicar un tiempo de consulta suficiente y apropiada a la complejidad de las necesidades de las personas (según problemas de salud-enfermedad bucal).

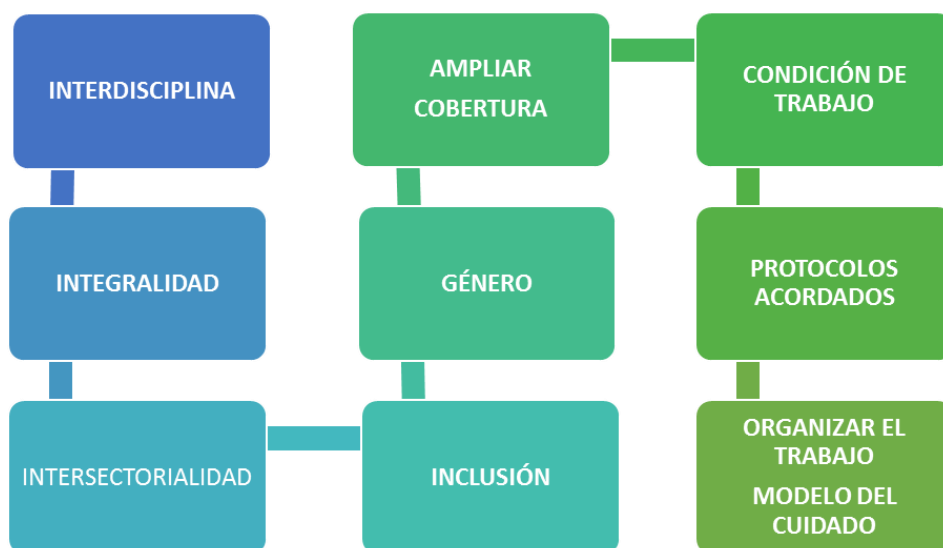
5. Condiciones de trabajo adecuadas para asegurar el ejercicio de la práctica profesional en ambientes saludables, que mejoren el uso de la capacidad instalada de la red de servicios, con el adecuado suministro de instrumental, materiales, equipamiento, conocimientos, condiciones dignas de trabajo, etc.

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

7. Considerar la dimensión de la inclusión y la perspectiva de género: desde un enfoque positivo, que considera la diversidad de las personas y las comunidades, las diferencias individuales y colectivas, para garantizar igualdad de oportunidades en sociedades desiguales, para reconocer violencias y discriminaciones, entre otras formas de desigualdad.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO PROFESIONAL EN EL MODELO DEL CUIDADO INTEGRAL

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES EN 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 garantizar la atención tanto de la salud como de la enfermedad, en el ámbito individual, familiar y social.

Equidad presupone subsanar desigualdades. 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.

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 salud.

Acceso: buscar el acceso universal a la asistencia, 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, considerándolo en su integridad biológica-psicológica-social. Presupone que el servicio de salud esté enfocado en la persona, garantizado por un equipo de salud, para recibirla, escucharla, orientarla, atenderla y acompañarla. Representa la base de la humanización de las relaciones.

Vínculo: el agente de salud debe contribuir a la resolución de los problemas de salud, en el área a su cargo, por medio de la oferta de acciones calificadas y eficaces. El vínculo es 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.

Responsabilidad: el sistema debe ofrecer prácticas resolutivas en relación a los problemas y demandas de salud de las personas/usuarios, siendo co-responsable para dicha orientación/resolución, considerando 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 escenario para escuchar, atender y tomar las medidas oportunas, creando las bases para una atención integral de la salud y las necesidades de los distintos grupos poblacionales.

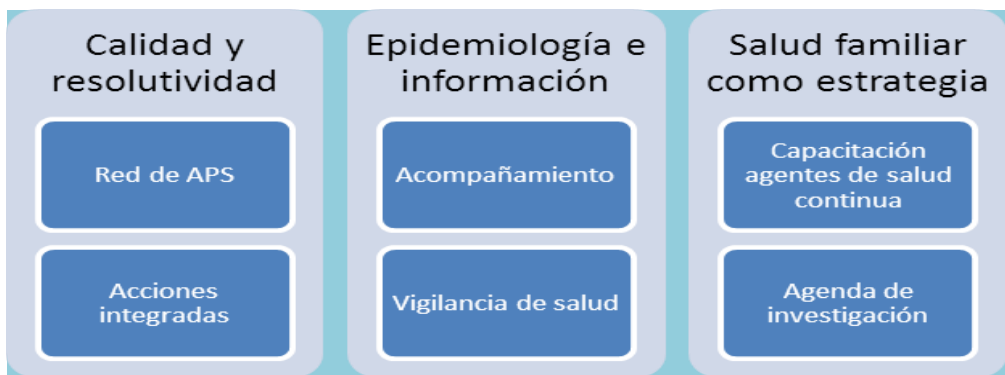
PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES EN SALUD



Reorientación del modelo de atención en salud bucal centrado en la estrategia de atención primaria de la salud:

1. Asumir el compromiso de garantizar la **calidad y resolutivez** del primer nivel de atención (atención primaria calificada).
2. Garantizar una **red de atención primaria articulada** con toda la red de servicios, 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 adscripta.
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 **vigilancia de la salud y la enfermedad, para valorar el impacto de las acciones en salud bucal** por medio de indicadores adecuados, lo que implica la existencia de registros simples, confiables y continuos.
6. Incorporar **la Salud Familiar como una estrategia importante** en la reorganización de la Atención Primaria de la Salud.
7. Definir la política de **formación continua para los trabajadores de la salud bucal**, para que atiendan las necesidades de la población y los principios del cuidado integral de la salud.
9. Definir una **agenda de investigación científica** para investigar los principales problemas relativos a la salud bucal, además de desarrollar nuevos productos y tecnologías para expandir las acciones de los servicios públicos de salud bucal en todos los niveles de atención.

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA



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 en la atención de aquellos que la solicitan; hacia un modelo de atención integral de la salud, donde se incorporen progresivamente acciones de promoción, protección, junto con aquellas de recuperación propiamente dicha.

Las líneas de acción de la OC son aquellas actividades necesarias para promover, proteger y recuperar la salud en un territorio, las cuales deben ser identificadas a partir del perfil epidemiológico de la población a cargo, en lo que respecta a las enfermedades más comunes, las condiciones socio-económicas de la comunidad, hábitos, modos de vida, necesidades de salud – percibidas o no – la infraestructura y extensión de los servicios disponibles.

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, o simplemente formar parte de la campaña si es una prioridad.

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 ofrecer información que oriente la forma de amamantar, alimentar e higienizar al niño, para contribuir a su normal crecimiento y desarrollo.

Pensar 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. Las acciones de salud bucal deben ser consensuadas y articuladas con las estrategias del equipo de salud. Algunas de estas acciones pueden realizarse junto con el agente comunitario, cooperadora de padres, médicos, enfermeros, trabajadores de la salud en general, etc.

DESCRIPCIÓN DE DISTINTAS LÍNEAS DE ACCIÓN EN ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

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.

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 boca, como para diabetes, hipertensión, obesidad, trauma y cáncer, a través de orientaciones de cuidado y 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 pedagógico-preventivas. El equipo de salud debe hacer un esfuerzo simultáneo para aumentar la autonomía y estimular prácticas de cuidado por parte de las personas, 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 consultorio particular, en los centros de salud, en grupos de ancianos, en un comedor escolar, en el comedor universitario, etc.

Fluoración del agua: se entiende que el acceso al agua potable y fluorada es fundamental para la salud de la población. Son importantes las políticas públicas que garanticen la fluoración del agua, vigilancia de los niveles regionales de flúor y de otros compuestos que modifiquen la calidad del agua de bebida, constituye la manera más amplia y socialmente justa de acceso al consumo de agua.

Educación en salud: son acciones destinadas a la concientización sobre el proceso salud-enfermedad, incluyendo factores de riesgo, protección, así como posibilitar en la población la reflexión sobre costumbres, mitos, y hábitos referidos a salud. Promoviendo el intercambio de saberes que contribuye a crear conciencia sanitaria apoyada en la 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.

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. Se sugiere cautela antes de censurar la forma en que una persona se higieniza o bien 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 (gel fluorado y/o barniz fluorado). Para aplicar se recomienda tener en cuenta la situación epidemiológica (riesgo) de los distintos grupos poblacionales.

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.

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.

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. Prevención y orientación en relación a lesiones

pre malignas y/o cáncer bucal.

Actividad 1:

Los invito a pensar y reflexionar sobre las imágenes que siguen a continuación.

En las que subyacen miradas sobre salud/enfermedad, modelos de atención, creencias, etc.

La tarea es pensar: ¿Quiénes son los actores de estas prácticas de salud? Qué rol cumple cada uno? Es una práctica preventiva, curativa o promocional? Qué noción o concepto de salud/enfermedad/ cuidado hay?



LÍNEAS DE CUIDADO

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 los **ciclos de la vida** y según la **condición de vida o vulnerabilidad**.

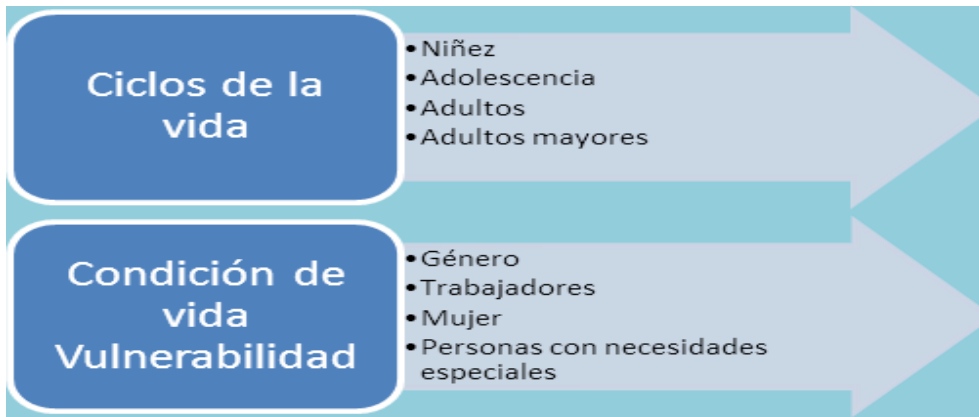
En este sentido para la organización del servicio según **las líneas del cuidado**, se crean flujos de procedimientos que implican acciones resolutivas de los equipos de salud, centrados en recibir (acoger), informar, atender y derivar de ser necesario (referencia y contra-referencia) a las personas.

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.

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- **Ciclos de la vida:** consiste en el reconocimiento de especificidades propias de la edad, pudiendo trabajar la salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor. Esto se torna de gran importancia si reconocemos que la mayoría de las acciones preventivas que se realizan a nivel de la salud pública, van dirigidas a escolares de 6 a 12 años de edad, quedando en general, para los otros grupos, 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 discapacidad, hipertensos, diabéticos, los pueblos originarios, los adultos mayores, entre 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, problemas vinculados con conductas de segregación/discriminación de niños, 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 flúor, control de tatuajes o peacing si los tuvieran, restauraciones oportuna que limiten el daño, etc.

Grupo de embarazadas y su compañero: Considerando que en esta etapa tanto la mujer como la pareja, cumplen un rol protagónico en la enseñanza y orientación de prácticas de salud y cuidado. Las acciones educativo-preventivas 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 sobre los posibles riesgos específicos fruto por su actividad laboral.

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 agentes de salud y los usuarios de los servicios. 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 para mejorar el acceso a la atención y un desafío.

Es 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, logrando tener más personas adscriptas a los mismos; mejoran la capacidad de atender las demandas de la población con el alcance de las medidas de carácter colectivo y facilita el acceso a la atención en salud de las personas que por problemas de accesibilidad geográfica, cultural y/o económica no logran llegar al centro de salud. 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 SOCIEDAD¹¹

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

¹¹ Este apartado forma parte del trabajo “Formación de mediadores de salud”- PROTRI 2011.

proteger y cuidar la salud bucal? ¿Se puede cuidar la salud bucal o hay que esperar a 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 consultar al odontólogo por dolor de muelas, ¿cuál es el mensaje? ¿Cuáles son las razones para consultar solo ante el dolor? ¿Es un problema del modelo de atención que tengo internalizado o de acceso económico, o ambos?

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".

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?

Este modelo del cuidado de la salud es atravesado por un modelo cultural de consumo y del mercado, instalado por las grandes firmas comerciales de la industria azucarera y farmacéutica mundial, en donde los medios masivos de comunicación, la escuela, el supermercado, muestran por un lado la importancia de lavar los dientes, usar pastas con flúor, hacer buches, comprar cepillos, pastas, buches, ...supuestamente todos beneficios de la salud. En igual plano, a veces en la siguiente propaganda (en

canales de televisión o radio) remarcan el placer que significa consumir aguas saborizadas, gaseosas, golosinas, etc.

Las escuelas por ejemplo ofrecen en sus kioscos golosinas y dentro del aula se insiste que comer golosinas está mal. Entonces cabe preguntarse cómo se construye un discurso del cuidado, con el discurso a veces contradictorio, antagónico, punitivo y escasamente concientizador? O con un discurso coherente entre la palabra y lo que hago (práctica/acción). Si la infancia debe ser protegida, ¿que incluye esta protección? Cómo enseño a consumir de una manera cuidada y consciente.

Algunos docentes más críticas dicen *"...Somos como dios y el diablo, les decimos que no coman caramelos pero se los vendemos..."*

Repensar los discursos y 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 respuestas 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 realmente "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 da 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 “...*La salud 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 la 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 partícipes 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 construidos a partir de la realidad local?

Si analizamos los problemas frecuentes en las escuelas argentinas de cualquier estrato socioeconómico 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, flúor 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 procesos protectores, para explicarla y comprenderla, y desde ellas diseñar las intervenciones que: fortalezcan los (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 la única meta de la salud pública. Pensar desde la salud 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.

- **Almeida Filho N, Castiel L, Ayres J.** Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Revista Salud Colectiva, 2009; **5**: 323-344.
- **Bella MI, 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.
- **Bella MI, Gigena PC, Hilas E, Moncunill I, Cornejo LS.** ¿Cómo significan el contexto de pandemia por covid-19, estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina?. Revista de Salud Pública. Edición Especial Diciembre 2020. DOI:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.v0.30435>
- **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.
- **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.
- **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>
- Global Oral Health Data Bank. Disponible en [www.who.int/oral health/databases/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/databases/en/index.html)
- **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.
- KEYES P.H; FITZGERALD, R. Recent advances in dental caries research bacteriology. Int. Dent. Journal 1961: 12, 443.
- KEYES P.H. The Non-Surgical Solution to Oral Health. <http://www.drpaulhkeyes.com>
- **Kornblit AL, Mendes Diz AM.** Salud y adolescencia. 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires-Aique Grupo Editor, 2005; Cap 1.
- LÖE H. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. J. Periodont.1966; Res. 1:1-13.

- **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.

ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO

Compiladora: Marcela Bella



AÑO 2023

ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO EN LA SALUD

“Necesitamos nuevas formas de pensar para enfrentar los problemas generados por las viejas formas de pensar”.

Albert Einstein (1879-1955).

“Debemos pensar que el enfermo es un hombre que es también un padre de familia, un individuo que trabaja y que sufre; y que todas esas circunstancias influyen, a veces, mucho más que una determinada cantidad de glucosa en la sangre. Así humanizamos la medicina”.

Ramón Carrillo (1906-1956).

Introducción

En esta unidad se presenta el tema de la Epidemiología y su aporte a la salud bucal comunitaria.

Para ello se retoman y analizan conceptos como **salud, proceso salud enfermedad -atención - cuidado, determinación social de la salud**; para avanzar en el análisis de los complejos procesos socioculturales por los cuales las personas y las poblaciones se mantienen sanas o enferman.

La unidad culmina con la presentación de la epidemiología descriptiva: tiempo, lugar y personas, presentando las medidas de resumen más utilizadas en el campo de la salud para cuantificar los procesos salud-enfermedad-atención.

“Partimos de la noción de epidemiología como pensamiento y no solo como herramienta para analizar los problemas de salud-enfermedad-atención-cuidado de las poblaciones”.

Alazraqui M, Mota E, Spinelli H (2007)

PRESENTACIÓN

Los tiempos actuales se caracterizan por tener rápidos e intensos cambios, en lo económico, social, cultural y político, y por ende también en la salud de las personas y los colectivos. Esta velocidad nos hace suponer tal vez, que el hombre, la civilización, ya tiene una respuesta o solución para todo. Conquistó el cosmos, manipula seres vivos con la clonación y la genética, influye en los colectivos humanos con la Big Data y las comunicaciones, y tantas otras intervenciones.

Sin embargo, parece ser que los cambios son rápidos para algunas cuestiones sobre la tierra y para otras no. Aún es difícil erradicar el hambre y la pobreza, viejas enfermedades como la tuberculosis, la sífilis, la caries, el dengue, entre otras; que conviven con la diabetes, HIV, depresiones, trastornos de la alimentación, accidentes y hoy el desafío del Nuevo coronavirus- COVID-19, que vuelve a tensionar viejos problemas con situaciones emergentes que agravan más aun la realidad.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD

La salud ha sido considerada, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad. Este

En el área de la salud, la globalización trajo fuertes consecuencias sobre la demografía, la producción, el consumo, el medio ambiente, las formas vinculares y relacionales entre las personas, entre estas y la naturaleza, y con los objetos. Son necesarios nuevos abordajes que consideren lo singular del sujeto en su familia, en su barrio, en su comunidad, pero a su vez esta dimensión local como parte, relacionada y comunicada con un nivel global/universal.

concepto es sumamente limitado.

La Organización Mundial de la Salud en 1967, se refiere a la *salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta definición, más amplia y completa, define la salud en términos positivos introduciendo factores sociales y mentales; pero tiene aspectos negativos, dado que equipara la salud con el “estado de completo bienestar”, lo que hace la definición utópica, convirtiéndola en estática, y no considera la influencia de las distintas culturas.*

La OMS, en 1978 en Alma Ata, incorpora la noción de **salud como derecho humano universal**, lo que obliga a los estados miembros de la organización a desarrollar estrategias y asignar recursos para su consecución.

En general cuando se define la **salud**, según el posicionamiento teórico epistemológico del autor del concepto, se apela a **distintas concepciones**, que pueden estar centradas en la mirada biomédica, cuando uno reduce la salud a la condición somato-fisiológica, psíquica y sanitaria; o bien la definición

puede poner el énfasis concepciones sociales y referirse a la salud como derecho humano un Bien social; o como un producto del mercado o mercancía, desde una posición económica; o como una construcción socio-cultural.

Lo cierto es que la salud es un fenómeno complejo, que obedece a múltiples condiciones de orden biológico-ecológico, social-cultural y económico-político. Para poder explicarlo necesitamos del aporte de las Ciencias Naturales y de las Ciencias Sociales, a fin de aproximarnos a su comprensión.

Naomar de Almeida y Filho (2000) sanitarista brasilero plantea que la “salud involucra diferentes dimensiones de la vida de las personas vinculadas con lo emocional, social, intelectual, espiritual y físico.”

Desde la asignatura adherimos a conceptualizar la **“salud como un derecho humano universal”, un bien social, como una construcción socio-cultural propia de las poblaciones, cuya determinación es compleja y responde a múltiples aspectos en momentos históricos particulares de los grupos sociales.**

Es conocido que la salud y la enfermedad forman parte de un proceso, el cual está relacionado con múltiples situaciones, cuya determinación no está al margen de la cultura, la economía y la política de las sociedades en un momento histórico particular de las mismas.

Eduardo Menéndez, médico sanitarista y antropólogo argentino, se refiere a la salud y a la enfermedad como proceso que se corresponde con todas las sociedades y los conjuntos sociales. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud son los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales.

Los grupos sociales no solamente experimentan dichos daños, sino que también dinamizan respuestas -que también son sociales- a estos fenómenos frecuentes y recurrentes que son los padecimientos. Las personas le asignan un sentido a lo que les pasa.

Esta estructura de experiencia de daños a la salud y de respuestas a los padecimientos, constituyen un proceso, **donde se generan representaciones y prácticas- sobre qué se entiende por salud y enfermedad-** y qué se hace frente a ellas, estructurándose de esta manera un saber para enfrentar, convivir, solucionar y si es posible erradicar los padecimientos.

Entendemos así que el **proceso de salud-enfermedad-atención** es universal, en todas las sociedades humanas se presentan situaciones de daños o de displacer en la vida cotidiana, situaciones en las cuales se construyen nociones en torno a la salud y a la enfermedad, se constituyen causales posibles o probables de dichos malestares, estableciéndose también en el mismo proceso estrategias colectivas tendientes a subsanarlas, con o sin la ayuda de distintos tipos de especialistas que tomen parte de la acción tendiente a curar, sanar o aliviar.

A continuación, veremos distintas teorías que se fueron desarrollando para intentar explicar la situación de salud-enfermedad de las poblaciones (definiciones de salud desde la salud pública), parte de estas discusiones se iniciaron en el siglo XIX, y permitieron el desarrollo de las posiciones actuales en relación a la determinación social de la salud.

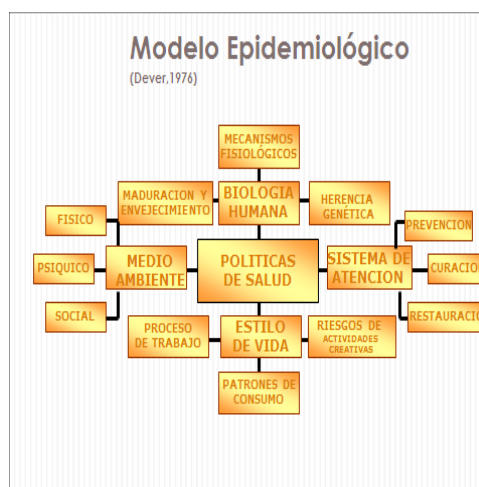
CAMPOS DE LA SALUD Y DETERMINANTES DE LA SALUD

El concepto de campos y determinantes de la salud, surge ante la necesidad de los gobiernos y de la salud pública de disponer de una estructura conceptual y práctica, que permita de manera sencilla y ordenada ubicar rápidamente los problemas o actividades relacionadas con la salud. Las primeras referencias a la conceptualización social de la salud (siglo XIX y XX), son las discusiones del médico alemán Rudolf Virchow (1821-1902) y Engels, quienes afirmaban que el estado de salud de las poblaciones, estaba fuertemente condicionado por su forma de organización social y económica.

En el año 1973, Hubert Laframboise, colaborador cercano de Marc Lalonde; Ministro de Sanidad Canadiense en aquel momento, publica el artículo “Política de salud: dividir el problema en segmentos más manejables”. Esta publicación servirá de base para el Informe Lalonde (1974) referido a la Salud Pública, en el que se enuncia que, en los países de occidente, la salud o la enfermedad de las poblaciones, no está relacionada simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho, remarca que la mayoría de las enfermedades tienen una base u origen marcadamente socio-económico.

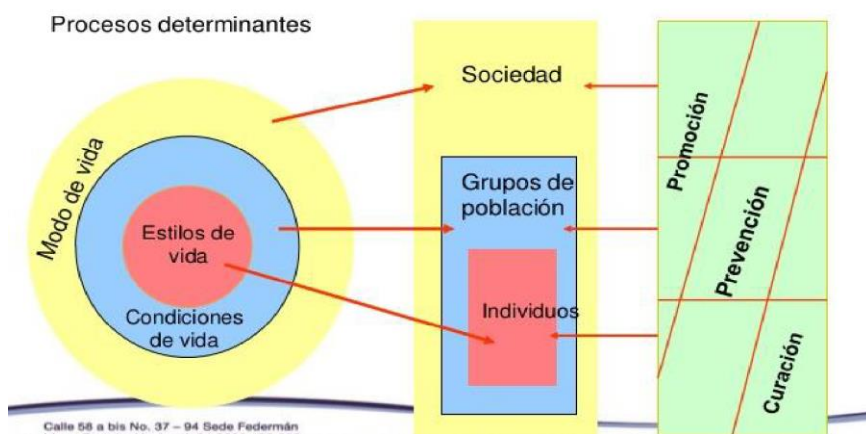
Así surge el Modelo canadiense de los **Campos de la Salud**, que describe a la salud/enfermedad de los ciudadanos como el resultado de campos mutuamente influyentes, en donde reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente, junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud.

Modelo de campos de salud Marc Lalonde (1974)

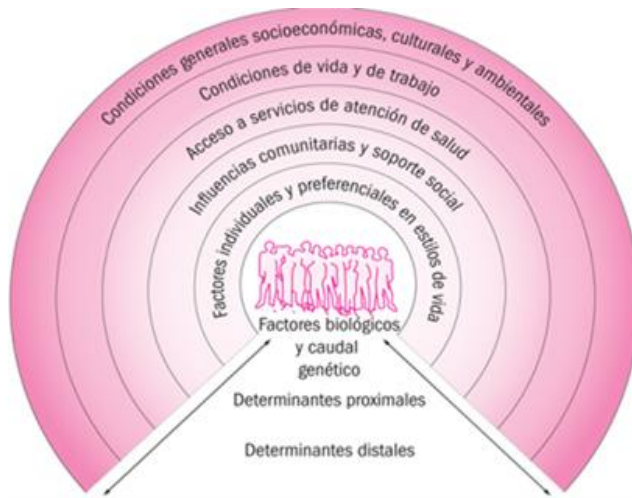


En 1991, **Pedro Luís Castellanos** describe cómo se produce la interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida, que serían *“los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado”*. Estos **determinantes son modificables**, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación.

Modelo de intervención (Pedro Luís Castellanos 1991)



Modelo de Dahlgren – Whitehead (1991) proponen el modelo socioeconómico o multinivel de los determinantes de la salud, explica cómo las desigualdades sociales en la salud, son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales. Este modelo presenta los principales determinantes de la salud como capas de influencia. Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud, pero que no son modificables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.



Modelo de Dahlgren – Whitehead (1991)

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por los gobiernos. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la **Organización Mundial de la Salud** creó, en 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. **Mejorar las condiciones de vida cotidianas**
2. **Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos**
3. **Medición y análisis del problema**

Puedes consultar sobre el tema en: Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud

Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud (PDF 62kb)

TENDENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LOS FACTORES DE RIESGO

Gracias a las mejoras en las condiciones de vida, entre ellas el acceso a la educación y al agua de red, al saneamiento y a los servicios de atención primaria de salud materno-infantil; la esperanza de vida media en los países de la Región Latinoamericana aumentó a 74,6 años en el año 2005.

Otros cambios importantes están aconteciendo, relacionados con el deterioro y la contaminación del medio ambiente, nuevos estilos de vida y de comportamiento, una mayor difusión de la información- no siempre real- y el debilitamiento de las estructuras sociales y de apoyo en la población. Estos factores contribuyen a causar obesidad, hipertensión arterial, aumento de los traumatismos-incluidos los ocasionados por tránsito en las vías públicas- y la violencia, trastornos psico-sociales, problemas relacionados con el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y la exposición a diversas sustancias químicas.

Las enfermedades desatendidas en una población, causan anemia, desnutrición, deterioro de la memoria y del coeficiente intelectual, estigma y discriminación, discapacidad permanente y muerte prematura. Varias de estas enfermedades coexisten, con lo cual multiplica sus efectos en la salud y las condiciones socioeconómicas de las personas y poblaciones.

El perfil de morbilidad de la Región está cambiando, ya que las enfermedades crónicas aumentan, lo mismo acontece en la actualidad con enfermedades transmisibles e infectocontagiosas que habían sido erradicadas y que hoy reaparecen, como causas principales de morbilidad y mortalidad, fenómeno que deberemos afrontar.

Las enfermedades transmisibles siguen siendo una causa importante de mortalidad y representan una carga muy grande en los países más pobres: por ejemplo, en Haití la incidencia de la tuberculosis es siete veces mayor que en la Región en conjunto. A esto se suman otros problemas, como la co-infección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH, y la resistencia múltiple y extrema a los medicamentos antituberculosos.

Según información publicada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la subregión de las Américas durante el 2019 la incidencia total de dengue en América del Sur es de 767,44 casos por 100.000 habitantes. Hoy el dengue es considerado endémico en la región. En Argentina, desde agosto de 2019 hasta el 22 de marzo de este año fueron notificados 26.351 casos con sospecha de dengue, de los cuales 2004 fueron confirmados y más de 4 mil fueron diagnosticados como probables casos.

A todo lo expuesto se suma la amenaza de enfermedades que pueden llegar a ser epidémicas y pandémicas, agentes microbianos resistentes, aumento de dolencias producidas por la exposición a animales, diseminación de dolencias tropicales como el dengue, etc.

A continuación, presento un recorte de una nota periodística del Cohete a la luna, en la que se presentan **estadísticas de salud de Argentina del año 2018-2019** con un formato paradójico, como si jugaran con los números con la intención de que despertemos a pensar nuestro mundo.

¿Aislamiento o desintegración social? Gramáticas caleidoscópicas del covid-19.
<https://www.elcohetelaluna.com/aislamiento-o-desintegracion-social/>

...” ¿Sabemos que cada semana hay 20 casos nuevos de sífilis congénita y 200 de tuberculosis? ¿Que cada semana mueren en promedio 612 personas por neumonía; 83 por accidentes de transporte y 178 por tumores de tráquea, bronquios y pulmón; 56 por cáncer de útero; 31 por homicidios; 25 por VIH y 11 por tuberculosis? ¿O que cada semana mueren 116 niños y niñas menores de un año? Estos valores muestran que todos los días se enferman y mueren muchas más personas de las que hoy en día se enfermado y fallecen por coronavirus. Con esto no esperamos que los medios reproduzcan la lógica numérica que rige en el coronavirus con otras problemáticas, sino decir que esa lógica sesga, invisibiliza y no permite dimensionar la importancia de los problemas que nos afectan cotidianamente, y de los que es mucho más probable enfermar. Imaginemos por un momento qué sucedería si en los medios hubiera un contador para visibilizar cada una de las muertes que describimos anteriormente, ¿podríamos salir de nuestras casas o nos ahogaríamos en el miedo que vivimos hoy? ¿Qué hay detrás de esta compulsión numérica sobre el coronavirus? ¿Hay causas de muertes que valen más que otras? Parece que como sociedad necesitamos cierta negación y naturalización de lo que enfrentamos día a día para poder vivir, porque el miedo paraliza o produce conductas antisociales, como estamos observando...”

¿QUÉ ES LA EPIDEMIOLOGÍA?

Comencemos diciendo que la Epidemiología es la ciencia que estudia los procesos de salud y enfermedad que afectan a la población.

Ahora bien, como los procesos de salud y enfermedad que afectan a una población pueden no afectar a otra, o incluso se manifiestan en forma distinta entre poblaciones, podemos decir que estos procesos están asociados a distintos factores: culturales, de desarrollo tecnológico, de ambiente físico, etc.

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades), relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Etimológicamente significa “tratado de lo que está sobre la población”

EPI: Sobre
DEMOS: Población
LOGOS: Tratado



OBJETO DE ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGÍA

- ✓ Estado y distribución de la salud-enfermedad de la población
- ✓ Causas de enfermedades y de estados de conservación de la salud
- ✓ Prevención y control de las enfermedades

USOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA:

- Estudio de los determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención
- Análisis de la situación de salud
- Vigilancia epidemiológica
- Prevención de enfermedades
- Creación de nuevos métodos de estudio
- Evaluación de programas y medidas de salud pública implementadas
- Otros

PRINCIPALES PARADIGMAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA MODERNA

Los diferentes paradigmas de la epidemiología, fueron respuestas teóricas y prácticas a los problemas de salud de los grupos poblacionales, en determinados momentos de la historia de la civilización occidental. Estos paradigmas, constituyen pasos necesarios para acceder a lo que hoy conocemos sobre el proceso-salud-enfermedad-atención-cuidados, la distribución de las

enfermedades, la probabilidad de enfermar de los grupos, las redes de causalidad, y todo lo vinculado con la salud de los colectivos.

En líneas generales podemos decir que hay paradigmas cuyo eje es la significación estadística de los fenómenos en las poblaciones, más vinculados a una epidemiología cuantitativa con fuerte base en las ciencias duras; y otra epidemiología más preocupada con conocer cómo son las poblaciones, su cultura, quienes enferman y por qué, cómo son los servicios, entre otras cuestiones cuyo estudio requiere del apoyo de las ciencias sociales.

A continuación, se presentan sintéticamente los principales paradigmas que delinearon la evolución de la epidemiología moderna (ver cuadro).

1) Teoría miasmática: El agente causal es externo representado por los miasmas, que se vincula con la emanación de olores del suelo, el agua y el aire, en ciudades y barcos, la contaminación del agua de bebida, entre otras. La emergencia de estas enfermedades se asociaba con condiciones climáticas o estacionales y con la actividad humana (condiciones de vivienda y trabajo).

Lo que hoy se conoce como la epidemiología moderna surge ante la necesidad de controlar las grandes epidemias que diezmaban poblaciones enteras, ocasionadas por agentes infecciosos, estamos hablando del siglo XIX (1842-50), épocas en las cuales solo podían realizar la separación y el aislamiento de los grupos enfermos, en las llamadas cuarentenas.

2) Teoría del germen, uni-causalidad o causalidad biológica (inicia en 1880-1950), se atribuye la etiología de las enfermedades a una causa única y específica “los microorganismos”. Es una época de grandes avances en el descubrimiento y tratamiento de las enfermedades infectocontagiosas gracias a las investigaciones de Pasteur y de Koch (1880); Chagas (1902); es la época de grandes avances en la medicina.

A medida que las enfermedades infectocontagiosas podían ser manejadas con nuevos avances terapéuticos, gracias al descubrimiento de los microorganismos y los antibióticos, comienzan a cobrar relevancia las enfermedades crónicas que no se podían explicar por la teoría del germen.

El aumento de la *esperanza de vida* y la *prolongación del ciclo vital de las personas*, contribuyó a que las enfermedades degenerativas ocuparan un lugar relevante para la epidemiología. En el año 1900 la esperanza de vida en Argentina oscilaba en los 40 años, logrando mejorar hacia 1990 a 71,9 años, gracias al control de las enfermedades infecciosas, el acceso al agua potable en los grandes centros urbanos, el tratamiento de los residuos cloacales y de la basura, entre otras medidas.

3) En la etapa de la teoría del riesgo de causalidad múltiple, surge a mediados del siglo XX hasta hoy, aplicada primero a las enfermedades infecciosas; luego a los trabajos de Casimir Funk (1912) que enunció la teoría de la enfermedad por “deficiencia”; se va extendiendo paulatinamente con los estudios de Doll y Hill sobre hábito tabáquico y el cáncer del pulmón.

Aparecen diferentes corrientes del pensamiento que hicieron que algunos las denominan Etapa ecológico-causal. Se desarrolló la investigación epidemiológica observacional, especialmente de las *enfermedades no transmisibles* y otros eventos relacionados con la salud como las lesiones externas y las adicciones. Se buscan medidas de riesgo a nivel individual en poblaciones vinculadas con la exposición a factores de riesgo con producción de la enfermedad.

Las principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la enfermedad renal, y se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: Tabaquismo, mala alimentación, falta de actividad física y consumo excesivo de alcohol.

Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación. En su conjunto son responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos ingresos. *En nuestro país constituyen la principal causa de muerte junto con las lesiones externas (accidentes, homicidios y suicidios).*

4) Paradigmas sociales, causalidad social y epidemiologías del modo de vida: en la búsqueda de encontrar respuestas para atender los complejos problemas y contextos actuales, se apela a modelos que articulen las diferentes dimensiones en que se desagrega la realidad.

En el cuadro de morbimortalidad de Argentina por ejemplo, coexisten eventos violentos, accidentes, trastornos de la psiquis, reaparecen enfermedades antes controladas -sarampión, tuberculosis, dengue, entre otras- enfermedades crónicas no transmisibles, infecciosas, trastornos alimentarios, etc., todas situaciones que abren nuevos capítulos para la investigación epidemiológica.

Determinantes sociales de la salud

Determinantes sociales de la salud se refiere a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, las cuales pueden ser alteradas a través de acciones específicas.

En sentido amplio, los determinantes sociales de la salud, condicionados históricamente, incluyen:

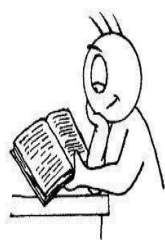
- a) Los sistemas económicos, políticos y jurídicos pasados y presentes de una sociedad, sus recursos materiales y tecnológicos, el cumplimiento de normas y prácticas acordes con las convenciones y estándares internacionales de los derechos humanos.
- b) Las relaciones externas, políticas y económicas, con otros países, implementadas a través de interacciones entre los gobiernos, las organizaciones políticas y económicas internacionales y las organizaciones no gubernamentales.

Desigualdad o inequidad social en la salud y equidad social en la salud

Desigualdades (o inequidades) sociales en el campo de la salud se refiere a las disparidades de salud en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables ni irremediables) y que agravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales .

Les aconsejamos buscar y leer el siguiente reporte de la O.M.S

http://www.who.int/topics/social_determinants/es/



El último reporte de la de **Determinantes Sociales de la Salud (DSS)** de la OMS (Closing the Gap in a Generation) obliga a los estados parte a resignificar el rol de los determinantes sociales de la salud, en nuestro caso particular, considerando específicamente los DSS que afectan a la población infantil. (Social Determinants of Health: Closing the Gap in a Generation, WHO; 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

Teorías socio históricas, esta línea del pensamiento creció al interior de la medicina social europea y la salud colectiva latinoamericana. Estos autores analizan la constitución del sistema capitalista y sus formas particulares de expresión en las diferentes sociedades. Dicha teoría se centra en los mecanismos de acumulación de capital, la distribución del poder, el prestigio y los bienes materiales que de ellos devienen (Almeida Filho,2000; Breilh, 2003).

Dentro de las propuestas teóricas de esta corriente se encuentra la teoría de los modos de vida, cuyos principales referentes son Menéndez, Breilh y Almeida Filho (Almeida Filho, 2000; Breilh, 2003; Menéndez, 2004). Breilh define los modos de vida como:

[...] el modo de vida de un grupo social no obedece únicamente a su propia historia, sino que está relacionado con la historia más amplia o general de la sociedad también, y a su vez, el modo de vida no solo se expresa en estilos de vida de las personas y sus cotidianidades, sino que lo hace en los procesos que ocurren en los organismos de éstas [...] (Breilh, 2003; p. 97).

Perspectiva relacional, Eduardo Menéndez (2005) desarrolla los conceptos de “modos culturales de enfermar” y “estilos de vida” unificando la base material e ideológica que opera en el desarrollo de los padecimientos y, además, contribuyen como conceptos mediadores entre los diferentes niveles de análisis a nivel de las clases sociales y el de los grupos intermediarios (étnicos, grupos ocupacionales, grupos familiares, grupos de status, etc.). A partir de estos conceptos, el autor

incorpora una perspectiva relacional por medio de la que el PSEA debe ser abordado atendiendo a las relaciones entre los actores implicados directa o indirectamente en el fenómeno, y a las relaciones entre los distintos factores biológicos, ambientales, económicos, culturales, etc. Por otro lado, propone la necesidad de trascender la investigación etiológica de los padecimientos e incorporar una perspectiva construccionista que amplíe el objeto de estudio hacia la dimensión sociocultural permitiendo aplicar una concepción histórica de los procesos (Menéndez, 2005).

PRINCIPALES PARADIGMAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA MODERNA

Teorías	Miasmática Siglo XIX (1842-50)	Del germen/ Unicausal Inicia 1880-1950	Del riesgo Medios del siglo XX hasta hoy.	Social Inicia 1950 hasta hoy
Agente Causal o red de causalidad	Externo Miasmas Olores, suelo, el agua y el aire.	Causalidad biológica. Causa única y específica los microorganismos.	Agentes multi- causal. Se buscan medidas de riesgo a nivel individual.	Los determinantes sociales de la distribución de la salud, enfermedad y el bienestar en las poblaciones. Niveles político- ecológicos, socio- culturales
Características	Cuarentena y aislamiento del enfermo y de las poblaciones afectadas	Descubrimiento y tratamiento de las enfermedades infectocontagiosas	Enfermedades crónicas no transmisibles. Teoría de la enfermedad por deficiencia.	Desde esta concepción se considera que los fenómenos biológicos son expresión de la desigualdad social.



			Los estudios de Doll y Hill sobre hábito tabáquico y el cáncer del pulmón.	Articulan las distintas dimensiones en que se desagrega la realidad.
--	--	--	--	--

REFLEXIONES:

Hay poblaciones socio-culturalmente más sanas que otras, que tiene que ver con distintas formas de vida, ambientes con mayor o menor exposición a contaminantes, disponibilidad de alimentos, distintas formas de resolver conflictos, diferente acceso a la atención en salud.

En definitiva, **una red de causalidad, por ello hablamos de determinación social de la salud, puesto que son procesos que determinan causas.**

Autores como Nahomar Almeida Filho nos invita a razonar e indagar acerca de las lógicas que explican mejor el evento que quiero resolver, para avanzar en el estudio de herramientas para la descripción y comprensión del proceso salud enfermedad atención de los grupos poblacionales y así diseñar su intervención. En este sentido es necesario posicionarnos en relación a *la salud como fenómeno social, construido en un momento histórico particular de las poblaciones, cuya manera de analizarla y de buscar ayuda está relacionada con las formas de reconocerse sano o enfermo, producir ciencia, alimentos, servicios de salud, cuidarse, curarse etc. ; tanto de las personas como de las comunidades.*

El perfil de salud y/o enfermedad de las poblaciones es diferente en los distintos países, regiones y/o comunidades; inclusive al interior de los grupos poblacionales es también diferente según la situación socioeconómica de las personas.

América Latina es considerada la región con las distribuciones de ingreso más desiguales del mundo (OPS, 2002), numerosos estudios sistemáticos muestran la relación entre desigualdades socioeconómicas y desigualdades en salud, por lo que peores condiciones de vida están relacionadas con peores indicadores de salud (Paim JS, 1997 y OPS, 1991).

Más recientemente investigaciones epidemiológicas, señalan que incluso en sociedades desarrolladas la mayor diferencia socioeconómica entre grupos poblacionales está relacionada con peores indicadores de salud (Wilkinson R, 1998).

“Peores condiciones de vida están relacionadas con peores indicadores de salud”

OPS (1991) y Almeida Filho N (2000)

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas.”

Dr. Ramón Carillo

Según la OMS, **la Argentina** se ubica en **tercer lugar** entre los países de la región por su tasa de suicidios, con 14,2 muertes por cada 100.000 habitantes y está entre las naciones con mayores tasas a nivel mundial.

Cabe preguntarse cuán sana es una comunidad en la que sus integrantes, frente a determinadas dificultades, complejas, a veces relacionadas con la posibilidad de subsistencia, otras con la integración/aceptación social, etc.; guarda silencio como si estos eventos fueran solo una expresión individual, sin dimensionar el impacto de la vida de relación en la subjetividad de las personas.

De lo expuesto surge que, la epidemiología como ciencia, entre otras cosas, debe también facilitar el conocimiento de las necesidades sociales, que derivan del deterioro que atraviesan las poblaciones, entendiendo tanto a los problemas relacionales, biológicos, dificultad para acceder a servicios de atención en salud, exposición a contaminantes, etc.

Los invitamos a ejercitar procesos reflexivos:

Los conceptos y las terapéuticas responden a paradigmas, que entre otras cosas, nos suelen permitir explicaciones de porque se desarrollan las enfermedades o porque se curan las personas.

Ahora les proponemos una actividad reflexiva, para ser conscientes de las explicaciones causales que subyacen en las *definiciones de caries* que ven a lo largo de la carrera.

A continuación, se presentan fragmentos de publicaciones científicas, referidas a *uno de los problemas más frecuentes de la salud bucal durante la infancia, la caries dental de la infancia*

temprana; la cual representa uno de los principales problemas de salud pública mundial (El Tawawi et al, 2007), dado que en el año 2010 representó la décima condición de salud más prevalente en el mundo. Se omiten los autores para no condicionar su análisis.

“...evaluaron la influencia de la ansiedad dental materna en el estado de salud oral de los niños [...] y descubrieron que el ceod de los niños se correlacionaba positivamente con la ansiedad dental de sus padres. Como los padres tienen la responsabilidad de la salud bucal de sus hijos en edad preescolar, la ansiedad puede influir en las actitudes y hábitos de los padres con respecto a la atención de la salud bucal del niño [...]. Este estudio evaluó la influencia del comportamiento relacionado con la ansiedad odontológica materna en la experiencia de caries del niño [...]

[...]Según las agentes educativas, en los niños y niñas que conforman el colectivo de primera infancia, las necesidades de la salud en el componente bucal se relacionan principalmente con las dificultades para acceder a los servicios de salud bucal, sea para acciones preventivas .individuales y grupales como para acciones curativas, lo cual coincide con otros estudios relacionados. Estas barreras para acceder a servicios odontológicos están determinadas por conceptos culturales, por la escasa información y motivación en salud bucal, y por la falta de empoderamiento y de reconocimiento de la salud como derecho fundamental, lo que no les permite a los sujetos adultos significativos ser garantes de estos derechos para los niños y niñas [...]

Preguntas a responder en relación a la caries de la infancia temprana:

1. ¿La definen como uni o multi causal, o como fenómeno complejo?
2. ¿La describe como un evento individual o poblacional?
3. ¿Con que factores/ condiciones se vincula la presencia de este fenómeno?
4. ¿Con cuál de estos fragmentos considera que encuentra mayor probabilidad de entender la situación?
5. Sería bueno intentar una definición que nuclea la fortaleza de cada fragmento con coherencia de paradigma.

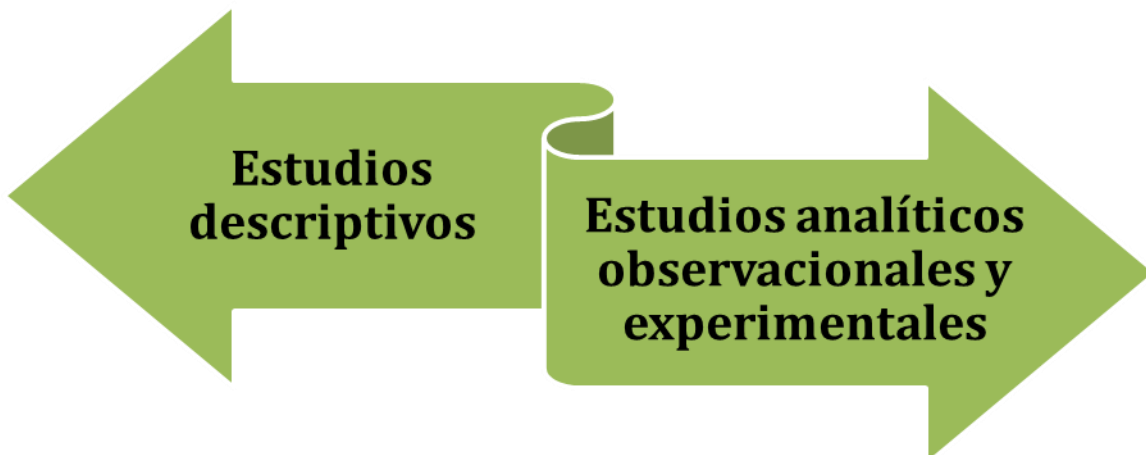
PROCESAMIENTO DE DATOS -MEDIDAS DE RESUMEN DE USO FRECUENTE EN SALUD

Según el tipo de problemas y población de trabajo, será el estudio epidemiológico que elegiremos y las medidas de resumen que utilizaremos, para analizar los datos que recogimos.

Algunos aspectos a definir para esta elección son:

- ¿Qué queremos estudiar y para qué?
- ¿Qué datos necesitamos recoger?
- ¿Dónde podemos encontrar esa información?
- ¿Cómo podemos recogerla?
- ¿Cómo organizamos los datos?
- ¿Cómo los procesamos?
- ¿Cómo presentamos los datos?

Según el propósito de nuestro estudio será el Tipo de diseño epidemiológico que realizaremos, cuyos objetivos son diferentes:





EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA- VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS CLÁSICAS

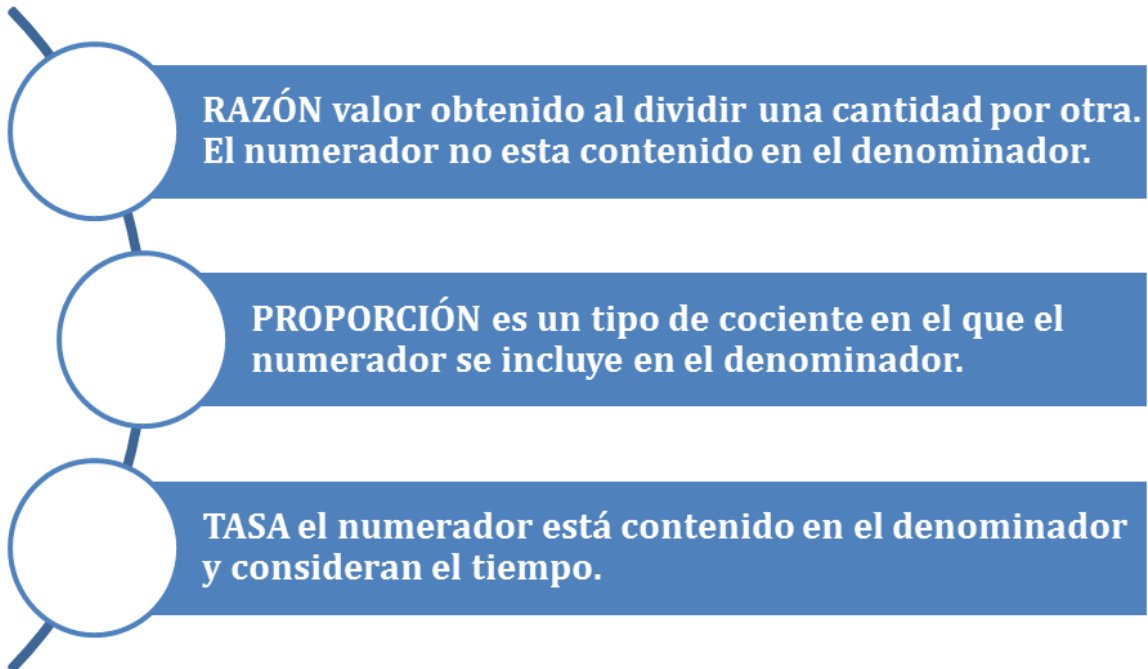
Determinantes	Atributos
Persona	Sexo, género auto percibido, edad, ocupación, etc.
Lugar	Localización geográfica, latitud, etc.
Tiempo	Duración de la enfermedad, estacionalidad, etc.

MEDIDAS DE RESUMEN:

Se utilizan para resumir numéricamente los datos con el fin de concentrar la información y comparar de forma más precisa y eficiente diferentes conjuntos de datos.



I. MEDIDAS DE FRECUENCIA

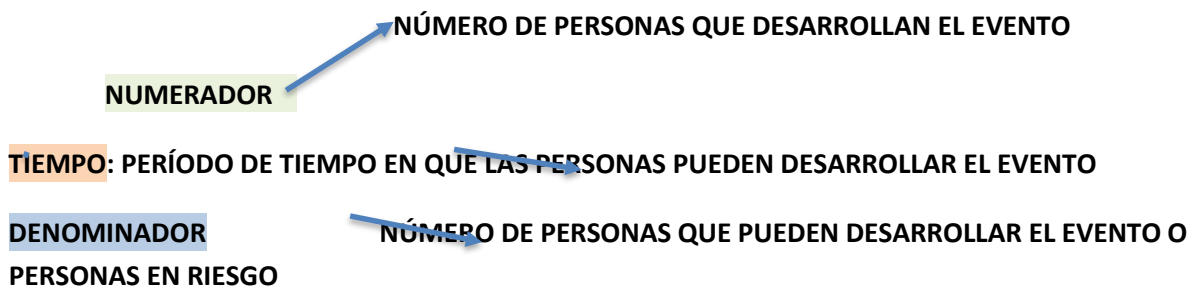


UN POCO MÁS SOBRE TASA (ADAPTADO DE LAST 1989)

- La tasa constituye la medida de frecuencia de un fenómeno.
- Es una expresión de la frecuencia con que ocurre un hecho en una población determinada.
- El empleo de tasas, en lugar de números simples, es esencial para comparar la situación entre las poblaciones en diferentes momentos, lugares o personas.

Los componentes de una tasa son: el numerador, el denominador, el tiempo específico en el que ocurren los hechos y generalmente un factor multiplicador –una potencia de 10 -, que convierta la tasa para que, en vez de ser una fracción o decimal, sea un número entero.

DATOS NECESARIOS PARA CONSTRUIR UNA TASA



II. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

Brindan un valor central representativo de una serie de valores, dando una descripción o resumen de las características de la serie como un todo.

- La media aritmética es el centro de equilibrio de la serie.
- La mediana es el punto central de la serie.
- El modo es el valor que se repite con mayor frecuencia.

III. MEDIDAS DE DISPERSIÓN

Algunas series de valores de nuestra variable están compuestas por valores muy próximos, mientras que otras por valores separados entre sí. Cuanto más próximos, más homogéneos serán los datos de la serie. Esa separación o variabilidad es medida por las Medidas de Dispersión. Por lo tanto, es una medida de la homogeneidad o de la heterogeneidad de los datos estudiados, ejemplo: rango, varianza y desvío estándar.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

En términos generales representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre el estado de salud y desempeño del sistema de salud y que vistos en conjunto intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla en términos epidemiológicos.

SIEMPRE DEBEN ESTAR REFERIDOS A:

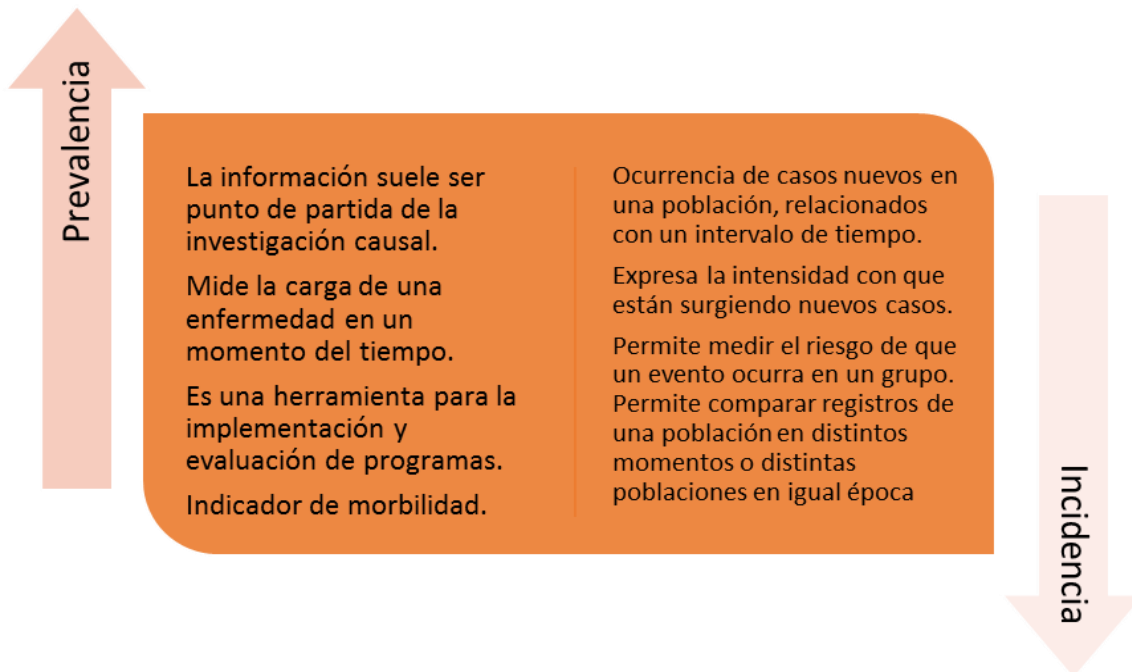
- La población a partir de la cual se calculan (persona).
- El período de tiempo que representan (tiempo).
- El lugar geográfico del cual proviene la información (lugar).

Los indicadores epidemiológicos expresan la relación entre el subconjuntos de enfermos (u óbitos por una determinada enfermedad, o sujetos portadores de una condición relacionada a la salud), y el conjunto de miembros de la población (Almeida Filho, 2007).

Unos de los indicadores más utilizados en epidemiología para comparar poblaciones o bien una misma población en diferentes momentos **son las tasas de incidencia y prevalencia**.

Tasa de Prevalencia: es el número de eventos o casos conocidos de una determinada enfermedad, sobre el total de la población, en un momento dado en el tiempo.

Tasa de Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en determinada comunidad en cierto período de tiempo, sobre el número de personas expuestas al riesgo de adquirir la enfermedad en el período referido.



CLASIFICACIÓN DE LA TASAS SEGÚN EL TIPO DE EVENTO DE OCURRENCIA:

- 1. Tasas de morbilidad** relacionadas con la ocurrencia de enfermedades en grupos poblacionales. La tasa de mal oclusión de niños de Barrio Cárcano de 12 años de edad en el año 2018 fue de 60%.
- 2. Tasas de mortalidad** indicadores relacionados con la muerte, óbitos. Ej. La tasa de mortalidad infantil de Argentina en el año 2018 fue de 8,8 por mil nacidos vivos.

Paradójicamente, las estadísticas de causa de muerte y morbilidad constituyen herramientas útiles para el conocimiento de los problemas de salud de una población, orientar los programas, indicar medidas preventivas y de control, vigilancia epidemiológica, etc.

Tasas más utilizadas en epidemiología

Tasa bruta de mortalidad: El número total de defunciones estimadas en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 1.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Causa básica de defunción: la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de

violencia que produjeron la lesión mortal, según lo expuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (10° revisión CIE-10).

Las causas de mortalidad también fueron agrupadas en “grupos causas”, donde: CV Cardiovasculares, TUM Tumores, INF Infecciones, CE Causas Externas, TLD Todas las demás

$$\text{Tasa bruta anual de mortalidad} = \frac{\text{Nro. de defunciones acaecidas en la población de una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{Población total de la zona geográfica dada en mitad del mismo año}} \times 1000$$

Mortalidad Infantil

Defunción Infantil: muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año, para un determinado país, territorio o área geográfica según lo reportado por la autoridad sanitaria nacional. La tasa se expresa cada mil nacidos vivos.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

$$\text{Tasa anual de mort. infantil} = \frac{\text{Nro. de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

La mortalidad infantil es un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida de la población y permite evaluar la situación de salud de la infancia y población general de un territorio (Spinelli, 2000). Su importancia es que visibiliza el efecto de los determinantes económicos, sociales y culturales en la salud, así como también la eficacia de los servicios (Elejalde, 2008). El proceso de crecimiento y desarrollo de los niños es sensible a las condiciones de vida, por eso en entornos adversos hay mayor riesgo de enfermar y morir en ese tramo de la vida.

Mortalidad Materna.

Esta tasa que en realidad es una razón, refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.

La mortalidad materna se vincula con las condiciones de vida, en especial con la pobreza. En diferentes países del mundo se observa una relación inversa entre la tasa de mortalidad materna y el nivel socio-económico alcanzado (Elu, 2004). Por este motivo las muertes maternas no son hechos aislados sino que son eventos graves evitables.

Para el cálculo de la razón de mortalidad materna se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Se expresa cada 10.000 nacidos vivos.

- Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas, del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

- Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

- Defunción materna: la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (CIE-10: O00-O99 (salvo O96-O97) y A34), pero no por causas accidentales o incidentales.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

$$\text{Tasa anual de mort. materna} = \frac{\text{Nro. de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 10000$$

Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

A MANERA DE CIERRE:

Alazraqui M, Mota E y Spinelli H (2007) plantean que la epidemiología puede ser útil en diferentes etapas del abordaje de problemas de salud como en el diagnóstico (o identificación de un problema), en la elección de intervenciones (acciones eficaces, efectivas y eficientes), en el seguimiento de la intervención y en su posterior evaluación.

En los últimos años la epidemiología presentó avances conceptuales y metodológicos. Entre los avances conceptuales podemos citar las críticas al enfoque de riesgo, los esfuerzos en enfocar la salud no solamente centrada en la enfermedad, la utilización complementaria de métodos cuantitativos y cualitativos, el estudio de desigualdades por espacio social, el rol de los servicios y sistemas de salud, y sus modelos de atención y gestión, y el desarrollo de lo sociocultural.

Entre los avances metodológicos se pueden destacar la revalorización de la epidemiología descriptiva y de los estudios ecológicos, el desarrollo de las series temporales, del análisis de niveles múltiples, y análisis georeferencial, así como el empleo cada vez más frecuente de modelos multivariados. Varios de estos avances metodológicos ocurrieron facilitados por el gran desarrollo informático en programas estadísticos y geográficos, como también por la necesidad de enfrentar obstáculos epistemológicos hallados en su desarrollo.

Eduardo Menéndez propone, como alternativa para superar los límites paradigmáticos en que está sumida la epidemiología, el desarrollo de una “epidemiología sociocultural” basada en un “enfoque constructor de la realidad” (1990), que recupere la historicidad de causalidades y procesos, desde una perspectiva relacional (Menéndez, 1994).

La ampliación del objeto y de la perspectiva epidemiológica en términos teórico metodológicos, según Menéndez (1990), debe incluir el análisis e integración de diferentes niveles explicativos. Por ello distingue una “causalidad estructural” que opera en la sociedad, que incluye aspectos ideológicos, económico-políticos y socioculturales; y otra “causalidad inmediata” que opera a nivel individual, que se refiere a aspectos biológicos y del comportamiento. En igual sentido enuncia que ésta articulación metodológica y de niveles de análisis, debe ser pensada no solo para estudiar la causalidad, sino también para la resolución de los problemas en los niveles correspondientes (Menéndez, 1990).

Esto nos lleva a reflexionar desde una perspectiva relacional para abordar el proceso salud enfermedad atención, que posibilite analizar las relaciones entre los actores implicados en el fenómeno a estudiar, entre los factores entre sí, y entre el investigador y el sujeto del estudio.

En relación a las políticas de salud preventivistas que llevan adelante los ministerios de salud en diferentes países del mundo, este autor sugiere la necesidad de que estas políticas trabajen sobre las causalidades estructurales (incluyendo lo ideológico), lo que introduce a los procesos económicos- políticos y socioculturales, en la causalidad y en la prevención.

La epidemiología del riesgo, actualmente vigente, se constituyó en la razón para indagar e intervenir desde la biomedicina, en aspectos vinculados con los estilos de vida de las personas y las poblaciones, omitiendo su análisis al interior de la condición de vida o el tipo sociedad en la que este colectivo habita.

Muchas veces se reproducen intervenciones reguladas desde la biomedicina y el mercado, que poco tienen que ver con la cultura de las comunidades y los sujetos, omitiendo que toda sociedad crea estrategias terapéuticas para solucionar los problemas que le aquejan (Menendez,2009). En este sentido, se ignoran vulnerabilidades, singularidades, necesidades y potencialidades, propias de los grupos poblacionales.

Las sociedades del siglo XXI tienen nuevas formas comunicacionales, relacionales y de consumo. Este sujeto, cuyos riesgos más urgentes hoy no se refieren a la clásica prevención de la caries dental, sino más bien en reconocer, en su cuerpo y en su forma de vida, las huellas de la sociedad de pertenencia.

En la odontología nuevos desafíos nos urgen, hemos limitado las rutinas profesionales al diagnóstico y alivio del dolor ocasionado por una infección dentaria de causa conocida, pero no podemos reconocer vulnerabilidades: traumatismos frecuentes, que se vinculan con violencias; lesiones en la mucosa oral, vinculadas con enfermedades venéreas o cáncer; lesiones en la estructura dentaria vinculadas con sobrecarga funcional por estrés, etc.

Entonces cabe preguntarse: ¿la epidemiología de la salud bucal hoy, podrá incorporar nuevos estudios que describan la real necesidad que atraviesan los sujetos y las comunidades? ¿Podrá identificar y describir las dolencias prevalentes en los servicios de urgencia e indagar la red de causalidad en que se asientan?

¿Podrá reconocer la potencialidad para producir salud, tanto de los sujetos como de las comunidades, para apoyados en ella, apostar a un proyecto colectivo de salud?

Informe de la OMS 2018, en relación a la salud bucal:

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

Las enfermedades bucodentales constituyen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte.

Son enfermedades que comparten factores de riesgo con otras importantes enfermedades no transmisibles.¹ Se estima que las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas.²

Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (*Global Burden of Disease Study 2017*) la caries dental sin tratar en dientes permanentes es el trastorno de salud más frecuente.¹ Más de 530 millones de niños sufren de caries dental en los dientes de leche.

El cáncer bucal (cáncer de labio o de boca) es uno de los tres cánceres de mayor incidencia en algunos países de Asia y el Pacífico.³

El tratamiento de los trastornos de salud bucodental es caro y por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU). En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa de media el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes.

La mayoría de los trastornos de salud bucodental son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales.

En el prefacio del libro *“La cruel pedagogía del virus”*, el sociólogo Boaventura de Souza Santos (2020) nos invita a pensarnos como civilización parte de un planeta Tierra en un presente histórico:

“Un mundo que atraviesa un tiempo de intensas transformaciones requiere ser pensado en sus asuntos más acuciantes: las múltiples formas en que se ejerce la violencia, el incesante aumento de la desigualdad, los daños al ambiente y a los seres que habitan la Tierra, la violación de los derechos humanos, la militarización de los territorios o el impacto de una pandemia sobre el tejido social, especialmente en sus sectores más vulnerables. Lejos de documentar el pesimismo, aspiramos a construir herramientas teóricas para transformar las situaciones de injusticia en un ejercicio incesante que liga la teoría con la práctica....esperamos contribuir a entablar diálogos tanto en torno a nuevos y viejos interrogantes, como a la búsqueda de respuestas originales a los problemas de nuestro tiempo. La biblioteca masa crítica reúne a intelectuales que, desde una diversidad de perspectivas y tradiciones teóricas, han contribuido a la forja del pensamiento crítico enlazando reflexiones sobre tópicos y dilemas de nuestro presente histórico”

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20cruel%20pedagogi%CC%81a%20del%20virus%20de%20Sousa%20Santos%20CLACSO.pdf>

La pandemia producida por el virus del SRAS-CoV-2, ha producido según expresan múltiples actores una doble pandemia, la del virus y su enfermedad con síntomas variados COVID-19 y la del hambre en un mundo lleno de desigualdades sociales e inequidades. Su impacto es variado y multidimensional. El efecto es disímil en los diferentes sectores sociales, países y personas, exacerbó las disparidades, generando respuestas de acuerdo a la propia situación pre-pandémica y la capacidad de adaptación de los actores involucrados.

Si pensamos en la realidad de la academia, la nueva realidad irrumpió en la vida de los estudiantes, docentes, personal técnico administrativo, personal de limpieza, las comunidades escolares y servicios de salud con los cuales se trabaja, de manera muy diferente y dispar.

Entre muchas cosas demandó un proceso de adaptación inmediata el que, como lo señala Alicia Stolkiner, implica violentar las prácticas cotidianas y desnaturalizar los procesos sociales sobre lo que cada uno, desde vivencias emocionales diferentes, construye sus significados.

En relación al plano emocional, la situación ha generado sentimientos de ansiedad y desesperación en algunos casos, pero en otros se ha convertido en una oportunidad de transformación; reencontrarse, mirarse a sí mismo, recuperar las relaciones afectivas con las personas cercanas y compartir aquello que la diversidad de tareas diarias y el poco tiempo en general no permiten (Bella, Gigena, Hilas, Moncunill, Cornejo, 2020).

Las relaciones familiares, sociales y fundamentalmente académicas pasan a ser mediadas por la virtualidad, lo que demanda un fuerte movimiento adaptativo.

En un primer momento aparece, lo que ya es común para ciertos sectores de la sociedad, con acceso a la tecnología y a la conectividad, una nueva cotidianeidad centrada en el hogar, con trabajo remoto, que convirtió en público lo que es privado, nuestra vida hogareña. Esta realidad se complejizó hacia finales del 2020 e inicios del 2021, en donde el mundo del trabajo significó sostener presencialidad y virtualidad en forma paralela, lo cual implica sobrecarga laboral y existencial para el cotidiano. La pandemia trajo para algunos un nuevo orden que afecta el cotidiano y que aún no podemos dimensionar.

En el plano económico el nivel macroeconómico se articula con el nivel micro de cada contexto único y singular. La pandemia no es un fenómeno natural, golpea más fuerte en aquellas poblaciones vulnerabilizadas, donde el efecto está predeterminado por las condiciones de vida (producto de las estructuras socioeconómicas).

Si retomamos los conceptos del inicio de esta unidad, en lo referente a los usos de la epidemiología, vinculados con la importancia de sostener la vigilancia epidemiológica y realizar el análisis de la situación de salud, el Ministerio de salud de la Nación Argentina (29 de abril 2021), en la búsqueda entre otros, del control de los contagios, para evitar la muerte de los casos evitables, el colapso del sistema sanitario y la sobrecarga laboral de los trabajadores de la salud, considerando el diferente impacto en la dinámica de transmisión del virus, la diversidad geográfica, socioeconómica y demográfica, define a través del Decreto 287/2021, hasta el 21 de mayo de 2021, un abordaje en materia epidemiológica que contempla las distintas realidades del país.

En este sentido se plantea una estrategia para evaluar el riesgo epidemiológico, según la cual se considerará los siguientes indicadores epidemiológicos:

- Incidencia de casos de las últimas 2 semanas. En el numerador, se incluirá el número de casos confirmados en las últimas 2 semanas epidemiológicas cerradas y se utilizará fecha de inicio de los síntomas o fecha mínima. El denominador estará compuesto por la población proyectada del INDEC del área geográfica y se utilizará como factor de ampliación: 100.000 habitantes.

- Razón de los casos: En el numerador se incluirá el número de casos confirmados en las dos últimas semanas epidemiológicas cerradas. El denominador estará compuesto por el número de casos confirmados acumulados en las 2 semanas previas. Se utilizará fecha de inicio de los síntomas o fecha mínima.

Indicador/descriptor	Valoración de nivel de transmisión		
	Bajo	Medio	Alto
Incidencia de casos acumulados de las últimas 2 semanas cerradas	25 a 49	50 a 149	150 o más
Razón de casos nuevos de las 2 últimas semanas cerradas y las dos semanas previas.	Menor a 0,8	0,8 a 1,20	1,21 o más

NOTA: la incidencia mayor a 250 casos cada 100.000 habitantes en 14 días se considerarán MUY ALTA.

- El análisis se realiza según departamento de residencia
- Debido a las variaciones en la notificación de casos, se recomienda realizar análisis semanales y no diarios
- No se recomienda la utilización de estos indicadores en departamentos con menos de 50 casos notificados en los últimos 14 días o en aquellos con poblaciones chicas En estos casos se deben evaluar de manera particular por las autoridades sanitarias para ajustar los niveles de riesgo
- Considerar junto con estos indicadores, la capacidad de respuesta del sistema de salud

Clasificación epidemiológica definida para departamentos de más de 40.000 habitantes

Alto **riesgo**

1. Ambos indicadores en alto riesgo
2. Aquellos departamentos que en los últimos 14 días hubieran estabilizado el aumento de casos, que implica disminuir la razón de casos de 1,2 o más a presentar razón que se encuentre entre 0,8 y 1,2 y presenten una incidencia definida como el número de casos confirmados acumulados de los últimos 14 días por 100.000 habitantes, superior a 250.

Riesgo **medio**

1. Ambos indicadores en riesgo medio

2. Un indicador en riesgo medio y otro en alto, con excepción del punto b de la definición de alto riesgo.

Alerta epidemiológica y sanitaria: definida para aglomerados urbanos de más de 300.000 habitantes

a) La incidencia definida como el número de casos confirmados acumulados de los últimos 14 días por 100.000 habitantes, sea igual o superior a 500.

b) El porcentaje de ocupación de camas de terapia intensiva sea mayor o igual al 80%

<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/partidos-de-alto-riesgo>

Citas bibliográficas:

Almeida Filho N, Castiel ID & Ayres JRM. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*; 5(3):323-344.

Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad Saude Publica*. Río de Janeiro. 23(2): 321-330. Fev 2007

Armstrong D. (2009). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*. 1995;17(3):393-404. En: Almeida Filho N, Castiel ID & Ayres JRM. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*; 5(3):332.

Bella MI, Gigena PC, Hilas E, Moncunill I y Cornejo LS. ¿Cómo significan el contexto de pandemia por COVID-19, estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina? *Revista De Salud Pública*, 74–86. Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/30435>

Boaventura de Souza Santos. La cruel pedagogía del virus. *Librería Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales*. Castiel LD y Alvarez-Dardet Díaz C. (2010) La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; p.38

El Tantawi M, Folayan MO, Mehaina M, Vukovic A, Castillo JL, Gaffar BO, et al. Prevalence and Data Availability of Early Childhood Caries in 193 United Nations Countries, 2007–2017. *Am J Public Health* [internet]. 2018 [citado ago 2018]: 108(8):1066-1072. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29927650>

González-Penagos, Catalina; Cano-Gómez, Melissa; Meneses-Gómez, Edwin J.; Vivares Builes, Annie M. Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 13, núm. 2, julio diciembre, 2015, pp. 715-724. Manizales, Colombia
Krieger, N. (1994). The web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*. 39(7):887-903. En: Urquía ML. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. 2da ed. revisada. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa; p. 92.

Lupton D. (1993). Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*; 23(3):425-435. En: Almeida Filho N, Castiel ID & Ayres JRM. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*; 5(3):323-344.

MacMahon, B.; Trichopoulos, D. (1996). *Epidemiology: principles and methods*. Boston: Little, Brown. En: Urquía ML. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. 2da ed. revisada. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa; p. 77-154.

Urquía ML. (2019). Riesgo. En: *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. 2da ed. revisada. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa; p. 77-154.

Menéndez E. (2009). Estilos de vida, riesgos y construcción social. En: *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; p. 73-130.

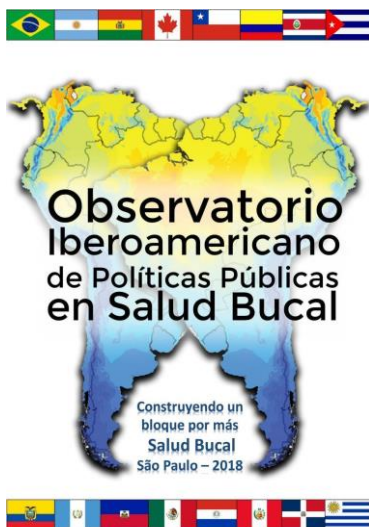
Menéndez E. (2009). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. En: *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; p. 131-182.

Menéndez, E. (1990). Antropología médica en México: hacia la construcción de una epidemiología sociocultural. En: Menéndez, E. (1990). *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México DF: CIESAS. p. 25-49. En: Urquía ML. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. 2da ed. revisada. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa; p. 77-154.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 4(7):71-83. En: Urquía ML. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. 2da ed. revisada. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa; p. 77-154.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL



Compiladores
Alejandro Marengo y Jorgelina Ulloque

AÑO 2023

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL

INTRODUCCIÓN

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.

En este sentido, los diferentes factores de riesgo, tanto específicos como los relativos a la forma de vida y el ambiente, admiten su medición de la misma manera que las enfermedades, por ejemplo podríamos construir una tasa de prevalencia de consumo de azúcar en una población determinada. Asimismo, en la práctica odontológica, el factor de riesgo puede integrar una tasa (indicador) como numerador o como denominador. Por ejemplo, puede registrarse la relación existente entre personas con surcos oclusales profundos en el total de personas examinadas; asimismo puede registrarse la relación entre personas con caries oclusales en el total de personas con surcos profundos:

$$\frac{\text{Cantidad de niños con surcos oclusales profundos}}{\text{Total de niños examinados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Cantidad de niños con caries de surco}}{\text{Total de niños con surcos oclusales profundos}} \times 100$$

ÍNDICES ODONTOLÓGICOS

Los índices son proporciones o coeficientes que se utilizan como indicadores de la frecuencia con que ocurren ciertos hechos en un grupo. Existen índices para medir la frecuencia de caries (Índices CPO-D / ceo-d), higiene bucal (Löe y Silness/ O'Leary), gingivitis (Índice Gingival de Silness y Löe; Índice de Hemorragia) porcentaje de salud (Índice del Diente Sano – Experiencia de caries) entre otros.

Los índices se utilizan para recoger información sobre el estado de salud bucodental y de necesidades de tratamiento de la población, para vigilar los cambios en los niveles de morbilidad o las tendencias de ésta. Así se puede evaluar la idoneidad y efectividad de los servicios que se

proporcionan y planear o modificar los servicios de salud bucodental y los programas de formación, según sea necesario.

A. ÍNDICES DE SALUD ODONTOLÓGICA

A. 1. EXPERIENCIA DE CARIES

Se clasifica a la población en estudio en tres grupos:

a) *Población sin experiencia de caries*: se incorporan en este grupo los individuos que no han sido afectados por la enfermedad, es decir nunca tuvieron ni tienen caries.



b) *Población libre de caries*: se incorporan en este grupo los individuos que, habiendo padecido caries dental en sus períodos iniciales o avanzados, han recibido atención odontológica, no presentando lesiones en el momento de la observación.

c) *Población con experiencia de caries actual* se incorporan en este grupo los individuos que tienen actualmente actividad de caries.

Los indicadores se construyen en función de la población examinada:

Cantidad de individuos sin experiencia de caries x 100

Población examinada

Cantidad de individuos libre de caries

x 100

Población examinada

A. 2. ÍNDICE DEL DIENTE SANO

Se trata de un índice introducido por H. Rosetti y colaboradores, publicado en 1994. Es un índice que se aplica en la dentición permanente, mide la salud y la enfermedad de caries.

Los elementos dentarios se agrupan en alguna de las siguientes categorías y luego se puede calcular el porcentaje que representa cada categoría en el total.

Categorización del estado de los elementos dentarios permanentes:

☒ DIENTE SANO (D.S.): son todos los elementos dentarios permanentes:

- Erupcionados que se encuentren sin experiencia de caries.
- Erupcionados que habiendo padecido procesos de desmineralización (sin pérdida de la estructura anatómica) se encuentran remineralizados natural o artificialmente al momento de la inspección.
- Los elementos permanentes que aún no han erupcionado.

(Se toma como media 32 elementos dentarios por individuo)

☒ DIENTE RECUPERABLE A SANO (D.R.S.): Todos los elementos dentarios permanentes que se ven afectados por procesos de desmineralización sin pérdida de la estructura anatómica, y que pueden ser recuperados a sanos por medios naturales (saliva) o por remineralización terapéutica (empleo de fluoruros, por ejemplo).

☒ DIENTES ENFERMOS: es la suma total de dientes permanentes que presentan o han presentado caries dental. Por lo tanto se incorporan en este grupo los elementos dentarios que presentan caries con cavitación, indicación de extracción o extracción por caries y los obturados. Esta categoría puede ser medida por medio del Índice CPO D.

INDICE DEL DIENTE SANO			
APPELLIDO Y NOMBRE	DIENTES SANOS	RECUPERABLES A SANOS	ENFERMOS O CPO

TOTALES			

Una vez obtenidos los resultados de los tres componentes del ÍNDICE DEL DIENTE SANO, podremos identificar claramente en nuestro grupo de trabajo, cuáles serán las prioridades en nuestras intervenciones. Es decir, si la columna de dientes sanos es mayor que la de dientes enfermos, podemos afirmar nuestro compromiso de trabajar en salud, actuando directamente con las medidas preventivas de promoción de la salud y de protección específica. También este índice nos permite conocer cuántos elementos dentarios están recuperables a sanos, los cuales representan los que a menor costo de tratamiento podemos devolver la salud. Nos permite, además conocer la prevalencia de caries dental de este grupo, cuyo tratamiento se enfocará en la limitación del daño y la rehabilitación.

B. ÍNDICES PARA MEDIR CARIES DENTAL

B. 1. ÍNDICE CPOD y CPOS

Para medir el estado de enfermedad dentaria en dientes permanentes se utiliza el Índice CPO-D. Se trata de un Índice de uso universal introducido por Klein H, Palmer CE, Knutson JW, en 1938 y se basa en el hecho de que los tejidos dentarios afectados por caries no curan por sí mismos sino que el proceso carioso avanza librado a su evolución a menos que sea tratado, donde se le extrae o se le obtura; estos índices miden, entonces, la experiencia de caries en toda la vida del individuo. Determinándose de esta manera, el Coeficiente de Prevalencia de Caries (CPC)

Las mayores ventajas de este índice son su simplicidad y versatilidad¹², aunque por el avance del conocimiento del proceso de caries en la actualidad, se le pueden atribuir algunas limitaciones¹³, es esencialmente práctico. Ha sido y es el más utilizado mundialmente para la medición de caries, lo cual posibilita la comparación de resultados y el seguimiento de las tendencias de la enfermedad a través del tiempo y en los diferentes países o regiones.

¹² Cuenca Sala E.; Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª edición. Masson S.A. Barcelona España. 2005

¹³ -Dificultad en estudios comparados ya que los criterios para considerar dientes cariados puede variar;

-No identifica las superficies en riesgo

-La causa de diente perdido se atribuye a caries sin que exista certeza

-Muchas restauraciones estéticas son de difícil identificación en estudios epidemiológicos.

de BORDONI, ESCOBAR ROJAS, CASTILLO MERCADO, 2010



INDICE CPOD: es el promedio de dientes permanentes afectados por caries. Resulta de la suma de los elementos dentarios permanentes Cariados, Perdidos con extracción realizada por caries y Obturados presentes en boca sobre el total de los individuos examinados.

Cantidad de dientes permanentes cariados + perdidos + obturados

Total de individuos examinados

CRITERIOS DE EXÁMEN CLÍNICO PARA MEDIR C.P.O.D.

- **CARIADOS (C.):** es el diente que presenta lesión de caries cavitada observable al examen visual en cualquiera de sus superficies.
- **PERDIDOS (P.):** el elemento dentario ha sido extraído por caries, con confirmación por parte del paciente.
- **OBTURADOS (O):** elemento dentario obturado por material de restauración permanente.

Observaciones:

- En caso de duda entre sano y cariado se considerará sano.
- No se considera perdido u obturado un elemento ausente o restaurado por traumatismo.
- No se consideran perdidos los elementos dentarios extraídos por razones ortodónticas.
- Ningún elemento dentario será incluido en más de una categoría.
- Un diente cariado y obturado a la vez se considera cariado.



INDICE CPOS: es el promedio de superficies dentales afectadas (en dientes permanentes). Res de las superficies Cariadas, Perdidas y Obturadas presentes en boca sobre el total de examinados.

Cantidad superficies cariadas + perdidas + obturadas

Total de individuos examinados

Observaciones:

- Diente ausente anterior se consigna como 4 superficies perdidas.
- Diente ausente posterior se consigna como 5 superficies perdidas.
- Diente con reconstrucción coronaria, mismo criterio de cantidad de superficies obturadas.

B. 1. INDICE CEOD (ceod) y CEOS (ceos)

Se trata de una adaptación del Índice CPOD a la dentición temporaria. Los indicadores se construyen de la misma forma. La diferencia es que en el cálculo del Índice CEOD no se incluyen los dientes temporarios extraídos sino solamente los que están presentes en boca, con extracción indicada por caries. Esta modificación se realiza para evitar la posibilidad de error que se introduce en los cálculos debido a las variaciones en el período de exfoliación, que puede ser confundida con extracciones realizadas, siendo difícil determinar si la ausencia del elemento es o no consecuencia de caries.

Los indicadores se construyen de la siguiente manera:



INDICE ceod: es el promedio de dientes TEMPORARIOS afectados. Resulta de la suma de los elementos dentarios temporarios cariados, con extracción indicada por caries y obturados, presentes en boca sobre el total de los individuos examinados.

Cantidad de dientes temporarios cariados + con e.i. + obturados

Total de individuos examinados

INDICE ceos: es el promedio de superficies dentales afectadas (en dientes TEMPORARIOS). Resulta de la suma de las superficies cariadas, con indicación de extracción y obturadas presentes en boca sobre el total de los individuos examinados.

Cantidad superficies cariadas + perdidas + obturadas

Total de individuos examinados

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado adoptar rangos para la presentación de estudios de prevalencia de caries. Es así que recomienda las edades y grupos de edades, que se detallan abajo, como indicadores para esos estudios.

EDADES Y GRUPOS DE EDAD UTILIZADOS COMO INDICADORES EN ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE CARIES (OMS)

Cinco años para la dentición temporaria

Agrupar por **cada año** hasta los **catorce años**.

Reviste especial importancia los **seis años** por el ingreso escolar y el inicio de erupción de los dientes permanentes y los **doce años** edad en la que en general los niños terminan la escuela primaria y han completado la erupción de sus dientes permanentes salvo los terceros molares.

Por quinquenios: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34;

Por decenios: 35-44; 45- 54; 55-64

65 años y más

Asimismo la OMS (1981) ha establecido normas de prevalencia de caries para la edad de 12 años, determinando los niveles según el CPOD que se pueden visualizar en la siguiente tabla:

CPOD	NIVEL DE PREVALENCIA
0 a 1,1	Muy bajo
1,2 a 2,6	Bajo
2,7 a 4,4	Moderado
4,5 a 6,5	Alto
Mayor a 6,6	Muy alto



Caries es un proceso de avance crónico y acumulativo, por lo que los grupos de mayor edad van a presentar un índice CPOD más alto.

ÍNDICE SIC

En función de los conocimientos actuales sobre el proceso de caries dental, los avances de la odontología moderna y las necesidades emergentes de la salud pública, el índice CPOD muestra una serie de limitaciones, fruto principalmente de que ha permanecido sin variaciones desde su origen.

Con el descenso de la enfermedad sobre todo en los países industrializados, y en los niveles socioeconómicos más favorecidos, la media CPOD es baja, y para la edad de referencia de los 12 años está por debajo de los niveles recomendados por la OMS. Sin embargo la distribución es asimétrica y muestra un alto porcentaje de individuos libres de caries y en el extremo opuesto un porcentaje importante (25-30%) que acumula gran cantidad de lesiones.

Así la media de CPOD ofrece una visión distorsionada de la realidad, ya que, aún habiendo descendido significativamente, sigue existiendo una parte de la población que padece altos niveles de caries. Por esta razón Brathall propuso en el año 2000, un nuevo índice denominado "SiC" (Significant Caries Index).

Este índice da cuenta del CPOD del tercio (25-30%) de la población revisada que presenta la distribución de los índices de caries más elevados del grupo examinado. Se lo utiliza como complemento del CPOD¹⁴.

Brathall propuso que para 2015 el Índice SiC deberá estar por debajo de 3.

¿Cómo se calcula?

ÍNDICE SIC Método para calcularlo:

Se ordenan los individuos examinados según su CPOD
Se selecciona el tercio del grupo que presenta los niveles más altos de CPOD
Se calcula el CPOD del tercio seleccionado.



¹⁴ Cuenca Sala E.; Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª edición. Masson S.A. Barcelona España. 2005

Sistema Internacional para la Identificación y Valoración de Caries dental (ICDAS II)

ICDAS es un sistema internacional visual de valoración y detección de caries dental desarrollado por un grupo de consenso en Cariología, con miembros expertos provenientes de Europa, Estados Unidos y Latinoamérica.

Tiene aplicaciones en la práctica y la investigación clínica, la epidemiología y la salud pública.



¿Cómo surge el índice?¹⁵

Pitts y Stamm propusieron en el año 2004, un sistema de identificación y valoración de caries, bajo la idea de que pudiera ser aplicable a las tres áreas que aportan evidencia importante para la toma de decisiones políticas, sanitarias y clínicas: la epidemiológica, la de investigación y la práctica clínica. Se lo denominó “Sistema Internacional para la Identificación y Valoración de Caries Dental” (ICDAS).

A propósito de esto, Banting (2005) e Ismail (2007/2008) informaron que:

En general, existe confusión entre el diagnóstico de caries (como enfermedad multifactorial) y la identificación de la lesión. El diagnóstico implica la interpretación del profesional respecto de la suma de datos disponibles (factores de riesgo). La identificación de la lesión implica la aplicación de algún método objetivo para determinar si la lesión está o no presente.

Diferentes estudios científicos permitieron establecer que:

- En los últimos años, se ha progresado mucho en la comprensión del proceso de caries permitiendo diferenciar la caries de esmalte de la caries amelodentinaria.

¹⁵ Piovano, S.; Squassi, A; Bordoni, N: “Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental”. Revista Facultad de Odontología UBA. Vol. 25. N° 58. Año 2010.

- Cuando se desarrollan estudios clínicos, es necesario relevar las lesiones de caries en todos sus estadios, incipiente (mancha blanca) y avanzado (con cavitación).

- Entonces, deben adoptarse nuevos conceptos para la definición y medición de caries dental, teniendo en cuenta la posibilidad de:

- a. Diferenciar con certeza las manifestaciones del proceso de caries en los tejidos duros (esmalte y dentina) en un tiempo dado.

- b. Monitorear secuencialmente los cambios en las manifestaciones del proceso de caries a través del tiempo.

- c. Diferenciar los efectos de la patología en los diferentes grupos, teniendo en cuenta la progresión, la detención y/o la regresión, cuando es aplicado sistemáticamente.

Desde estos fundamentos se propone en el mundo este nuevo sistema de identificación, el cual, al estar mundialmente difundido, permitirá comparaciones entre países y regiones.

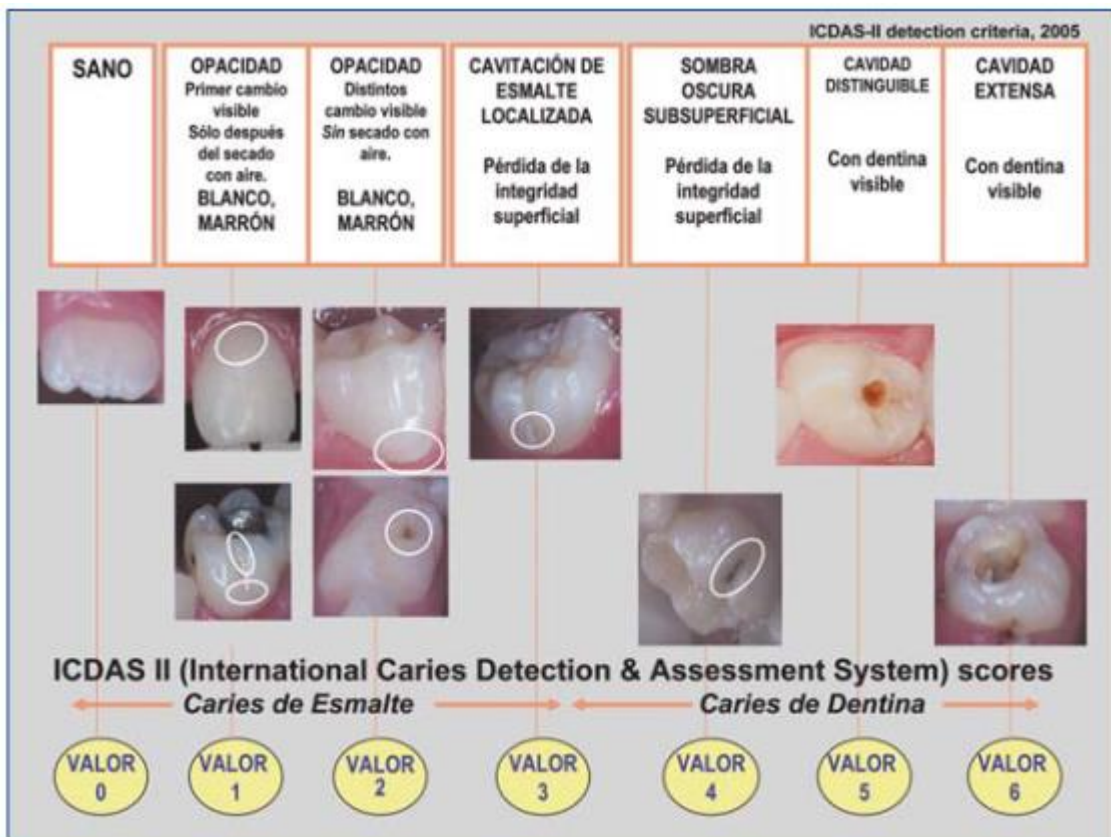


FIG 13 de Piovano, Squassi, Bordoni, N. 2010

Particularidades del índice:¹⁶

- Puede aplicarse para caries coronarias, radiculares, caries adyacentes a restauraciones y selladores en ambas denticiones.
- El criterio unificado de registro, predominantemente visual, incluye un rango de requisitos que permite la comparación válida entre los resultados de diferentes estudios, propuestas y escenarios. Por ejemplo: diente limpio y seco.
- Los datos de ICDAS reúnen caries de esmalte y dentina, y exploran la medida de la actividad de la lesión aplicables en las tres áreas: epidemiológica, investigación y práctica clínica.
- Sus códigos de identificación de caries están actualmente vigentes y recomendados.

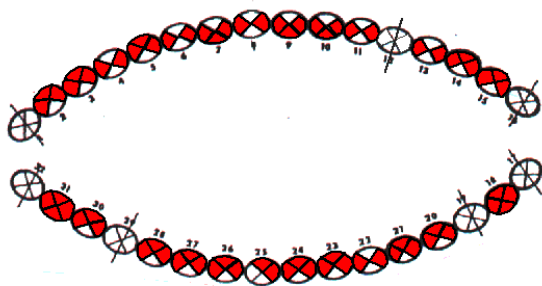
C. ÍNDICES PARA MEDIR PLACA BACTERIANA

Hay numerosos índices para medir la placa bacteriana. Puede medir la a) presencia de placa bacteriana en los dientes, o b) la cantidad de placa acumulada sobre las superficies dentarias:

a) EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE PLACA: ÍNDICE DE O'LEARY

Este índice requiere la utilización de sustancias reveladoras de placa bacteriana. Luego de la aplicación del revelador, se registra en una ficha qué caras de cada elemento dentario (se consideran 4 caras por diente) presentan placa bacteriana. El puntaje final se determina contando el número total de caras con placa, dividiendo ese número por la cantidad total de caras presentes en boca, multiplicando por 100. Se obtiene un porcentaje de las superficies con placa bacteriana.

Cuando los porcentajes de placa presentes en la persona superan el 20% se considera que está en riesgo.



¹⁶ Bordoni, N. y col: Odontología Pediátrica. Capítulo 6 . Ed Panamericana. 2010 Pág. 111.

b) EVALUACIÓN DE LA CANTIDAD DE PLACA ACUMULADA: ÍNDICE DE LÖE Y SILNESS

Para obtener este índice no se requiere el revelado de la placa bacteriana. Mide la cantidad de placa depositada sobre la superficie de todos los dientes presentes en boca de acuerdo con los siguientes criterios:

Grado 0	Ausencia de placa.	
1	Placa no visible, pero que se extrae con sonda en el tercio gingival	
2	Placa moderada en el área gingival, apreciable a simple vista	
3	Placa abundante en la zona, cubriendo incluso el diente adyacente	

CUENCA SALA, 2005

Según este procedimiento, se da un puntaje a cada una de las 4 caras de los dientes, que oscila entre 0 y 3. Los puntajes de las 4 zonas se suman y divide por 4 para obtener el índice de placa por diente. Sumando los índices de los dientes y dividiendo por el número de dientes examinados se obtiene un número que corresponde a la media del índice de placa de ese paciente. Se considera que el paciente está en condición de riesgo si presenta valores mayores a 1.

Se pueden tomar los dientes seleccionados por Ramfjord (16, 21, 24, 36, 41, 44) como referencia para generalizar a la boca del paciente, sobre todo cuando se trabaja con grupos. Para obtener el índice del grupo, se calcula la media grupal, sumando los valores individuales y el resultado se divide por la cantidad de pacientes examinados.

C. ÍNDICES PARA MEDIR INFLAMACIÓN GINGIVAL

Hay numerosos índices para medir la condición de inflamación gingival. Desde la cátedra proponemos el uso del índice Gingival de Löe y Silness que valora la condición de la encía según síntomas clínicos, en categorías de 0 a 3. Se pueden tomar los dientes seleccionados por Ramfjord (16, 21, 24, 36, 41, 44) como referencia para generalizar a la boca del paciente, sobre todo cuando se trabaja con grupos. Para obtener el índice del grupo, se calcula la media grupal, sumando los valores individuales y el resultado se divide por la cantidad de pacientes examinados.

VALORES	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
0 =	AUSENCIA DE INFLAMACIÓN
1 =	INFLAMACION LEVE: LEVE CAMBIO DE COLOR Y TEXTURA
2 =	INFLAMACIÓN MODERADA: BRILLO MODERADO, ENROJECIMIENTO, EDEMA E HIPERTROFIA, SANGRADO AL SONDAJE (ESPERAR 10 SEGUNDOS)
3 =	INFLAMACION SEVERA: MARCADO ENROJECIMIENTO E HIPERTROFIA, TENDENCIA AL SANGRADO ESPONTANEO, ULCERACION

Los índices odontológicos constituyen herramientas de trabajo que van a permitir un acercamiento del profesional al conocimiento de los procesos salud- enfermedad que se manifiestan en un paciente individual y en los diferentes grupos poblacionales cuando se trabaja en el marco de la odontología comunitaria. Asimismo contribuirán a realizar el seguimiento del efecto de los

tratamientos preventivos o terapéuticos que se propongan en función del mencionado diagnóstico. Sin embargo, y debido al carácter multifactorial de la enfermedad, resultan insuficientes para una descripción más acabada de los procesos. También es necesario completar el diagnóstico con entrevistas, foros comunitarios y otros espacios de diálogo interpersonal que permitan comprender qué cuestiones del estilo de vida, hábitos y costumbres, problemáticas socioeconómicas, entre otras están condicionando los procesos que se están indagando.

BIBLIOGRAFÍA:

- **Cuenca Sala E.; Baca García P.** Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª edición. Masson S.A. Barcelona España. 2005; cap. 14, 16,19.
- **Piovano S, Squassi A, Bordoni N.** Estado del arte de indicadores para la medición de caries. Revista de la facultad de Odontología (UBA) Año 2010 Vol 25Nº 58; pp:29-43.
- **Rita N; Morella M; Morales Thais y otros.** Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición. Acta Odontológica Venezolana Vol 44 Nº 346-351.
- **Villalobos Rodelo J; Medina Solís C; Frechero N, Vallejos Sánchez A y otros.** Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Novolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. Biomédica 2006; 26:224-33.

LA PLANIFICACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD



Compiladora Jorgelina Ulloque

AÑO 2023

LA PLANIFICACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

“El mundo me comprende y me engulle como un punto, pero yo lo comprendo”. “El espacio social me engulle como un punto. Pero este punto es un punto de vista, el principio de una visión tomada a partir de un punto situado en el espacio social, de una “perspectiva” definida en su forma y su contenido por la posición objetiva a partir de la cual ha sido tomada. El espacio social es en efecto la realidad primera y última, puesto que sigue ordenando las representaciones que los agentes sociales puedan tener de él”. P. BORDIEU a partir de un pensamiento de Pascal

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

“Ningún tipo de acción (social, cultural o educativa) que pretenda alcanzar un objetivo o resultado debe dejarse librada a la total espontaneidad de quien o quienes la realizan. Toda acción que pretende lograr un efecto implica la necesidad de realizar un esfuerzo deliberado por introducir organización y racionalidad en lo que se lleva a cabo”.¹⁷

Programar es prepararse para hacer algo en la mejor forma posible, es prever las cosas con la anticipación suficiente para que al momento de la acción no haya dudas sobre lo que queremos hacer ni falten los elementos para poder hacer lo que nos proponemos. Todos nos preparamos y programamos para afrontar nuestra actividad cotidiana y esto es relativamente sencillo, si lo que vamos a hacer es simple o estamos habituados a hacerlo. Pero programar intervenciones en educación para la salud, atención primaria, incluso un sistema local de salud o aun alguna de sus partes, como un área o un centro de salud, es algo complejo por varias razones como la multiplicidad

¹⁷ Ezequiel Ander Egg y María José Aguilar Idañez: *Cómo elaborar un proyecto*. Ed Lumen/ Humanitas. 15 Ed. 2000

de actores, instituciones y disciplinas con las que hay que acordar para emprender la acción; la cantidad de tareas que desarrollan y /o gerencian; la brevedad de los tiempos para alcanzar resultados, la laboriosidad de algunas técnicas y procedimientos para llevar las ideas a la práctica; la incertidumbre y los cambios repentinos que muchas veces se dan inesperadamente en los contextos en que se desarrolla la programación.

En su sentido más amplio y corriente, planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción más adecuados para lograrlo. La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social, proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los resultados futuros deseados y sus objetivos son enriquecer la toma de decisiones.

Sus propósitos fundamentales son profundizar la comprensión y ampliar la visión de los responsables de la toma de decisiones a todo nivel. En la práctica, no es poco frecuente que el proceso de toma de decisiones se realice como un “proceso de reacciones de adaptación a corto plazo”, para “salir del paso” y no para introducir mejoras de fondo.

La planificación, entonces, es un proceso que se ocupa de *reunir información y utilizarla* para el desarrollo, elaboración y evaluación de las acciones y actividades que una determinada organización va a implementar. La epidemiología brinda un *método* dentro del proceso de planificación para *reunir la información* y para *establecer lineamientos* para ejecutar las actividades o programa.

PLANIFICACIÓN SANITARIA SEGÚN EL NIVEL ORGANIZATIVO

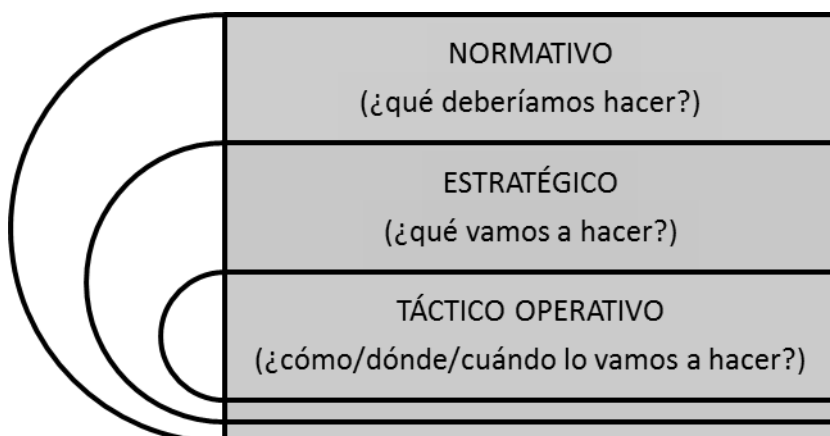
Las organizaciones, incluidas las que se ocupan de salud bucodental, están conformadas por conjuntos de personas vinculadas entre sí, diferenciables por el tipo de decisiones que toman. Se reconocen así:

- **Grupos de conducción “político- administrativos”:** toman decisiones de planificación.
- **Grupos intermedios “técnico administrativos”:** toman decisiones de mando.
- **Grupos operativos “técnico- operativos”:** toman decisiones ejecutivas.

El carácter más o menos participativo de estas instancias y actividades va a depender de la organización: su apertura o democratización. El éxito o fracaso de una organización depende del nivel de racionalidad en el proceso: si los que deben planificar y decidir la direccionalidad de la

organización no lo hacen, los que mandan lo hacen según un criterio propio si es que lo hacen, y en caso que lo hicieran, los operativos terminan haciendo lo que pueden¹⁸.

La planificación sanitaria puede desarrollarse desde los mencionados diferentes niveles organizativos, que se engloban entre sí desde un nivel más amplio hacia otros de mayor especificidad:



Los distintos niveles constituyen una red organizada en un sistema integrado de planificación, en la que los elementos son interdependientes. La ausencia de una política de salud conduciría a que las intervenciones, los cuidados de la salud y los recursos aprobados tendieran a planificarse con una lógica propia, alejándose de una finalidad global de salud mientras que la falta de una planificación estratégica crearía un vacío de coordinación y complementación con otros efectos del mismo territorio.

Ejemplo: A nivel de ministerio de salud nacional, se plantea como línea de trabajo, el Programa de Sanidad Escolar (ProSanE) que se basa en la evaluación del estado de salud de los niños en edad escolar, seguimiento de los problemas de salud e implementación de acciones de promoción y prevención de la salud en las escuelas. Desde este marco (nivel normativo), cada provincia elaborará los planes de acción para su desarrollo (nivel estratégico) y al interior de sus efectores sanitarios, (nivel táctico operativo) se definirán las particularidades de implementación local.

<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/229-programa-de-sanidad-escolar>

I. El Nivel Normativo o de Planificación de Políticas

¹⁸ Perrone en Bordoní N, Escobar Rojas, Castillo Mercado. *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 1ª ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010. Cap. 47.

Es el nivel más alto. Brinda una orientación general hacia dónde se tiene que dirigir. La planificación de la política es un proceso que está relacionado con la estructura de valores de una sociedad, o con lo que la sociedad considera importante. La planificación a este nivel es normativa, idealista o creativa para el futuro ya que trata de lo que debería ser. Se trabaja a nivel de los grupos de conducción o “político- administrativos”

Responde al interrogante: **¿Qué deberíamos hacer?**

II. El Nivel Estratégico

Es el segundo nivel, con mayor grado de especificidad. Es la planificación estratégica: se trata de lo posible a ser realizado. Se deciden prioridades y las alternativas de acción que tendrán consecuencias en el mediano y el largo plazo. Compete a los grupos “técnico- administrativos”. Responde al interrogante ¿Qué vamos a hacer?

La planificación en el nivel estratégico nos proporciona un marco general para la acción organizativa. El propósito de este proceso es establecer los objetivos principales y las prioridades. En este sentido, se establecen *objetivos* a mediano y largo plazo y se estudian los *medios* para materializar los objetivos propuestos. Contempla los planes de acción concretos para cumplir con los objetivos, contando con elementos internos de la organización y externos del entorno.

III. El Nivel Táctico-Operativo o de Programación

En el tercer nivel, la planificación operativa consiste en desarrollar *programas detallados* para ejecutar las estrategias (o tal vez solamente las que se consideran prioritarias) desarrolladas en el nivel estratégico. La planificación operativa describe un proceso iterativo (que se repite) en el cual se plantean las posibilidades acerca de cómo, cuándo y dónde se desarrollarán las actividades y en la cual se controlan, evalúan y reorientan los resultados cuando se detectan desviaciones con respecto a los objetivos expresados. Su producto es el programa. Una variante constituye el proyecto, que tiene objetivos a corto plazo. Es menos permanente y sirve como evaluación o investigación, se integra a los programas; cuenta en general con estructuras menos rígidas y con recursos destinados al evento. Compete a los grupos “técnico- operativos” y responde a los interrogantes del **¿Cómo, cuándo, dónde lo vamos a hacer?**

La planificación engloba la programación; que es una prolongación más específica y operacional, asegura una coherencia entre el alcance y la profundidad de acción que se obtiene con la programación. El proyecto concreto de puesta en marcha, es objeto de la planificación operativa - con decisiones a corto plazo- desarrollo de actividades, comentarios de ejecución y gestión de recursos.

TIPO DE PLAZOS PROPÓSITOS PROCESOS PRODUCTOS PLANIFICACIÓN SEGÚN EL NIVEL ORGANIZATIVO						
NORMATIVA	5-10 años	Definición de grandes lineamientos, fines	de	Orientaciones		Plan general
ESTRATÉGICA	3-5 años	Materializar los objetivos propuestos	los	Priorización y organización de los recursos y actividades para el logro de los objetivos		Planes de acción
TÁCTICA	1-3 años	Utilización de recursos	de	Desarrollo de actividades en el tiempo y espacio concretos		Programas – gestión de operaciones- Proyectos (más acotados aún)
(Adaptado de Pineault, 1979)						

En este sentido, podemos definir los productos de la planificación según sus particularidades, vinculadas a los diferentes niveles de la planificación.

Plan: El plan define a grandes rasgos las ideas que van a orientar y condicionar el resto de niveles de la planificación para el mismo. Determina prioridades y criterios, cobertura de equipamientos y disposición de recursos, su previsión presupuestaria y horizonte temporal. Se define el nivel normativo.

Programa: El programa concreta los objetivos que se exponen en el plan, teniendo como marco un tiempo más reducido. Ordena los recursos disponibles en torno a las acciones y objetivos que mejor contribuyan a la consecución de las estrategias marcadas. Señala prioridades de intervención en un tiempo y lugar definidos, con los recursos disponibles. De esta forma las ideas generales del Plan se llevan a una situación concreta.

Proyecto: se refiere a una intervención concreta, individualizada, para hacer realidad algunas de las acciones contempladas en el nivel anterior. Define resultados previstos y procesos para conseguirlos, así como el uso concreto de los recursos disponibles.

Para aclarar estos tres conceptos, algo complejos desde un punto de vista teórico, podríamos decir que el plan es la expresión de una voluntad institucional, el programa representa la especificación de fines y la concreción de recursos, por lo que corresponde a los responsables concretos de las estructuras, centros o servicios concretos. Y los proyectos deben ser responsabilidad de las personas y equipos que tienen encomendada la intervención. Así, *un PLAN se desarrolla a través de diferentes PROGRAMAS, y de la misma manera, cada programa se desarrolla mediante diferentes PROYECTOS.*

PLANIFICACIÓN PARA LA SALUD - DIFERENTES ENFOQUES

Existe un “**modelo tradicional**” de asumir la planificación sanitaria, donde no se tienen en cuenta las características de las comunidades donde se desea introducir intervenciones. La planificación desde este enfoque, se trata de un procedimiento que tiende a fijar normas de contenido racional y consistente entre sí, que generalmente dependen de la posibilidad tecnológica de lograr algo, y que se refieren al momento futuro, ya que su oportunidad de acción es el futuro. Más aún, la concepción de actividades del sistema de salud ignora aquellos aspectos de la salud que se refieren al estilo de vida, al medio-ambiente, a los procesos sociales, a los capitales culturales. Las metas del proceso no son confrontadas con la opinión de los efectores del proceso ni aún con los destinatario. No admite oponentes. El planificador es un técnico de escritorio, al servicio del político.

En contraposición al modelo antes descripto, surge un modelo de planificación que se basa en el marco holístico en que se concibe actualmente a la salud, el “**modelo holístico**”, donde se pone de manifiesto que la gente aprecia una alta calidad de vida, la oportunidad de una existencia productiva, el bienestar y la ausencia de enfermedad como valores o motivaciones propias. Así, en este marco, las normas referidas a morbilidad, discapacidad y mortalidad reducida, y mayor nivel de bienestar, se transforman en expectativas de la gente y son capitalizadas en el proceso de planificación. Se prevé la necesidad de garantizar continuidad en los procesos, por ello considera que el tiempo de la planificación es el hoy, es decir, la situación actual, y el futuro se construye desde ahora, contemplando la dinámica social y las oposiciones. A partir de un problema se da la operación o creación de un plan explicativo permanente. Esta concepción de la planificación no busca

establecer normas, sino desencadenar un proceso de análisis de los problemas sociales que lleva a proponer metas que serán replanteadas en forma permanente junto con la comunidad.

“Toda práctica de planificación es una combinación dosificada de cálculo previsorio que se prealimenta de una simulación constante del futuro y de cálculo reactivo que se retroalimenta de la constatación de los problemas agravados o atenuados”. CARLOS MATUS

PROGRAMACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA¹⁹

La OPS la define como un proceso de carácter científico que responde al contenido de las ciencias sociales y administrativas mediante el cual un servicio o conjunto de servicios, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población, es capaz de:

- a) Identificar las necesidades de atención de salud de una población,
- b) Identificar prioridades de acción en base a riesgos poblacionales,
- c) Orientar los recursos y actividades de la red de servicios para resolver los problemas prevalentes en las poblaciones más necesitadas,
- d) Promover la participación de la comunidad en la definición de prioridades y en la realización de actividades,
- e) Ajustar permanentemente las actividades de salud para lograr la cobertura efectiva y la resolución de los problemas de salud,
- f) Evaluar los procesos y resultados de las acciones de salud.

El proceso de programación local tiene algunas características que merecen destacarse:

- a) Es un proceso continuo; por ello las llamadas etapas de un proceso deben ser concebidas como "momentos", concepto de gran valor. Matus define los momentos como una instancia, ocasión, circunstancia, que atraviesa un proceso continuo o en cadena, que no tiene comienzo ni término definido. En la programación local no puede aceptarse una secuencia lineal en donde el diagnóstico de salud comienza y termina en un momento determinado, seguido por etapas posteriores. Por lo contrario el diagnóstico es un proceso permanente que se modifica en cada monitoreo o evaluación y que se utiliza para realizar los ajustes necesarios durante la ejecución. Tampoco puede esperarse la finalización del diagnóstico para sólo entonces actuar, ya que en la práctica se recogen valiosos elementos para completar el mismo

¹⁹ Moreno, Elsa y col: “Guía de Programación Local Participativa. Actividades de salud materno infantil en el primer nivel de atención” Ministerio de Salud de Argentina. 2000

b) Es un proceso flexible, adaptado a la realidad de cada contexto que une la observación de lo cotidiano a la visión estratégica de mediano y largo plazo.

c) El proceso de programación es generador de ideas y soluciones creativas y aptas para ser aplicadas en su ámbito de responsabilidad, sin perder de vista el contexto regional y nacional del que forma parte. Para lograr este objetivo es preciso:

1) Desarrollar a nivel local el diálogo permanente entre los miembros del equipo de salud y la comunidad;

2) realizar investigación acerca de los problemas de salud del área y sus soluciones, teniendo como eje de estas actividades la evaluación de la calidad de la atención que se está brindando, así como los resultados que se obtienen con los recursos disponibles.

d) El proceso de programación local debe ser simple, no debe generar un exceso de actividad administrativa que reste tiempo para la verdadera actividad del equipo de salud que es la atención de las necesidades, demandas y expectativas de la gente. No se debe implementar un proceso de programación complicado y con gran número de formularios sino un procedimiento accesible a todos los trabajadores de salud y a la población.

e) El producto final de la programación local no consiste en disponer de un documento final; y mucho menos se debe pensar que es un ejercicio que se realiza una vez al año. El documento inicial de programación de un servicio debe ser seguido de ejercicios permanentes de ajuste donde se vuelquen los aspectos detectados en la supervisión y monitoreo de los procesos y los resultados que se van registrando. Sin temor podemos asegurar que los ejercicios permanentes de ajuste son mucho más importantes que la programación inicial, ya que ésta muchas veces se realiza con insuficiente información, la cual se mejora a medida que progresa el proceso de Programación-Acción-Monitoreo-Evaluación.

Momentos de la Planificación Local

La elaboración de una planificación admite su desarrollo en cuatro momentos básicos que constituyen un proceso continuo y permanente. Hablamos de “momentos” y no de “pasos” asumiendo la idea de que los momentos pueden ir trabajándose en orden indistinto, volviendo a trabajarlos cada vez que sea necesario, mientras que los pasos dan cuenta de un recorrido o construcción secuencial y estructurada.



1- ASIGNACIÓN DE LA POBLACIÓN

Este es un aspecto fundamental del proceso de programación local. Las jurisdicciones nacionales, en la totalidad de los casos, han realizado un proceso de regionalización que define espacios geográficos poblacionales donde las unidades de atención operativas asumen una responsabilidad concreta de atención a poblaciones definidas. En el subsector público estas divisiones tienen diversas denominaciones: Zonas Sanitarias, Regiones, Áreas Programáticas, Áreas Programas, etc. A su vez, cada uno de los servicios de esos espacios-población –ya sean puestos de salud, centros de salud, hospitales– suelen tener asignadas poblaciones sobre las cuales tienen la responsabilidad de atender las necesidades, demandas y expectativas de la gente y que denominamos Área de Responsabilidad del servicio. Para los servicios de la Seguridad Social y de las Prepagas la responsabilidad corresponde a la población beneficiaria.

La asignación de población a recursos de salud nunca es fija y total. La diferente capacidad de resolución de problemas por parte de los recursos hace que una población deba estar asignada a más de un recurso o establecimiento, dependiendo del tipo de necesidad.

Así, por ejemplo, un Centro de Salud atenderá correctamente el control del embarazo en su área de Responsabilidad pero para la atención del parto derivará a la paciente a un Hospital que pueda atender adecuadamente a la madre y al recién nacido, según el grado de riesgo de ambos. En un sistema regionalizado estas decisiones son fundamentales, y objeto de negociación y adjudicación de responsabilidades.

En la programación local el área de responsabilidad del servicio es la Unidad de Programación. El programa de las Zonas Sanitarias, Regiones, Áreas Programáticas, Áreas Programas, etc. resultan de la sumatoria de los programas de estas unidades.

La adjudicación de Áreas de Responsabilidad a cada uno de los servicios se realiza a través de información de censos de población y sus estimaciones intercensales. Estos datos, en muchos casos estimados al comenzar el trabajo programado, deben ser permanentemente evaluados y ajustados por medio de datos recogidos en los servicios, así como a través del censo de población realizado por agentes sanitarios o voluntarios del mismo servicio.

El Censo de Población es una tarea indispensable en las áreas rurales y de la periferia de las ciudades donde son frecuentes las migraciones en las primeras y los nuevos asentamientos en las segundas. Si no se dispone de personal para hacer censos del total de la población deben ser realizados por lo menos en las áreas de riesgo. Desde el trabajo pionero del Dr. Alvarado, en Jujuy, en el país hay experiencia en censos realizados con agentes sanitarios y actualizados periódicamente por este personal, a través de las rondas sanitarias. Para realizarlo hay formularios especiales, que deben ser complementados con croquis del área donde se señala la ubicación de las viviendas. A nivel de las provincias se dispone de Formularios para realizar este tipo de censos.

2- DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Este trabajo resulta del análisis de las estadísticas demográficas, vitales, epidemiológicas y de servicios de salud. Sin embargo, no debe limitarse al frío análisis estadístico y debe tenerse en cuenta lo que la gente piensa y siente respecto a sus necesidades y expectativas respecto a los servicios.

Para llegar a definir el diagnóstico de salud una población determinada, es necesario realizar una exhaustiva identificación de problemas y necesidades, conocida también como **“diagnóstico de situación”**, el cual se construye utilizando diferentes maneras o fuentes a través de las cuales es posible reunir la información necesaria. Es a través de estas fuentes, que puede realizarse la compilación (recopilar datos a partir de fuentes existentes), el desarrollo (producción de nueva información) y la integración (síntesis de la información)²⁰.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN: Fuentes para la recopilación de la información		
Indicadores	Encuestas	Espacios para la búsqueda de censo

²⁰ Dever, A. 1987

- **Indicadores:** la situación de salud puede ser identificada y analizada por medio de diferentes indicadores:

- **Indicadores del estado de salud:** dado que las necesidades de salud se basan en el estado de salud de la población, los indicadores utilizados para medir este factor se utilizan para la determinación de las necesidades (indicadores de morbilidad, mortalidad, discapacidad, indicadores de enfermedades específicas como por ejemplo caries y enfermedad periodontal e indicadores de riesgo).

- **Indicadores sociales:** surgen de las mediciones de la condición social de la población. Generalmente se los utiliza como indicadores aproximados. Las fuentes de información pueden ser las estadísticas por edad, sexo, educación, antecedentes étnicos, vivienda, trabajo, cobertura de la seguridad social, etcétera.

- **Encuestas:** la encuesta es un importante medio para recabar información acerca de la situación de salud y necesidades de la población.

- **Análisis de la utilización:** examina las necesidades en términos de demanda de servicios, que se mide por tipo y calidad de servicios que una población determinada utiliza. Por este medio es factible recabar datos tales como características de los pacientes, servicios recibidos, estado de salud, entre otros. Los datos pueden ser reunidos en formularios específicamente diseñados o tomados de los registros de las instituciones.

- **Encuestas tipo:** se toman de la población general y determinan las necesidades de los encuestados directamente, que a menudo son entrevistados en sus propias viviendas. Un enfoque alternativo consiste en entrevistar a los usuarios en el punto de utilización del servicio (centro de salud). Este método permite reunir información proveniente de un grupo que por lo menos ha tenido algún contacto con los servicios de salud.

- **Encuestas a Informantes clave:** Las entrevistas se realizan a miembros de la comunidad o a trabajadores locales que tengan experiencia directa en el área en estudio. Las preguntas de la entrevista se refieren a los servicios existentes y a las características demográficas de la comunidad.

- **Espacios para la búsqueda de consenso:** se centra en los medios a través de los cuales se pueden evaluar las opiniones profesionales y no profesionales de la necesidad de atención de salud en discusiones participativas en grupo. Admite diversas alternativas:

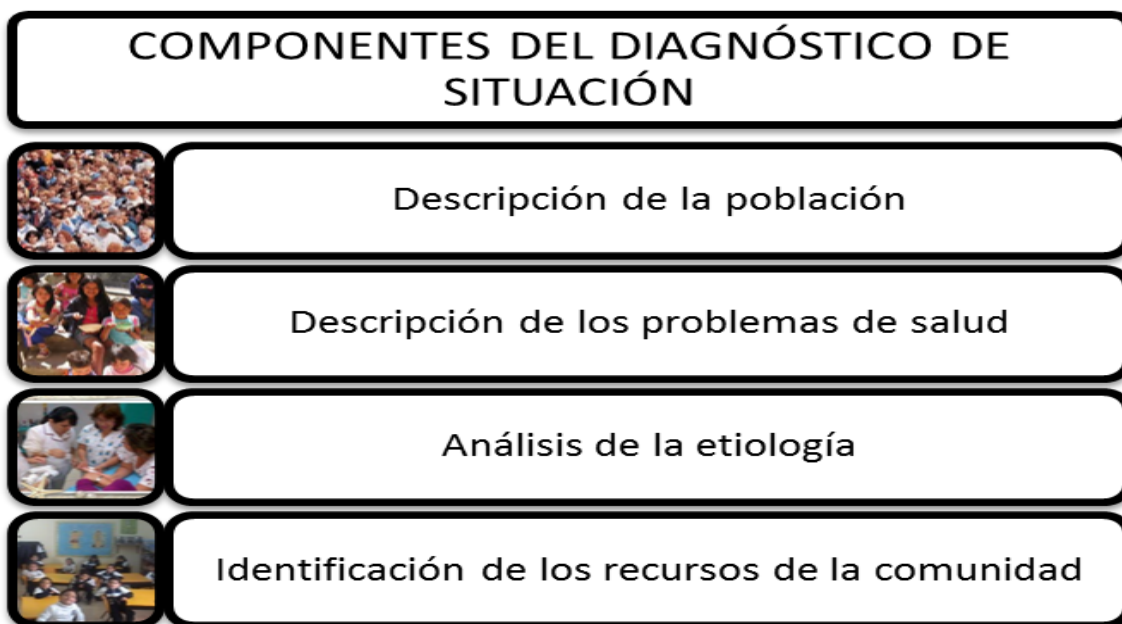
- **Foro comunitario:** reunión abierta en la cual se invita a todos los presentes a exponer sus opiniones sobre las necesidades del área.

- **Grupo nominal:** reunión muy estructurada y multifacética de individuos que se encuentran íntimamente relacionados con el área que se está evaluando. Por ejemplo un pequeño grupo objetivo (de diez individuos) compuesto por usuarios de servicios de salud, administradores y miembros del personal de las instituciones sanitarias se reúne para precisar la naturaleza de las necesidades de atención médica en la comunidad. Se sigue un procedimiento ordenado

preestablecido para definir las ideas individual e independientemente al principio y luego se las enumera y clarifica en conjunto. El grupo luego cataloga las ideas por votación secreta y el resultado es una clasificación de las necesidades por él definidas.

- Impresiones comunitarias: integra la información reunida en entrevistas con pequeños grupos o informantes clave con datos provenientes de una variedad lo más amplia posible de indicadores o de encuestas. La lista de necesidades confeccionada de esta manera es luego convalidada por medio de un proceso de foro comunitario.

A través de la utilización de estas diferentes fuentes de información, y una vez recopilados los datos, podemos construir el “diagnóstico de situación” o “identificación de necesidades y problemas” estas diferentes maneras de recopilar información.



Componentes del “diagnóstico de situación” o “identificación de necesidades y problemas”:

- **Descripción de la población**: a partir de elementos demográficos, socioeconómicos y geográficos se realiza una descripción completa de la población objeto.
- **Descripción de los problemas de salud**: la evaluación de este punto se realiza en base a los distintos enfoques. La combinación de enfoques resulta más productiva y adecuada que un método aislado. La epidemiología hace aquí su aporte en el enfoque por indicadores que es esencialmente

el enfoque descriptivo-epidemiológico, analizando indicadores de mortalidad, morbilidad y factores de riesgo. La morbilidad incluye enfermedades, dolor e incapacidad, agudos y crónicos. Los factores de riesgo se relacionan con los elementos intrínsecos de cada una de las cuatro dimensiones del concepto de campo de salud. En este punto resultan de mucha utilidad los índices específicos (Índice del Diente Sano, C.P.O., c.e.o., Índices de Higiene Bucal, Índices Gingivales y Periodontales, etcétera) que permiten la descripción de los problemas de salud bucal.

- **Análisis de la etiología:** resulta útil determinar las causas, el origen de los problemas, lo que se realiza mediante la valoración de los factores de riesgo. La epidemiología analítica proporciona los datos y conocimientos para la determinación de los factores de riesgo.

- **Identificación de los recursos comunitarios:** recursos de la comunidad utilizables para realizar las acciones en salud destinadas a disminuir los factores de riesgo identificados. Tales recursos pueden ser instituciones de salud pública, hospitales, escuelas, grupos comunitarios, infraestructura disponible, recursos humanos y técnicos, etcétera.

De la evaluación demográfica de la población y de la descripción y análisis epidemiológicos de los datos obtenidos, debe surgir un claro cuadro de los problemas de salud del área. Igualmente, el análisis de la utilización del servicio y la identificación de otros recursos comunitarios indican a cuáles de estos problemas deben apuntar nuestras acciones. Esto constituye el elemento básico para trabajar la asignación de prioridades.

Un primer análisis debe identificar grandes daños (mortalidad infantil y materna por ej.) y a continuación los factores causales tanto biológicos como sociales de esos daños. Para cada uno de los daños identificados se debe analizar cuáles son las respuestas que actualmente da el servicio en términos de cobertura y calidad de la atención. En este punto, se deben tener en cuenta aspectos que, muchas veces, el análisis de datos estadísticos no puede revelar, tales como los siguientes:

- Las características del modelo de atención, muchas veces centrado en la atención exclusiva de la demanda por patología,
- El cumplimiento de los horarios y el uso del recurso tiempo por parte de los miembros del equipo de salud,
- La actitud del personal para estimular la participación comunitaria,
- La confianza en el personal de salud que manifiesta la población del área,
- Las actividades de coordinación con organizaciones de la comunidad tales como escuelas, parroquias, etc.

La integración de conocimientos acerca de la situación de grupos humanos en relación a los daños, las características sociales, económicas y geográficas que condicionan el estado de salud y el

abordaje de los recursos en términos de disponibilidad y su utilización, hace que el diagnóstico se concrete en problemas concretos a resolver, con el conocimiento disponible.

3- IDENTIFICACIÓN DE CURSOS DE ACCIÓN. NORMATIZACIÓN

A partir de la caracterización del perfil epidemiológico de la población, de los grupos de riesgo, de la cuantía, organización y capacidad resolutoria de los recursos disponibles y mediante la administración del conocimiento debe buscarse la solución más apropiada para cada situación de salud. Esta tarea deberá ser el producto de un trabajo participativo de análisis y discusión de normas y estrategias por parte del equipo de salud, con participación activa de la comunidad.

Una vez identificados los problemas, lo que sigue es determinar cuáles son los más importantes para la planificación y asignación de recursos. Diversos criterios entran en juego a los fines de la **determinación de prioridades**. En este momento la epidemiología brinda elementos de juicio importantes a los responsables de la toma de decisiones para la racionalización de prioridades, señalando evidencias que puedan servir de guías para las decisiones políticas. Se pueden aplicar dos tipos de criterios epidemiológicos:

- La magnitud de la pérdida. Por medio de técnicas epidemiológicas es posible estimar la pérdida de vida como consecuencia de una causa de mortalidad determinada. También es factible determinar la importancia relativa de factores de riesgo.

- La posibilidad de que la pérdida sea prevenida o reducida. La epidemiología brinda su aporte mediante la determinación de la celeridad con que se puede prevenir la enfermedad o reducir sus efectos adversos mediante la utilización de:
 - las opiniones y criterios de los expertos en el tema.
 - la experiencia en otras regiones.
 - análisis de tipo costo-beneficio.

En el caso de los problemas odontológicos, las enfermedades más prevalentes, caries y enfermedad periodontal, llevan a la pérdida de elementos dentarios en una magnitud importante. Por otra parte, ambas son enfermedades prevenibles a un costo significativamente inferior que el que representa la rehabilitación. Por lo tanto ambas enfermedades representan un problema prioritario para el odontólogo sanitarista. Asimismo, en cuanto a dentición, se prioriza la permanente, en razón de que constituye la definitiva.

Una vez determinadas las prioridades, se puede efectuar la planificación de los **objetivos** para cada grupo de problemas o factor de riesgo. La planificación de cada *programa* comienza por fijar los

objetivos. La contribución de la epidemiología en este paso se centra básicamente en expresar los objetivos de manera cuantitativa (utilizando tasas de prevalencia e incidencia) o cualitativa según corresponda. Además utilizando las relaciones de riesgo que la epidemiología brinda, se puede disponer de información sobre la factibilidad de reducir la incidencia o prevalencia de determinadas enfermedades.

Las **metas** constituyen los diferentes peldaños que constituyen la escalera para alcanzar los objetivos. Se refieren a períodos más cortos de tiempo y son siempre *mensurables*.

A partir de esto, comienza la generación de ideas para identificar maneras posibles de lograr los objetivos. Asimismo, los objetivos a lograr y los cursos de acción que se vayan definiendo, se deben traducir operativamente, esto implica la identificación y asignación de **recursos** necesarios para producir esas actividades o servicios. Se considera un recurso todo lo que pueda utilizarse para el logro de un objetivo. Los principales tipos de recursos son:

- Humanos: el personal capacitado para llevar a cabo las acciones planificadas.
- Infraestructura: edificios, centros de salud, etcétera.
- Equipamiento y materiales.
- Información: libros y manuales de métodos, registros e informes, investigaciones, etcétera.
- Factores de relaciones sociales: opinión pública, apoyo gubernamental o privado, grupos comunitarios, etcétera.
- Recursos técnicos y del medio-ambiente: electricidad, clima, transporte, etcétera.
- Presupuesto: es el dinero necesario para obtener otros recursos. Puede provenir del gobierno, de instituciones privadas o de la comunidad.
- Tiempo: debe considerarse el tiempo necesario para el funcionamiento del plan.

También es necesario considerar los obstáculos y limitaciones que pueden presentarse. Un método sencillo es la confección de una lista de objetivos, anotando paralelamente los obstáculos para el logro de cada uno de ellos y agruparlos según:

- Obstáculos que pueden eliminarse: los que tienen solución.
- Obstáculos que pueden modificarse o reducirse, superarse.
- Obstáculos que no pueden superarse.

La gente es el recurso más importante para un programa. Cuando se discuten los obstáculos y cómo pueden superarse, debe participar la comunidad o sus representantes. Ellos pueden indicar qué pueden hacer por sí mismos, garantizando que lo que se está planeando es lo que necesita. La elección del mejor plan de acción depende de las circunstancias; quizás se prefiera dar mayor cobertura en el largo plazo o una cobertura integral a pocas personas, etcétera.

4- EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Después de la discusión técnica sobre diversas alternativas posibles respecto de las coberturas a alcanzar y de las actividades a desarrollar en relación con los recursos disponibles o a incrementar, comienza la **ejecución del programa local** y simultáneamente, la **evaluación**.

La evaluación no puede ser pensada como un proceso independiente de la programación y ejecución –salvo con fines conceptuales–, ya que la evaluación reinicia el ciclo diagnóstico que precede a las decisiones programadas. Por otro lado, la evaluación a lo largo del proceso de ejecución permite conocer los avances, lo que hace posible un permanente ajuste de la programación.

La evaluación supone detenerse, distanciarse frente a la acción y pensar sistemáticamente sobre el quehacer, para identificar y explicar los resultados a la luz de lo programado. Una definición interesante de evaluación que sintetiza los pasos del proceso y sus objetivos es la de Nirenberg y col.: "Entendemos por evaluación de programas o proyectos sociales una actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura".

La evaluación de programas de salud a nivel local consiste fundamentalmente en identificar en qué medida se han alcanzado las coberturas y los estándares de calidad que se formularon como objetivos. Los hallazgos de la evaluación en términos de deficiencias, desvíos y restricciones, así como las bondades, las potencialidades, las oportunidades y las fortalezas de la ejecución y su contexto, representan importantes elementos para generar propuestas de intervenciones para modificar, ratificar, innovar o reforzar los cursos de acción del programa. Sin duda en toda evaluación siempre hay comparación, ya sea contra sí mismo en el tiempo (antes-después) o bien contra parámetros existentes o deseables, expresados en los objetivos.

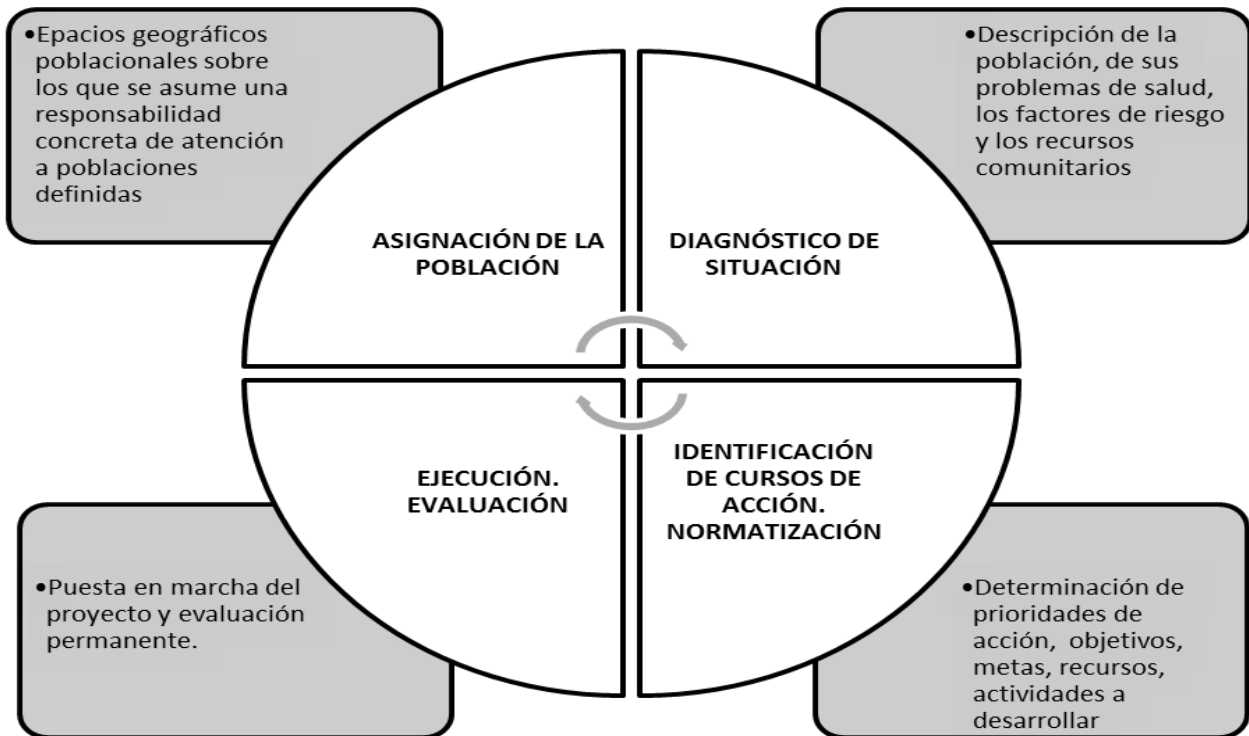
Las comparaciones se pueden hacer a través de mediciones y/o precisiones. Medir implica comparar una cantidad contra su respectiva unidad, en lenguaje numérico (indicadores cuantitativos) mientras que precisar significa concebir una cosa como distinta de otra, lo cual se expresa en descripciones y juicios en lenguaje verbal (indicadores cualitativos), no por ello menos rigurosos. El proceso evaluativo concluye con un juicio valorativo fundamentado.

La evaluación adquiere distintas formas en función de diversos factores: la naturaleza del sujeto-objeto a evaluar, el punto de vista del evaluador, la instrumentación más o menos detallada, el contexto en que se desarrolla y la audiencia a quien va dirigida.

Los servicios de salud por su naturaleza son complejos y tienen características particulares ya que corresponden a diferentes niveles de complejidad y recursos. Estos servicios atienden a poblaciones diferentes también en cuanto a necesidades y expectativas de salud y características socioeconómicas y culturales, aspectos que es preciso tener en cuenta al realizar la programación y que, consecuentemente, condicionan la evaluación.

Uno de los principales problemas de la evaluación lo constituye el punto de vista del evaluador, en términos de la subjetividad que éste puede incorporar a sus juicios valorativos; como en toda actividad cognitiva o perteneciente a disciplinas de la ciencia, la evaluación debe procurar un máximo de 'objetividad' (y, por ende, de comunicabilidad); pero ese requerimiento no debe ser confundido con la obligación de cuantificar, ya que muchas veces la sola adjudicación de un valor numérico a un juicio, no garantiza su objetividad. La participación de los diversos actores involucrados en los procesos de gestión, particularmente de los beneficiarios, es un modo de superar las subjetividades individuales –de un evaluador o un equipo de evaluadores– introduciendo lo que se denomina un campo epistemológico de ínter subjetividad; de modo que desde un punto de vista filosófico, la evaluación participativa, al igual que la programación participativa, tiene fundamentos no sólo éticos, en el sentido de respeto a los derechos humanos de ciudadanía, sino también epistemológicos, en el sentido de superar la subjetividad individual en la generación de conocimientos.

GRÁFICO RESUMEN DE LA UNIDAD



BIBLIOGRAFÍA:

- **Ander- Egg E.** Introducción a la Planificación Estratégica. 1ªed. Buenos Aires: Lumen, 2007.
- **Ander Egg, E y Aguilar Ibáñez, MJ :** Cómo elaborar un proyecto. Ed Lumen/ Humanitas. 15 Ed. 2000
- **Bordoni N, Escobar Rojas, Castillo Mercado.** Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ª ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010.
- **Dever A.** Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS-OMS; 1991, cap. 2, 3.
- **Moreno, E.:** “Guía de Programación Local Participativa. Actividades de salud materno infantil en el primer nivel de atención” Ministerio de Salud de Argentina. 2000.
- **Pineault M; Develuy M.** La Planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987; pp 9-10.

PROGRAMAS COMUNITARIOS DE SALUD BUCAL



Compiladora Jorgelina Ulloque

AÑO 2023

PROGRAMAS COMUNITARIOS DE SALUD BUCAL

Introducción

Las enfermedades bucales constituyen un problema de importancia sanitaria en nuestro país, ya que se presentan con una alta prevalencia en toda la población, en las diferentes edades y estratos socioeconómicos, aún desde los primeros años de vida. Las secuelas de estas afecciones producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de la vida de las personas afectadas. Dichas enfermedades se encuentran fuertemente vinculadas a hábitos higiénicos, alimentarios, estilos de vida, acceso a la atención de la salud, entre otros, por lo que las intervenciones en promoción de la salud, educación sanitaria y prevención resultan relevantes sobre todo cuando se incorporan a edades tempranas.

"La salud está inexorablemente unida a los progresos educativos, la calidad de vida y la productividad económica. La adquisición de conocimientos, valores, técnicas y costumbres relacionados con la salud permite a las niñas y niños aspirar a una vida sana y actuar como intermediarios para cambiar la situación sanitaria de sus comunidades" Dr. Hirosho Nakajima - Director General de la OMS, 1995

Experiencias de la iniciativa Escuelas del Bicentenario en Argentina

HYPERLINK "<http://www.ebicentenario.org.ar/>"<http://www.ebicentenario.org.ar>

Históricamente, los programas de salud escolar se caracterizaron por tener un enfoque biomédico de la salud, relegando a la escuela a un papel pasivo en las acciones de salud de su comunidad. Orientados básicamente hacia la atención de la enfermedad y a la asimilación de contenidos y metodologías que no son propias, sin considerar las necesidades y características particulares del contexto escolar.

Nuestra propuesta se fundamenta en el concepto de "salud integral de la niña y el niño en edad escolar", que va mucho más allá de la simple transmisión de conocimientos sanitarios; este concepto pone el foco en la interrelación de una serie de componentes que, coordinados, tienen efectos complementarios y sinérgicos. Por un lado, promueven conductas y estilos de vida saludables, y por otro, previenen y abordan los comportamientos que pueden ser riesgosos para la salud.

La propuesta de salud integral parte de una visión amplia y positiva del concepto de salud, a la que considera como bienestar; aborda los problemas de salud desde la interrelación de sus determinantes, de los factores que la producen y que la influyen, dando cuenta del contexto individual, del colectivo, del medio ambiente y de las condiciones de vida. Así planteamos las siguientes líneas estratégicas para nuestra iniciativa:

Asunción de la salud desde un enfoque social complejo orientado hacia un proceso integral e integrador.

Sustentabilidad en el tiempo, más allá del horizonte del Proyecto.

Fundamentación en las características y necesidades de cada escuela en cada localidad.

Gestión democrática y participativa.

La salud bucal de los niños en edad escolar

En la mayoría de los países, se considera como grupo prioritario a la hora de pensar intervenciones en salud bucal, al de los niños y adolescentes. En numerosos países la asistencia odontológica se encuentra subvencionada por el estado para estos grupos etarios, pero muchas veces la decisión de acudir a esa atención depende de las familias, los padres. Sin embargo se ha observado que aun cuando la atención odontológica es gratuita, hay diferencias considerables entre el estado de salud bucal de los niños de diferente nivel socioeconómico, especialmente en lo que tiene que ver con la cobertura de las necesidades de tratamiento. Por esa razón, muchos países han elaborado sistemas de salud escolar de asistencia odontológica en el marco del cual se proporciona tratamiento integral (preventivo- curativo) a todos los niños escolarizados (Cuenca Sala E., 2005). Otro motivo para priorizar la edad escolar a la hora de pensar intervenciones, es el hecho de que a la edad escolar pueden incorporarse acciones educativas que permitan reforzar hábitos de cuidado que incluso los niños puedan transferir a sus propios hogares. Sin embargo, a partir de estudios epidemiológicos que se están realizando a nivel nacional, se observa que ya a la edad de 6 años el CEOD de los niños es de 3.7²¹ lo cual está indicando la necesidad de comenzar los abordajes a más temprana edad.

Como trabajamos en la Unidad N°2, los estados de salud y de enfermedad de las personas se relacionan con una serie de determinantes, que ya en 1974 Marc Lalonde describió en su Modelo de Campos de la Salud. Las diversas enfermedades bucales responden a este modelo, y en este marco han podido describirse una serie de factores que condicionan la vulnerabilidad de las personas, las familias y los grupos frente a los diferentes procesos patológicos.

La atención de la salud bucal de niños y adolescentes, como de otros grupos etarios requiere la implementación de una serie de acciones preventivas y de promoción de la salud, basadas en la evidencia científica, pertinentes y legitimadas socialmente, a fin de lograr eficiencia en el trabajo clínico profesional e impacto favorable sobre las condiciones de salud bucal del grupo y sobre la calidad de vida de las familias. Para esto es necesario el desarrollo de programas de atención preventiva planificados en función de los grupos destinatarios, sus necesidades particulares, sus características socio- culturales, su riesgo biológico, los recursos de los que se dispone, incluidos los del sector salud (recursos humanos, técnicos y tecnológicos) y los de la comunidad (BORDONI, 2010).

Como trabajamos en unidades anteriores, las intervenciones que se planifiquen a los fines de incorporar modificaciones positivas sobre las situaciones de salud-enfermedad de los grupos y las comunidades, deben basarse en un exhaustivo **diagnóstico de situación**, que tenga en cuenta los diferentes componentes que condicionan la salud de las personas. Dentro de éste, el análisis de los problemas de salud y su etiología o factores de riesgo cobran especial importancia.

²¹ Colombo, Ulloque, Zarza, Luna. “Prevalencia de la experiencia de caries en niños de 6 y 12 años de Argentina” Rev Salud Bucal N°132. Marzo- Abril 2013

El **diagnóstico de la situación de salud del grupo** con el que vamos a trabajar, desde sus diferentes condicionantes o campos, es de fundamental importancia.

La **caracterización de la situación de riesgo** implica la identificación de los grupos de riesgo de desarrollar problemas bucales prevalentes.

Una serie de conceptos es necesario recordar a los fines de unificar criterios, a saber:

ENFOQUE DE RIESGO: es el método de trabajo en el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades, basado en el enfoque de riesgo.

FACTOR DE RIESGO: Es una característica detectable en individuos o en grupos de individuos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

DETERMINANTE DE RIESGO: es un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otra condición específica.

INDICADOR DE RIESGO: son los factores acerca de los cuales se ha demostrado que, de manera significativa, se encuentran asociados a determinada enfermedad.

En la edad escolar, se han determinado como afecciones dentales prevalentes los procesos de **caries dental, gingivo- periodontales y malocusiones**. Ante la necesidad de intervenir con acciones que permitan prevenir estas afecciones, caracterizar la situación de riesgo de los niños (individual y grupalmente) es de fundamental importancia. Para cada una de estas patologías se han desarrollado una serie **factores de riesgo**, los cuales, una vez analizados, nos permiten caracterizar los grupos sobre los que vamos a intervenir y planificar intervenciones que resulten adecuadas a cada situación. De esta manera podemos determinar aspectos de la conducta personal, del estilo de vida, una exposición ambiental o una característica hereditaria la cual, sobre la base de la evidencia epidemiológica se ha estudiado que se trata de una condición vinculada con salud y que como tal, es considerada importante para la prevención (Burt, 2001).

AFECCIONES DENTALES PREVALENTES EN LA EDAD ESCOLAR

Caries dental

Afecciones gíngivo- periodontales

Maloclusiones

FACTORES DE RIESGO PARA CARIES DENTAL

BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">● Factores microbianos● Consumo de carbohidratos● Estado dentario: sitios de retención de biopeícula de placa, anatomía dental, fosas y fisuras, características del esmalte dental.● Factores genéticos e inmunitarios● Enfermedades crónicas● Saliva: calidad o cantidad insuficiente.● Exposición a fluoruros
PSICO- SOCIALES	<ul style="list-style-type: none">● Exclusión social, contextos de pobreza● Nivel educativo, escaso conocimiento específico● Mitos y tradiciones obstaculizadores de conductas saludables.● Vivienda e infraestructura en salud
ESTILO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none">● Escasa adhesión a conductas saludables (higiene bucal) y al control odontológico sistemático● Conductas de riesgo● Patrones de consumo: alimentación, hábitos dietéticos.
SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none">● Atención odontológica irregular● Programas preventivos irregulares● Escasa accesibilidad a servicios de salud● Cobertura sanitaria (obra social, público, privado)

FACTORES DE RIESGO PARA AFECCIONES GINGIVO- PERIODONTALES

BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Factores microbianos ● Factores genéticos ● Factores inmunitarios ● Enfermedades crónicas ● Saliva: calidad o cantidad insuficiente.
PSICO- SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> ● Exclusión social, contextos de pobreza ● Mitos y tradiciones obstaculizadores de conductas saludables
ESTILO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> ● Escasa adhesión a conductas saludables (higiene bucal) y al control odontológico sistemático ● Conductas de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, otros)
SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención odontológica irregular ● Programas preventivos irregulares ● Escasa accesibilidad a servicios de salud
Adaptado de Bordonj, 2010	<ul style="list-style-type: none"> ● Cobertura sanitaria (obra social, público, privado)

FACTORES DE RIESGO PARA MALOCLUSIONES

BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">• Factores dentarios: tamaño dentario, pérdida prematura, cavidades proximales de caries, agenesias, interferencias dentales, etc.• Factores estructurales: tamaño y ubicación de maxilares superior e inferior, disgnacias verticales, transversales, síndromes.• Factores hereditarios• Hábitos disfuncionales (deglución disfuncional, respiración bucal, otros)
PSICO- SOCIALES	<ul style="list-style-type: none">• Exclusión social, contextos de pobreza• Nivel educativo, escaso conocimiento específico• Mitos y tradiciones obstaculizadores de conductas saludables.• Vivienda e infraestructura en salud
ESTILO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none">• Escasa adhesión a conductas saludables y al control odontológico sistemático• Conductas de riesgo• Patrones de consumo: alimentación, hábitos dietéticos.• Hábitos deletéreos: uso prolongado de biberón y/o chupete. Hábitos de succión
SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none">• Atención odontológica irregular• Programas preventivos irregulares• Escasa accesibilidad a servicios de salud• Cobertura sanitaria (obra social, público, privado)

ATENCIÓN:

La posibilidad de medir y analizar cada **factor de riesgo** en particular a través de los **indicadores de riesgo**, permite **valorar la situación de riesgo específico** a los fines de caracterizar a los individuos y los grupos.

La caracterización según el riesgo, permitirá trabajar los protocolos de abordaje específicos para cada situación en particular, tanto de grupos como de individuos.



La medida en que los factores de riesgo se encuentran presentes en las comunidades o los grupos o en cada uno de los individuos, nos permite la clasificación o categorización en los diferentes niveles de riesgo, lo cual implica la posibilidad de intervenir en cada situación en particular, con las medidas necesarias para que esas diferentes situaciones puedan ser reconvertidas a otras compatibles con salud (especialmente cuando hablamos de pacientes o grupos categorizados como de moderado o alto riesgo).

Medir significa cuantificar, y esto lo hacemos mediante la **asignación de valores** a las variables o factores que estamos estudiando. A partir de que **se asigna un valor de medida a cada factor**, éste se transforma en **indicador** y nos permite **caracterizar** de manera objetiva la situación del paciente frente a ese determinado factor de riesgo. De esa manera podemos clasificar a los pacientes y grupos según su nivel de riesgo: bajo, moderado y alto. En las dos tablas siguientes se encuentran los valores correspondientes a cada nivel de riesgo, para los diferentes indicadores, de caries y de enfermedades gingivo- periodontales.

1- VALORACIÓN DEL RIESGO DE CARIES DENTAL (BORDONI, 2010)

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPTOR	INDICADOR	BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
BIOPELÍCULA DE PLACA DENTAL	Presencia clínica	Löe y Silnes	≤ a 1	≥ a 1	≥ a 1
		O'Leary	≤ a 20%	≥ al 20% (placa madura)	≥ al 20% (placa madura)
	Microorganismos con significación etiológica	Recuento S.M. en saliva según Dentocult®	Grado 0/1	Grado 2/3	Grado 2/3 asociado con MB o caries
		Recuento S.M. en saliva según Cariescreen®	100.000-250.000 UFC	250.000-500.000 UFC	500.000-1.000.000 UFC
FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARBOHIDRATOS DIETÉTICOS	Frecuencia diaria de consumo	Registro de dieta diario	Menos de 3 momentos	3-6 momentos	Mas de 6 momentos
	Característica de los carbohidratos consumidos	Registro de consumo semanal	No adhesivos	Adhesivos asociados con frecuencia de cepillado	Adhesivos asociados con frecuencia de cepillado
CARACTERÍSTICAS DE LA SALIVA	Cantidad	Flujo por minuto	≥ 1-2 ml/min (estimulada) ≥ 0.3-0.4ml/min (no estimulada)	<1ml/min <0.3ml/min	<0.7ml/min <0.3ml/min
	Calidad: capacidad buffer	Determinación según Dentobuff®	pH>6.0 (azul)	pH>4.5-5.5 (verde)	pH>4.0 (amarillo)
ESTADO DENTARIO	Sitios de retención de biopelícula de placa	Si/no	No están presentes	Presentes	Presentes
	*Surcos y fisuras retentivos	Si/no	Planos/ sellados/ mineralizados	Profundos o con lesiones dudosas	Profundos o con lesiones dudosas/ cavitadas
	*Esmalte sano	Si/no	Si	No	No
	*Mancha blanca visible al secado	Si/no	No	Si	Si (indica actividad y riesgo)
	*Mancha blanca visible bajo capa de saliva	Si/no	No	Si	Si (indica actividad y riesgo)
	*Cavitación por caries	Si/no	No	Si	Si (indica actividad y riesgo)

2- VALORACIÓN DEL RIESGO DE PROBLEMAS GINGIVOPERIODONTALES (BORDONI, 2010)

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPTOR	INDICADOR	BAJO RIESGO	RIESGO MODERADO	ALTO RIESGO
FACTORES DE RIESGO GENERALES	Exógenos/endógenos	Presencia/ausencia	No	Si/no	Sí, incluso genéticos
HABITOS DE HIGIENE BUCAL	Presencia clínica de placa dental	Löe y Silnes O'Leary	≤ a 1 ≤ a 20%	≥ a 1 ≥ al 20% (placa madura)	≥ a 1 ≥ al 20% (placa madura)
SANGRADO GINGIVAL	Presencia de sangrado gingival	Si/no chequeado en todos los sitios	<10%CPTIN 1	<20%CPTIN 1	Si/no
ESTADO DE LA INSERCIÓN CLÍNICA	Pérdida de inserción clínica	Si/no chequeado en todos los sitios	No	No	Si
FACTORES INFECCIOSOS	Infección con Aa, Pg, Tf	Si/no	No	No	Si

La organización de la atención clínica de la salud bucal de niños y adolescentes, aplicando un fuerte componente de promoción y prevención conduce a la categorización del paciente según el riesgo y permite el diseño de programas de atención clínica, incluidos protocolos ajustados al riesgo y la pertinencia con el contexto social. Este diseño debe actuar como mapa de la atención clínica e indica de qué manera se cree que funcionará la secuencia de actividades y cómo se alcanzarán los objetivos y metas deseados (Bordoni, 2010). En este sentido, la determinación del riesgo para los diferentes procesos patológicos tiene por objetivo, la aplicación de medidas preventivas adecuadas según el problema detectado. De ésta manera, según la presencia de los diferentes factores de riesgo serán las medidas preventivas a implementar. En el cuadro siguiente, se presentan las diferentes medidas preventivas, según el objetivo del tratamiento, vinculado a la presencia de los factores de riesgo biológico.

<u>OBJETIVO</u>	<u>MEDIDA PREVENTIVA</u>
Control de la infección	<ul style="list-style-type: none"> ● Enseñanza de Técnicas de Higiene Oral . ● Control químico de placa bacteriana ● Inactivación de caries: Técnicas de restauración Atraumática / Obturaciones definitivas ● Control de sitios de retención de placa bacteriana ● Remineralización de lesiones incipientes ● Control de la primoinfección ● Raspaje y alisado supra e infragingival
Control del medio	<ul style="list-style-type: none"> ● Asesoramiento dietético: Racionalización del consumo de hidratos de carbono y utilización de sustitutos
Refuerzo estructural del huésped	<ul style="list-style-type: none"> ● Fluoruros sistémicos ● Fluoruros tópicos de aplicación profesional ● Fluoruros auto- aplicación (pastas, colutorios)
Refuerzo morfológico del huésped	<ul style="list-style-type: none"> ● Selladores de fosas y fisuras.
Control de maloclusiones	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico precoz, control y resolución de interferencias dentarias. ● Diagnóstico precoz de maloclusiones de origen estructural. ● Diagnóstico precoz, control y resolución de hábitos disfuncionales

PROTOCOLOS CLÍNICOS (Bordoni, 2010)

Los protocolos clínicos representan una herramienta para el desarrollo de un modelo normatizado del manejo de la caries dental como enfermedad infecciosa. Se organizan en función de dos ejes:

1. El nivel de vulnerabilidad de la persona determinado por la presencia de factores de riesgo
2. El momento en que se realiza la intervención

1. Protocolos de atención preventiva	✓	Para el paciente sano o de bajo riesgo
	✓	Para el paciente con alta vulnerabilidad (corresponde a riesgo moderado o alto)

2. Protocolos de atención preventiva	✓	Para la fase de atención
	✓	Para la fase de mantenimiento

PROTOCOLOS PREVENTIVOS (Bordoni, 2010)

PROTOCOLO BÁSICO PARA LA FASE DE ATENCIÓN EN PACIENTES SANOS O DE BAJO RIESGO CARIOGÉNICO

<u>Tareas en consultorio o sede de atención</u>	<u>Indicaciones para el autocuidado</u>
<ul style="list-style-type: none">● Enseñanza de Higiene bucal.● Asesoramiento dietético.● Aplicación profesional de flúor de alta concentración.● Aplicación de Selladores.	<ul style="list-style-type: none">● Higiene dental con pastas dentales con flúor o enjuagues fluorados● Ingesta de flúor según edad y concentración en el agua de consumo● Asumir pautas de cuidado general de la salud en relación a hábitos de consumo alimentario, tabaco, etc.
● CITACIÓN SEMESTRAL PARA EL MANTENIMIENTO	

PROTOCOLO BÁSICO PARA LA FASE DE MANTENIMIENTO

EN PACIENTES SANOS O DE BAJO RIESGO CARIOGÉNICO CON CONTROL SEMESTRAL

<u>Tareas en consultorio o sede de atención</u>	<u>Indicaciones para el autocuidado</u>
<ul style="list-style-type: none">● Refuerzo de la Enseñanza de Higiene bucal.● Refuerzo del asesoramiento dietético.● Aplicación profesional de flúor de alta concentración.● Aplicación de Selladores.	<ul style="list-style-type: none">● Higiene dental con pastas dentales con flúor o enjuagues fluorados● Ingesta de flúor según edad y concentración en el agua de consumo● Asumir pautas de cuidado general de la salud en relación a hábitos de consumo alimentario, tabaco, etc.
● CITACIÓN SEMESTRAL PARA EL MANTENIMIENTO	

PROTOCOLOS PARA PACIENTES CON ALTA VULNERABILIDAD A CARIES DENTAL

PROTOCOLO INTENSIVO PARA LA FASE DE ATENCIÓN

EN PACIENTES CON ALTA VULNERABILIDAD A CARIES DENTAL (Riesgo moderado o alto)

<u>Tareas en consultorio o sede de atención</u>	<u>Indicaciones para el autocuidado</u>
<ul style="list-style-type: none">● Enseñanza de Higiene bucal.● Asesoramiento dietético. Indicación de sustitutos.● Aplicación profesional de flúor en alta concentración.● Aplicación de Selladores.● Inactivación de caries.● Restauraciones preventivas y convencionales.	<ul style="list-style-type: none">● Higiene dental con pastas dentales con flúor o enjuagues fluorados● Ingesta de flúor según edad y concentración en el agua de consumo● Aplicación adicional de fluoruros (FFA al 1% durante 40 días)● Asumir pautas de cuidado general de la salud en relación a hábitos de consumo alimentario, tabaco, etc.
● CITACIÓN TRIMESTRAL PARA MANTENIMIENTO	

**PROTOCOLO INTENSIVO PARA LA FASE DE MANTENIMIENTO
EN PACIENTES CON ALTA VULNERABILIDAD A CARIES DENTAL
CON CITACIÓN TRIMESTRAL MIENTRAS EXISTA RIESGO**

Tareas en consultorio o sede de atención	Indicaciones para el autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> ● Control de la remineralización o detención de las lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> ● Higiene dental con pastas dentales con flúor o enjuagues fluorados
<ul style="list-style-type: none"> ● Refuerzo de la Enseñanza de Higiene bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ingesta de flúor según edad y concentración en el agua de consumo
<ul style="list-style-type: none"> ● Refuerzo del asesoramiento dietético. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Asumir pautas de cuidado general de la salud en relación a hábitos de consumo alimentario, tabaco, etc.
<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicación profesional de flúor de alta concentración. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicación de Selladores. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● CITACIÓN TRIMESTRAL PARA EL MANTENIMIENTO 	

PROGRAMAS PREVENTIVOS EN SALUD BUCAL

En unidades anteriores se desarrolló la planificación de proyectos y programas de intervención comunitaria, desde la perspectiva local y participativa. Una vez trabajado el diagnóstico del riesgo para afecciones bucales prevalentes en la edad escolar, el diseño de las intervenciones debe contemplar una serie de componentes que se resumen en el cuadro siguiente:

COMPONENTE	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS
EDUCATIVO	Que los individuos incorporen herramientas para el logro del autocuidado de la salud bucal	Se trabaja a nivel individual (enseñanza de técnicas de higiene oral, asesoramiento dietético, hábitos, pautas de cuidado) y grupal (talleres, juegos, obra de teatro, títeres, otros) donde se trabaje la importancia de los hábitos saludables.
ATENCIÓN INTEGRAL DEL COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD	PREVENCIÓN	Control de los problemas evitables de salud bucal. Aplicación de protocolos preventivos según el nivel de riesgo: fluoruros, selladores, control de placa, refuerzo del huésped, control de la oclusión, diagnóstico precoz de interferencias o maloclusiones, etc).
	CURACIÓN/ REHABILITACIÓN	Control de los problemas evitables, limitar el daño y rehabilitar. Aplicación de protocolos preventivos según el nivel de riesgo: inactivación de caries, restauraciones preventivas, TRA, fluoruros, selladores, control de placa, refuerzo del huésped, control de la oclusión, diagnóstico precoz de interferencias o maloclusiones, etc.
	Adaptado de Bordoni	

Los programas preventivos admiten su desarrollo en diferentes contextos, especialmente cuando trabajamos la salud escolar, lo que suele nombrarse como técnicas no convencionales de atención. De esta manera, un proyecto puede desarrollarse en la escuela, adaptando las instalaciones de la propia institución para la atención odontológica. De esta manera, el mobiliario escolar como las mesas y las sillas pueden reemplazar el equipo odontológico siempre y cuando se respeten las

normas de bioseguridad. En este sentido, existen tratamientos que se pueden desarrollar en el contexto escolar, y otros que deberán ser derivados al centro de salud o al hospital de la zona, según corresponda. En la siguiente tabla se desarrolla cada una de las alternativas terapéuticas y los objetivos posibles de realizar (niveles de Alta) según los contextos específicos.

REDES PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD BUCAL (adaptado de Bordoni)			
TIPO DE ALTA	ESCUELA	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL/ FACULTAD
ALTA BÁSICA	-componente educativo -urgencias simples -control de placa -inactivación de caries -restauraciones preventivas -remineralización de lesiones incipientes -refuerzo del huésped -mantenimiento	-componente educativo -urgencias simples -control de placa -inactivación de caries -restauraciones preventivas convencionales -remineralización de lesiones incipientes -refuerzo del huésped -mantenimiento	-componente educativo -control de placa -inactivación de caries -remineralización de lesiones incipientes -refuerzo del huésped -mantenimiento y -abordaje del paciente en internación o pacientes con riesgo médico
ALTAS INTEGRALES	NO	NO	-Urgencias complejas, resolución de problemas óseos o articulares, rehabilitaciones complejas.

Bibliografía:

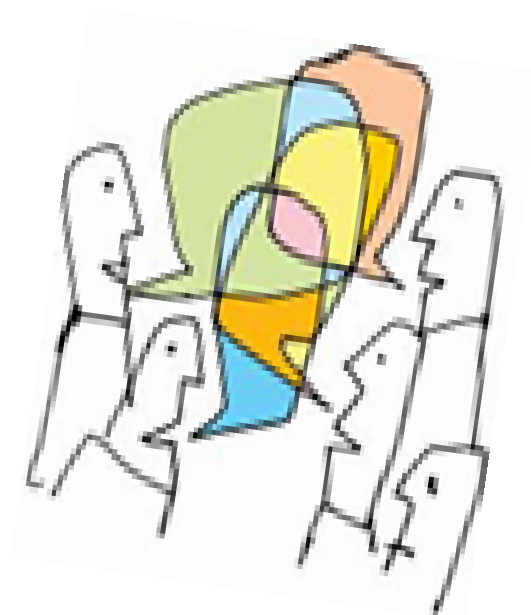
- **Bordoni N, Escobar Rojas, Castillo Mercado.** Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ª ed- Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010.
- **Cuenca Sala, E.:** Mediciones de la salud y la enfermedad en odontología comunitaria. En Odontología Preventiva y Comunitaria. Capítulo 18. Masson. España. 3ª Ed 2005.
- **Dever A.** Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS-OMS; 1991, cap. 2, 3.

● **Escuelas del Bicentenario.** IIPE - UNESCO Buenos Aires - Argentina-
<http://www.ebicentenario.org.ar/salud.php>

ucal_salud.asp. Fecha de consulta 29/09/2010

COMUNICACIÓN Y SALUD

Conceptos y herramientas para el desarrollo de acciones comunicativas en nuestras prácticas de salud en la comunidad



Compiladoras Julieta Ziem y Jorgelina Ulloque

AÑO 2023

Aproximaciones conceptuales para reflexionar la comunicación en salud en la comunidad

1. Aspectos conceptuales de comunicación en salud

La *comunicación puede ser entendida* como el **hecho de poner en común**, es el acto social y humano por excelencia que tiene la finalidad de transmitir lo que pensamos y así lograr sobrevivir. Asimismo, se la entiende como la **construcción colectiva de vínculos y sentidos**, es decir modos de entender y vivir el mundo²². Esta forma de entender la comunicación es, a nuestro juicio, la más rica para trabajar desde la prevención y promoción de la salud.

Y para lograr llevar adelante, desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud, procesos que logren mejorar profundamente nuestras condiciones de vida, es necesario **involucrar a la comunidad**, donde la promoción y prevención en salud requieren de la **participación ciudadana**. Entonces cómo entendemos **la comunicación**,

es central en el desarrollo del trabajo. De nada servirían un conjunto de técnicas de transmisión y difusión de información, diseñadas sólo para convencer o brindar la información.

(*) Cuando el 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobó y proclamó la "**Declaración Universal de los Derechos Humanos**", solicitó a todos los países miembros que publicarían su texto y que fuera "distribuida, expuesta, leída y comentada en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza. Esto destaca la importancia que esta Declaración tiene en todos los ámbitos de la sociedad, y no solamente porque señala su deseo vital por vivir en paz, sino porque los derechos humanos abarcan un amplio abanico de posibilidades, entre ellas la comunicación.

El derecho a recibir una comunicación veraz, objetiva e imparcial; a tener la oportunidad de hacer escuchar su voz, de expresarse libremente, a través de diferentes medios, son elementos propios del ser humano, al menos en sociedades democráticas o que se precien de serlo. Por ello, la propia ONU reconoció la importancia de la información como instrumento para el mejor conocimiento y comprensión entre los pueblos: "*la libertad de información es la piedra angular de todas las libertades y un derecho humano fundamental*"

²² Manual de Comunicación para la Salud, cap. 1 Área de Comunicación del PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PROAPS) Córdoba, 2006- 2007.

La **comunicación es un derecho (*)** que tenemos todas las personas y que por lo tanto debemos poder ejercer. Sabemos que esto no siempre se cumple y entendemos que las organizaciones y proyectos sociales son espacios ideales para trabajarlo.

Para eso, la comunicación concebida como **participación e intercambio, resulta una herramienta privilegiada**, siempre y cuando en estos intercambios seamos conscientes de que no existe una visión más verdadera que otras. Es **en el complemento donde se reconstruye la visión más completa**: es con otros, dialogando y comprendiendo, valorando y respetando, que verdaderamente reconocemos que todos somos sujetos de sentido y que necesitamos relacionarnos.

A esto nos referimos con **“comunicación vincular”**, que resulta la base de la propuesta de este manual y que solo llega a realizarse cuando el derecho a la comunicación es ejercido por todas las personas.

“La comunicación para la salud, aun mas allá de las diferentes estrategias que se pongan en juego, tienen que basarse en el reconocimiento de la trama cultural y del reconocimiento de todos los actores, con saberes diferenciados, pero todos imprescindibles, útiles y valiosos para mejorar las condiciones de vida de la población. La promoción de conductas saludables no es el resultado de campañas o de acosos publicitarios, sino la consecuencia lógica de la apropiación de otro sentido respecto a la calidad de vida y a la salud por parte de la ciudadanía”²³.

2. **Elementos de la comunicación**

En torno de temas tan complejos como la comunicación, los esquemas e ideas que intentan la explicación de sus procesos, lo que sucede o debería suceder, se encuentran en continua reformulación. Un antiguo gráfico resumía el proceso comunicacional en un simple esquema donde, para que exista comunicación, debe haber un emisor que emita su mensaje a través de un código, un mensaje y un receptor que lo reciba, lo decodifique y lo interprete. La retroalimentación del proceso permite, luego, que el emisor continúe con su tarea, como también el receptor.

Esta concepción es limitada y simplista para quienes trabajan comunicación comunitaria. El que emite, no solamente no emite todo el tiempo, sino que nunca deja de recibir señales y mensajes de

²³ Mata, María Cristina, “Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva”. La Crujía, Buenos Aires, (1985)

otro que, aunque escuche atentamente lo que le están diciendo, hace gestos, o bosteza, o rechaza o adhiere simultáneamente con su supuesta “recepción”. Nadie es exclusivamente receptor o emisor en ningún momento de su vida sino que, de acuerdo con procesos complejos relacionales y sociales, se involucra en redes de comunicación produciendo signos e ideas y percibiendo señales de su entorno. Por otra parte, la flecha que indica la dirección y el sentido del mensaje, nunca es unidireccional, siempre es un ida y vuelta.

Por otra parte, nadie se comunica desde espacios abstractos e ideales, sino desde un lugar y momento concretos que forman parte esencial del hecho comunicativo y condicionan todas sus fases, tanto en la producción como en la recepción de los mensajes. Esa trama es el tejido social que va determinando el significado de los mensajes y que a su vez es modificada por éstos. Es la red de relaciones interpersonales y mediáticas que va cambiando con la producción de los actores que intervienen en ella. Entonces, los procesos de comunicación son el resultado de estar inmersos en redes sociales amplias, de ida y vuelta, en constante dinamismo y cambio, y no fenómenos lineales, según lo indica el siguiente esquema:²⁴



3. Modelos de Comunicación en salud

La comunicación siempre ha estado presente en los procesos de salud. Sin embargo, **el desarrollo de la comunicación como campo de análisis e intervención** en las estrategias y programas de Salud Pública, se vincula con los **cambios que ha experimentado la concepción de salud** a través del tiempo, partiendo de planteamientos en consonancia con un **modelo biomédico de recuperación del enfermo**, que definía a la *salud* como *la ausencia de enfermedad*, y su evolución hasta la concepción actual, donde se consiguió una profunda transformación en las perspectivas y las formas de abordar la salud, impulsando las políticas de educación y promoción de la salud, que tomaron mayor fuerza hacia el último cuarto del siglo XX. Pero tuvieron que pasar varias décadas desde la definición de Salud, como el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS 1946), para que la perspectiva comunicacional se convirtiera en

²⁴ Balan, E. y col: Barrio Galaxia. Manual de comunicación comunitaria. Ed Centro Nueva Tierra. Mayo 2013

un componente de peso en los procesos comunitarios de Salud. Es a partir de la *1ra. Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud*, (1986) en la ciudad de Ottawa (Canadá), que la comunicación empieza hacerse un lugar en los procesos de salud.

La Carta de Ottawa, señaló cinco estrategias principales para instalar de forma efectiva las políticas de promoción de la salud:

la creación de políticas públicas saludables;

la creación de entornos que apoyen la salud;

el desarrollo de habilidades personales;

la reorientación de los servicios sanitarios a la promoción de salud

y el fortalecimiento de la acción comunitaria

En el marco del paradigma biomédico de la concepción de salud, se entiende a la comunicación en salud como la mera *transmisión de información con fines persuasivos*, con un claro sentido instrumental: una herramienta para controlar conductas individuales y colectivas. Esa perspectiva de la comunicación impide el desarrollo adecuado de las estrategias de educación y promoción de la salud: en primer lugar, porque la comunicación no puede ser reducida a una cuestión de medios de comunicación, ni su fines puede ser la persuasión, y, por otro lado, porque está demostrado que cambiar conductas, promoviendo decisiones autónomas y saludables a nivel individual y colectivo, es un **proceso** extremadamente **complejo en el que influyen los múltiples actores y circunstancias de la vida de una comunidad**.²⁵

Por ello, adherimos a los abordajes desde otra perspectiva de la comunicación: una mirada que se conciba desde un proceso de producción conjunta de sentidos, en el marco de un contexto social y cultural. Una perspectiva que intente ofrecer elementos para abordar los proyectos comunitarios de salud desde una mirada amplia de la realidad, que contemple las diferentes maneras de comunicación de la comunidad: los recursos, los medios, los contextos y los ámbitos de interrelación social, donde se incluya a los distintos actores sociales comprometidos en las decisiones con respecto a la salud de la comunidad.

MODELOS DE COMUNICACIÓN

COMUNICACIÓN INFORMATIVA O INSTRUMENTAL

COMUNICACIÓN VINCULAR

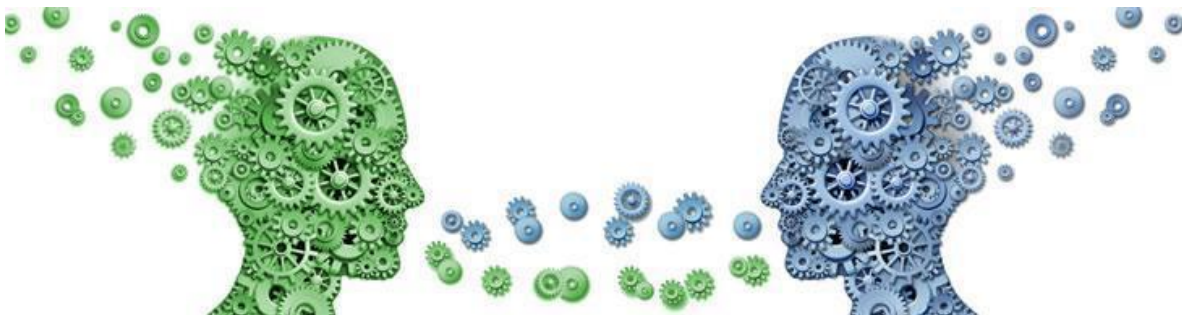
²⁵ Díaz, Hernan Uranga, Whashington(2011) Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 1,nº 1,pp113-124.

Transmisión de información con fines persuasivos, con un claro sentido instrumental: una herramienta para manipular y controlar conductas individuales y colectivas

- El protagonismo está en el emisor, que es quien construye el sentido y determina el mensaje.
- No está prevista la instancia de respuesta del receptor, por lo tanto, es unidireccional.
- Se dirige a un receptor o destinatario que es pasivo en su relación con el emisor (no puede conversar con él, debatir o intercambiar pensamientos).
- El objetivo es difundir, informar.
- Normalmente utiliza un discurso seductor, a veces imperativo.
- La herramienta toma un rol relevante como medio de contacto entre emisor y receptor.
- Permite llegar en poco tiempo de una instancia de emisión a muchas instancias de recepción.

Como su nombre lo indica, esta visión de la comunicación pone el foco en el **vínculo, en el encuentro, en el diálogo**, en aquello que nos es esencial como seres humanos.

- El protagonismo no es del emisor únicamente, sino que el receptor cobra un rol activo.
- Al tratarse de diálogos, debates e intercambios, la comunicación es bidireccional.
- Por el constante intercambio es difícil distinguir entre emisor y receptor; se los refiere como participantes de una comunicación.
- El objetivo es dialogar, construir ideas, sentidos, mensajes y objetivos con el otro.
- El uso de la herramienta se justifica para garantizar que sean más las personas o grupos que se expresen; resulta facilitadora del diálogo.
- Se prioriza el espacio de intercambio.



La comunidad como escenario de comunicación

En la vida cotidiana de nuestro barrio se suceden millones de cosas que pueden ser vistas como hechos de comunicación. Un vendedor ambulante, una pelea, un chisme, un choque y sus rumores, un fogón, un partido, una pintada, una conversación, circulan por la vida del barrio generando opiniones, silencios, rechazo o indiferencia. Imaginemos nuestro barrio desde una azotea... la comunicación va y viene, respetando a los distintos intereses, actores y formatos que viven en el barrio, como si fuera un estadio lleno, en permanente movimiento. Esa comunicación natural y espontánea del lugar es lo que nosotros llamamos comunicación barrial. O sea, el conjunto de hechos por los cuales unos se comunican con otros, con el más variado abanico de ideologías y

objetivos por detrás. Ahora bien, si ésta es la **comunicación barrial**, la pregunta podría ser ¿dónde comienza la comunicación comunitaria? Bueno, cuando uno o varios vecinos se hacen cargo de su poder de comunicación y realizan alguna tarea en función de rescatar en el escenario del barrio los valores e iniciativas que tienen que ver con el potencial de solidaridad colectiva, generan hechos que llamamos de **comunicación comunitaria**. Personas que piensan que en ese conjunto de casas, veredas, charcos y esquinas puede construirse algo conscientemente compartido por una parte de los vecinos. **“La comunicación comunitaria es el intento de darle sentido a los elementos de la comunicación barrial y familiar desde la posibilidad de la unión, la solidaridad y la organización en el barrio. Está hecha de esos modestos pero permanentes impulsos solidarios en torno a la salud, la nutrición, la vivienda, la educación, que buscan el encuentro la “colaboración” de los vecinos, la fiesta y el trabajo”.** (Texto tomado de Barrio Galaxia. Manual de comunicación comunitaria)



a. **Los elementos de la comunicación en el barrio.**

Si retomamos la visión del barrio desde la azotea de una casa, podemos asombrarnos nuevamente con la cantidad de hechos y circuitos comunicacionales que pululan por ahí, mostrando sus miles de caras y mutaciones. Podemos distinguir cinco elementos que determinan de diferentes maneras el contexto comunicacional en el que nuestras producciones van a operar. *“Por eso nuestra habilidad principal debe ser la de evaluar con justeza el grado de sintonía comunitaria que puede desatar tal o cual iniciativa social, teniendo en cuenta la manera particular en que va a formar parte de la vida cotidiana del barrio. Eso es el comienzo de un proyecto eficaz de comunicación. En la combinación inteligente y sensible de estos elementos se juega la posibilidad de un momento superior de creación solidaria y colectiva”.*²⁶

²⁶ Balan, E. y col: Barrio Galaxia. Manual de comunicación comunitaria. Ed Centro Nueva Tierra. Mayo 2013

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN EN EL BARRIO

Los actores

Los espacios y circuitos

Los medios

El proceso histórico, político, social y cultural



1- **Los actores.** En el barrio podemos distinguir distintos actores. Cada actor social es un **“productor” particular de comunicación**: los jóvenes, las madres, los adultos varones, los abuelos, los chicos, tienen una forma particular de intervenir en la vida del barrio que deben ser analizadas para las tareas de comunicación. Asimismo, están los actores institucionalizados u organizados: escuela, comisiones, clubes, parroquias que tienen su actividad dentro del barrio y forman parte de su vida.

2- **Los espacios y circuitos.** Existen en el barrio distintos medios: **visuales** (carteles, grafitis, pasacalles, símbolos, ornamentaciones, etc) **auditivos y radiales** (parlantes, música callejera, radio comunitaria) y **audiovisuales** (TV, video, cable, etc). Además, puede verse gente charlando, arengando, escuchando en plazas, los bares, en las esquinas, en las plazas, o por la calle. Todo este flujo de procesos comunicacionales se da en lugares clasificables según un criterio práctico a saber: **-lugares de circulación** (espacios por donde la gente pasa casi sin detenerse: pasillos, calles, pasajes, avenidas, etc) **-lugares de concentración** (espacios en los que las personas se juntan para lograr un objetivo, pero en los que no necesariamente se comunican entre sí: parada de colectivo, verdulería, salida de la escuela, sala de espera del centro de salud) **-lugares de reunión**: (espacios en los que se reúnen grupos de mayor o menor envergadura, organizados, conocidos, que necesitan comunicarse para el logro de un objetivo en común: parroquia, escuela, comisión vecinal, club). El análisis de los **lugares del barrio** es importante porque existen **objetivos de comunicación** que puede pretenderse en cada caso. En los lugares de **circulación** no deberíamos plantear que la gente se detenga a leer textos largos o discutirlos, pero puede pensarse en consignas impactantes en forma de carteles o anuncios que pueden percibirse y entenderse al paso. En este tipo de espacio se privilegian los medios de **“impacto”**. En los espacios de **concentración** podemos pretender que se lea un folleto, por ejemplo. Pensemos en la sala de espera de un centro de salud: esos minutos en que los vecinos se aburren esperando la atención del profesional, pueden aprovecharse para compartir con ellos algunos datos o planteos a través de medios gráficos o audiovisuales. Los medios



para operar en estos escenarios se llaman de **“información”**. Y el tercer tipo de lugares, los de **reunión**, son los que nos abren la posibilidad de llegar con medios y estrategias que busquen el debate grupal, el compromiso en la tarea, la discusión de fondo. Son espacios que permite el uso de medios de **“reflexión y acción”**

3- **Los medios y técnicas.** Tanto en lo gráfico y plástico (afiches, volantes, boletines, pasacalles, murales, etc) en lo radial como en lo audiovisual, el barrio es el “soporte” de un conjunto variadísimo de lenguajes y formas de comunicación. Cada uno de ellos tienen grandes posibilidades –pero también limitaciones- para entablar un diálogo con nuestros “interlocutores”.

4- **El proceso social, histórico político, y cultural.** Los barrios son el resultado dinámico de entramados complejos de historias. En esa trama hay tradiciones, relatos, hechos que pasan en la memoria de los lugareños como experiencias de felicidad, tristeza, esfuerzo, etc. Éstos son datos y elementos imprescindibles para trabajar los proyectos.

5- **Los problemas y contenidos.** La comunicación comunitaria va tomando forma en torno de los problemas concretos sobre los cuales los vecinos se movilizan y organizan. Los problemas y contenidos pueden trabajarse de manera de favorecer un proceso de creciente participación.

Imagen de “Barrio Galaxia. Manual de comunicación comunitaria”. Ed Centro Nueva Tierra. Mayo 2013

FICHA TÉCNICA **3**

MANUAL DE COMUNICACIÓN COMUNITARIA

EL BARRIO



PARA ANALIZAR LA COMUNICACIÓN EN NUESTRO BARRIO

- * **ACTORES** : PERSONAS E INSTITUCIONES
- * **ESPACIOS** : DE CIRCULACIÓN CONCENTRACIÓN Y REUNIÓN
- * **MEDIOS** : GRÁFICOS / PLÁSTICOS RADIALES, AUDIOVISUALES
- * **PROCESO HISTÓRICO / POLÍTICO SOCIAL / CULTURAL** : LUCHAS, ALEGRÍAS, FRUSTACIONES
- * **PROBLEMAS / CONTENIDOS** : SALUD, EMPLEO, TIERRA, EDUCACIÓN

TIPO DE ESPACIO	CARACTERIZACIÓN	EJEMPLOS	SE PUEDE PRETENDER...	GRÁFICA	RADIO	VIDEO
CIRCULACIÓN	LUGARES POR DONDE LA GENTE CIRCUA.	PASILLOS, CALLES PLAZAS, AVENIDAS...	IMPACTO	AFICHE VOLANTE PASACALLE MURAL	PROPALADORA SPOT RADIAL	CORTO PROMOCIÓN EN T.V.
CONCENTRACIÓN	LUGARES DONDE LA GENTE SE JUNTA CON OBJETIVOS EN COMÚN PERO SIN NECESITARSE.	LA COLA DEL COLECTIVO LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD...	INFORMACIÓN	FOLLETO CARTELERÍA AFICHE DIDÁCTICO	CARTA INFORMATIVA ↓ REPORTAJE DIDÁCTICO	CORTO INFORMATIVO ↓ REPORTAJE DIDÁCTICO
REUNIÓN	LUGARES DONDE LA GENTE SE JUNTA Y SE NECESITA PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS EN COMÚN.	LA COMISIÓN, LA COOPERADORA EL GRUPO PARROQUIAL...	REFLEXIÓN ACCIÓN ORGANIZACIÓN	REUNIÓN A PARTIR DE: CARTILLA, DOCUMENTO, BOLETÍN	REUNIÓN A PARTIR DE: RADIOTEATRO INFORME DEBATE	REUNIÓN A PARTIR DE: VIDEO DEBATE

En el barrio, el análisis de los elementos que tienen que ver con la comunicación son más complejos: actores, espacios, medios, procesos, problemas. Los objetivos e intereses de todos los que forman parte de su vida cotidiana van modelando la comunicación comunitaria. Y es importante ver cómo cada lenguaje (el gráfico, el radial, el audiovisual) tiene un formato que sirve para el impacto, otro para la información y otro para reflexionar, organizarse y hacer. Estos elementos son los que pondremos en juego si queremos desarrollar una campaña comunitaria.

b. Elaboración de un plan de comunicación²⁷

Los materiales comunicativos tienen como objetivo no sólo proporcionar información sobre algunos temas o problemas que vive la comunidad, sino también, en determinados contextos, generar y facilitar el desarrollo de una experiencia de aprendizaje, una experiencia de intercambio y enriquecimiento. La propuesta de comunicación que vamos a desarrollar implica pensar la producción de acciones y materiales comunicativos con un **sentido educativo**, y parte de preguntas simples que guían la construcción de un Plan de Comunicación, como: ¿Qué necesitamos mejorar en términos de salud en la comunidad? ¿Sobre qué vamos a dialogar?, ¿Con quiénes nos queremos comunicar?, ¿Cuál es el camino que invitamos a recorrer?, ¿Cómo y a través de qué recursos, medios, acciones es más rico entablar un diálogo?



²⁷ Manual de Comunicación para la Salud, cap. 1 Área de Comunicación del PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PROAPS) Córdoba, 2006- 2007.

Los materiales y acciones de comunicación que trabajemos tendrán por objetivos promover conductas, orientar hábitos, comportamientos y/o costumbres, informar sobre temas de salud. Pero sobre todo **construir y fortalecer los vínculos con la comunidad**. Para eso, debemos apuntar a **promover la participación** de los diferentes actores que la integran, porque solo así podremos lograr un **proceso real de aprendizaje y de cambio**.

*Para realizar acciones o producir materiales de comunicación **con un sentido educativo**, es necesario **elaborar un plan o una planificación** de modo de organizarnos en la acción.*

Para esto, podemos retomar lo que ya hemos trabajado sobre planificación: cuáles son las etapas o momentos a tener en cuenta, que se trata de un proceso dinámico que implica pensar la realidad que observamos, reflexionar junto con la comunidad lo que queremos trabajar para mejorar, proponer alternativas para la puesta en práctica, revisar los procesos para reformular las acciones si es necesario, etc.

El **plan de comunicación** requiere realizar un trabajo previo de **doble definición e investigación**:

- **Investigación diagnóstica:** en este punto se ponen en juego nuevamente todos los elementos que hemos estado trabajando sobre diagnóstico comunitario. Este proceso nos permitirá conocer a nuestros interlocutores y sus contextos: ¿Con quiénes nos queremos comunicar? ¿Cómo son, cuál es su historia y contexto? ¿Qué piensan de aquello sobre lo que queremos dialogar? ¿Qué les interesa y preocupa? ¿Qué piensan del tema o problema? Los lugares y espacios que podemos aprovechar para el desarrollo de las acciones comunicativas, etc.

- **Investigación temática:** en este punto se realiza la definición del tema general a partir del cual nos vamos a vincular con el grupo de la comunidad. Aquí responderemos a preguntas como: ¿sobre qué vamos a dialogar? ¿Qué otras experiencias hubo?, ¿qué información existe sobre ese tema?, ¿cuáles son los desarrollos teóricos sobre ese tema? ¿De qué manera abordamos y presentamos la problemática a trabajar?



¡Atención! Es importante la investigación diagnóstica porque nos permite saber cuáles son las necesidades reales de la población con la que trabajamos y no sólo lo que nosotros como profesionales de la salud tenemos para decir...

Una vez trabajada esta instancia diagnóstica, lo siguiente será definir los **tres ejes** que estructuran el proceso de producción de materiales y acciones de comunicación:

- **Eje conceptual:** es el que responde a la pregunta general de **¿QUÉ?**: ¿sobre qué vamos a hablar?, ¿cuál es el tema? Este eje se construye a partir de la investigación temática que nos permitirá definir las ideas principales del **tema** sobre el que se busca generar una experiencia de aprendizaje. Puede ser importante elaborar el mapa conceptual: cómo introducimos el tema, qué se dice primero y qué se dice después, cómo cerramos.

- **Eje pedagógico:** es el camino que le proponemos recorrer a los actores con quienes queremos entablar un diálogo. Es la distancia que hay entre lo que la gente piensa y siente hoy sobre algún tema (en nuestro caso "hábitos saludables y cuidado de la salud Bucal") y lo que nosotros proponemos. Este eje expresa los **objetivos** de nuestro plan de comunicación: es el **¿PARA QUÉ?** Pero es imposible partir desde el lugar del otro si no lo conocemos. Por eso para poder definir el *eje pedagógico* tenemos que realizar la *investigación diagnóstica*. Debemos conocer cuáles son las ideas previas sobre las cuáles, con las cuáles, y muchas veces contra las cuáles se va a construir una nueva concepción, una nueva conceptualización, una nueva actitud o una nueva habilidad. Esta nos permite conocer los contextos y los actores con quienes queremos establecer un vínculo comunicativo. Implica entender qué saben, qué quieren, qué piensan, qué imaginan y qué ignoran del tema o la problemática en cuestión con la que vamos a trabajar.

- **Eje comunicacional:** responde al **¿CÓMO?** ¿A través de qué recursos, medios, acciones, es más apropiado entablar ese diálogo? Aquí definimos el modo concreto en que proponemos recorrer el camino. Entonces el eje comunicacional puede ser una metáfora, una imagen, o una consigna. Para poder encontrar el eje comunicacional, una vez más necesitaremos conocer cuáles son los lenguajes y códigos de la comunidad. En función de esto podremos definir cuáles son los medios y acciones más adecuados, dentro de los que están a nuestro alcance.

La relación dinámica entre los tres ejes, nos permitirá construir el camino que invitamos a recorrer. El **eje pedagógico** es el que **articula** a los otros dos, en tanto es el que expresa los **objetivos** de lo que queremos hacer. En este proceso nos daremos cuenta de que lo que definimos como **eje conceptual** no debe ser sólo una exposición lógica de argumentos. El **eje comunicacional** puede llevarnos a repensar los otros dos, puede que desencadene nuevas ideas que nos hagan revisar otras posibilidades no previstas, y a la vez puede hacernos pensar en la consecuencia y pertinencia del planteo.

Finalmente, los actores con quienes dialogamos podrán o no haber cambiado algunas concepciones, percepciones, valores; pero sin duda habrán empezado a mirar otras posibilidades y habremos establecido vínculos que nos permitirán recorrer otros caminos. Lo que hay que asegurar es el análisis y trabajo con



todos los elementos que conforman esta propuesta metodológica: sus tres ejes, sus investigaciones. Y por supuesto hay que asegurarse que exista coherencia entre ellas. No sería bueno que nos pase que hacemos cartillas cuando en la investigación diagnóstica vimos que el grupo con el que trabajamos no sabe leer...

c. **Recursos y medios para trabajar el plan de comunicación**

Cada acción de comunicación posee una cualidad que lo hace eficaz en alguna de las fases del diálogo que pretendemos entablar con la comunidad. En el momento de tomar la decisión de qué recursos (afiche, volante, folleto, cartilla, cartelera o diario mural, otros) y qué medios (radiales, audiovisuales, etc.) se van a trabajar, debe considerarse los elementos de comunicación en el barrio trabajados en párrafos anteriores. Estos elementos determinan de diferentes maneras el contexto comunicacional en el que nuestras producciones van operando²⁸.

Es necesario recordar lo planteado en párrafos anteriores: cualquier estrategia de comunicación que planifiquemos debería partir de la complementariedad entre acciones que se asientan en el vínculo cara a cara con otras basadas en la producción de materiales de comunicación.

A los fines de elaborar los **recursos** que van a ser utilizados en el **plan de comunicación en la comunidad**, proponemos una serie de fichas que orientan a su confección. *FICHAS 3; 4; 5; 6 al final del desarrollo de esta unidad.*

²⁸ Balan, E. y col: Barrio Galaxia. Manual de comunicación comunitaria. Ed Centro Nueva Tierra. Mayo 2013

FICHA 3

AFICHE y VOLANTE

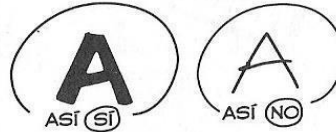
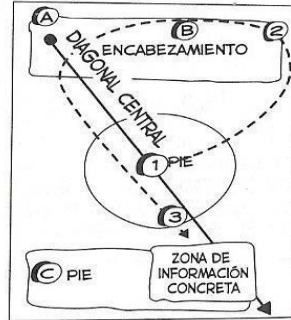
En esta ficha están desarrollados una serie de puntos sobre el lenguaje del AFICHE. Es un "jugador" muy importante en un plan de comunicación comunitaria. Barato, de alto impacto, muy popular, sirve de entrada para informar a mucha gente. La calidad gráfica es esencial. No es necesario que sea un afiche caro, pero sí debe notarse que fue bien "trabajado", con dedicación y cuidado estético. Un afiche hecho a las apuradas es una credencial que dice "nuestro grupo hace todo a los ponchazos". Texto e imagen deben estar bien plantadas en la hoja, y llamarla la atención.

Modo de uso

En paredes y vidrieras del barrio, en los lugares de mayor circulación. Se puede usar de "tapa" de nuestra carpeta de la actividad y enviarla a las instituciones junto con una carta. Reducido en fotocopia puede ser un "volante".

EL ERROR MAS FRECUENTE

Hacerlo demasiado rápido, sin pensar una idea realmente llamativa y sin bocetearlo antes. También pasa que los pegamos sin mucho criterio, sin usar el "mapa" del barrio.



IMPRESINDIBLE PARA

Instalar algo públicamente en el barrio. Sin el afiche, no parece que quisiéramos hacer algo que les llegue a todos.

DICEN QUE EL AFICHE DEBE SER... UN GRITO EN LA PARED

PORQUE DEBE TENER LA SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:
DEBE LLAMAR LA ATENCIÓN AL QUE VA CIRCULANDO
TIENE QUE ENTENDERSE DE LEJOS Y SIN QUE EL LECTOR SE DETENGA
POR LO TANTO, CONVIENE QUE:

CONSTE DE UNA IDEA CENTRAL (NO TRES O CUATRO)
QUE ESTÉ DICHA CON SIMPLEZA Y DE UNA MANERA CREATIVA
QUE EXPRESE LA INFORMACIÓN CON CLARIDAD (POR EJEMPLO, DÍA Y LUGAR DE LA CONVOCATORIA)

EN CUANTO A LO GRÁFICO

EL AFICHE TIENE UNA DIAGONAL CENTRAL (A) QUE ES LA QUE EL LECTOR RECORRE PREFERENTEMENTE. AHÍ DEBE IR LA INFORMACIÓN PRINCIPAL.
IMAGEN Y TEXTO DEBEN COMPLEMENTARSE Y NO REPETIRSE.

SI HAY UNA ILUSTRACIÓN U FOTOGRAFÍA DEBE SER ESPECIALMENTE LLAMATIVA
EL TEXTO DE LA IDEA CENTRAL DEBE TENER "PESO" EN TODA LA PÁGINA (NADA DE LINEAS DEBILUCHAS; LETRAS GRUESAS Y CLARAS, EN POCAS PALABRAS)
LA MEJOR LETRA ES LA DE IMPRENTA, ES MÁS CLARA Y RÁPIDA DE LEER.
EL ENCABEZAMIENTO (B) Y EL PIE (C) LE DAN ESTRUCTURA E INFORMACIÓN CONCRETA AL AFICHE.
USAR LA CREATIVIDAD Y EL HUMOR AYUDA A CONVOCAR DESDE LA ALEGRÍA.

EL VOLANTE ES TAMBIÉN UN MEDIO GRÁFICO QUE TIENDE A PROVOCAR EL IMPACTO. TIENE LAS MISMAS LEYES QUE EL AFICHE, CON UNA VENTAJA, COMO EL TRANSEUNTE SE LO LLEVA, PUEDE TENER UN POCO MÁS DE INFORMACIÓN

UN CONSEJO

No descuidar el peso de las letras, textos e imágenes. Pintarlas bien en una idea bien impactante. También es muy aconsejable el uso del humor para lograr la complicitad del interlocutor.

FICHA TÉCNICA **8** MANUAL DE COMUNICACIÓN COMUNITARIA **LA CARTILLA**

La cartilla es un medio más complejo que el folleto o el afiche, porque tiene sentido pedagógico que no es tan simple de concretar gráficamente. Digamos que, dado determinado tema, la cartilla es un medio gráfico que permite introducirnos en él, abordar sus aspectos principales, e incluso discutirlo con nuestro grupo. Por ejemplo, la explicación de QUÉ ES UNA COOPERATIVA puede incluir un resumen de los principios generales del cooperativismo, diferentes tipos de cooperativas, un fragmento de un estatuto, el testimonio de un cooperativista, etc.

Para elaborar una cartilla debemos manejar ciertos criterios que hacen a cualquier iniciativa ligada a la Educación Popular y la pedagogía en general.

IR DE LO MÁS SIMPLE A LO MÁS COMPLEJO

No intentar agotar el tema en una cartilla, sino motivar la reflexión y la búsqueda del grupo en una secuencia comprensible y clara.

PARTIR DE LA REALIDAD DEL BARRIO

Por más abstracto que sea el tema, es conveniente iniciarlo reflejando el contacto que tiene el problema con la vida cotidiana de cualquier vecino en el ámbito de nuestra zona.

MANEJAR DOCUMENTACIÓN CONCRETA

A veces la mejor manera de aprender algo es discutiendo de primera mano – el texto de una ley, un estatuto, el catastro de nuestro barrio, las conclusiones de un taller, una foto- nuestras cartillas, siempre que se pueda, deben poner a disposición de la gente los documentos que tienen que ver con el problema.

USAR MUCHOS EJEMPLOS

Es la manera de visualizar los temas con facilidad y poder compartir opiniones haciendo pie en cosas cotidianas.

LENGUAJE CONCRETO

A veces las "abstracciones" son necesarias, pero también es frecuente abusar de ellas; por eso recomendamos usar lenguaje y verbos concretos. Tal como se dice en la ficha de RADIO, sirve para entendernos con claridad sobre todo si nuestro medio circula en los sectores populares.

AREADO Y SIMPLE

El diseño de la cartilla tiene que facilitar su lectura, con márgenes claros, titulares importantes, gráficos, dibujos, recuadros, etc.



LA CARTILLA ES EL MEDIO GRÁFICO MÁS INDICADO PARA ABORDAR UN PROBLEMA EN PROFUNDIDAD. LA CANTIDAD DE PÁGINAS ES VARIABLE, PERO SIEMPRE TIENE UNA ESTRUCTURA SIMILAR A LA DEL FOLLETO (PRESENTACIÓN DEL TEMA, DESARROLLO, PROPUESTA, OBSERVACIONES Y CIERRE) AUNQUE PUEDE INCLUIR MAS ELEMENTOS.

1. PUEDE INCORPORAR UN RELATO o HISTORIETA (que ilustre sobre el problema) o FOTOS
2. CONVIENE USAR LETREROS y CUADROS para ayudar a que la lectura sea formativa.
3. SE PUEDE INCLUIR DOCUMENTOS (Textos de leyes, mapas, planos, etc.)
4. SE PUEDE UTILIZAR COMO MATERIAL DE DISCUSIÓN GRUPAL. (Agregando más pautas metodo lógicas)

UN EJERCICIO

Tomar algunas cartillas de educación popular y analizar su estructura, su guión y su diseño. Compararemos, si se puede, una que explique un tema técnico (por ejemplo: cómo hacer una huerta) con otra que aborde un tema legal o jurídico (Leyes de expropiación, por ejemplo). ¿Cómo inician el tema? ¿Cómo lo relacionan con el barrio? ¿Cómo explican las partes más complicadas?

EL ERROR MAS FRECUENTE

Pretender agotar todo en una cartilla. A veces el tema tiene muchos aspectos y se quiere expresar la totalidad en un material, con lo que resultan unos "bodoques" complicados e interminables. También sucede que no se respeta eso de ir de lo más simple a lo más complejo, y se le entra al tema sin un orden lógico.

MODO DE USO

Para introducir una discusión en grupos e instituciones, y como parte de una campaña. Se reparte de mano en mano y se vuelve a ver qué impresiones generó.

UN CONSEJO

La cartilla es algo que parece fácil de elaborar si uno ve una ya hecha. La realidad es que es un material complejo, de factura delicada y que debe salir bien. Conviene no planificar la producción de muchas en un solo año. Si se va a haber dos campañas, que cada una tenga su cartilla, que explique lo que no cabe en folletos y afiches.

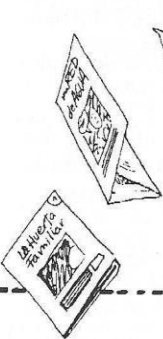
IMPRESINDIBLE PARA

Abordar un tema en un barrio desde sus grupos o instituciones y con cierta profundidad, sobre todo si el tema tiene aspectos para el debate.

FICHA TÉCNICA **6**

MANUAL DE COMUNICACIÓN COMUNITARIA

EL FOLLETO



EL FOLLETO SIRVE PARA PRESENTAR UN PROBLEMA CON MÁS DATOS QUE EN UN AFICHE Y CONVOCAR A ALGUNA ACTIVIDAD CONCRETA PARA RESOLVERLO.

HAY QUE SELECCIONAR MUY BIEN LA INFORMACIÓN QUE VA A MENCIONARSE PORQUE NO CABE MUCHA (SON DOS O TRES PÁGINAS)

AQUÍ VAMOS A TRABAJAR SOBRE EL LLAMADO TRIPTICO (TIENE TRES PARTES DE CADA LADO) AUNQUE PUEDE DOBLARSE POR LA MITAD Y SER UN DIPTICO.

DIGAMOS QUE TIENE BÁSICAMENTE 5 PARTES QUE ESTÁN SEÑALADAS EN EL SIGUIENTE CROQUIS Y EXPLICADAS EN LA OTRA PÁGINA:



EJEMPLO: EN VEZ DE "ES NECESARIO EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN" DECIR: "NECESITAMOS IR A TODAS LAS REUNIONES"



1. **LA TAPA:** FUNCIONA COMO UN AFICHE O VOLANTE, DEBE LLAMAR LA ATENCIÓN E INVITAR A ABRIR EL FOLLETO, PLANTEANDO EL TEMA CON "GANCHO" Y BELLEZA. ES MUY IMPORTANTE QUE LA TAPA SEA LINDA Y ATRACTIVA.

2. **PRESENTACIÓN DEL TEMA:** EN ESTA PRIMERA PARTE CONVIENE UBICAR AL LECTOR EN LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA, SU RELACIÓN CON ÉL Y SUS DISTINTAS IMPLICANCIAS. TIENE QUE SEGUIR ATRAYENDO AL LECTOR.

3. **DESARROLLO Y PROPUESTA:** EN ÉSTAS DOS CARAS SIGUIENTES NOS JUGAMOS CON NUESTRA INTENCIÓN DE RESOLVER LA CUESTIÓN EN CONJUNTO CON EL QUE LEE EL FOLLETO. AHÍ DEBE ESTAR, SIMPLE Y CONCRETA, NUESTRA PROPUESTA.

4. **OBSERVACIONES FINALES:** EN ESTA CARA ACLARAMOS ALGUNOS PUNTOS QUE EN EL TRANSURSO DEL FOLLETO PUEDEN NO HABER SIDO DESARROLLADOS.

5. **CIERRE:** EN ÉSTA, LA ÚLTIMA PÁGINA DEL "TRIPTICO" PODEMOS CONCLUIR NUESTRO MATERIAL CON ALGUNA CONSIGNA O IDEA FUERZA QUE SINTETICE NUESTRA PROPUESTA, JUNTO CON LOS DATOS DE LA ORGANIZACIÓN O GRUPO.

El folleto es el medio que suele acompañar las recorridas "casa por casa" y las cartas institucionales en cada campaña que la organización o el grupo impulsan. Es un medio que sirve para compartir con el interlocutor algunas informaciones y propuestas en torno a un tema. En esta ficha se propone una manera especial de organizar los contenidos, de manera de concluir nuestro mensaje con la propuesta concreta que hacemos al vecino. Al tener la posibilidad de un texto más largo, podemos intentar un discurso cálido y cercano, que invite a la reflexión conjunta prestándole especial atención a la redacción y la ortografía.

Modo de uso
Como dijimos, casa por casa, y en los lugares de concentración y reunión. Es un material óptimo para invitar a eventos (Asambleas, Talleres, etc.), porque sirve para explicar un tema y proponer algo. Tiene que poder funcionar "solo", aunque es bueno que vaya acompañado de una conversación personal.

EL ERROR MAS FRECUENTE
Usar mal la "secuencia" de las páginas, poniendo demasiado énfasis (espacio) en la introducción o en la propuesta. Otro error frecuente es la ausencia de ilustraciones o de fotos. El texto sin imagen puede hacer del material algo frío y aburrido.

IMPRESINDIBLE PARA
Explicar algo de mediana complejidad. Una propuesta, un problema, necesitan de ideas, de argumentos. Este es el medio que permite iniciar esa conversación con el vecino y facilitar el debate.

UN CONSEJO
Mirar muchos folletos, "copiar" la estructura de los que más nos gusten, incluso los "comerciales", que muchas veces son muy inteligentes.



FICHA 6

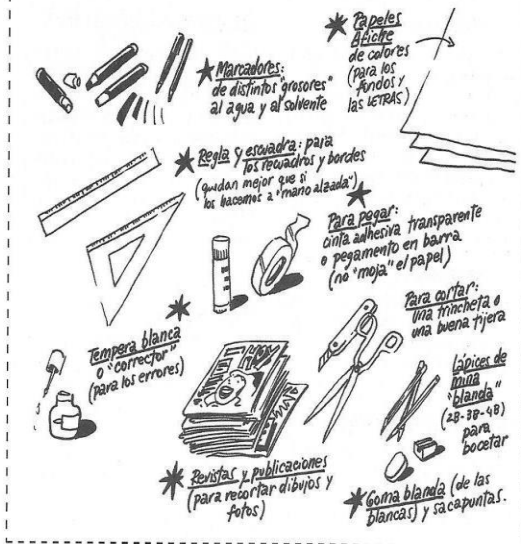
FICHA TÉCNICA 9 MANUAL DE COMUNICACIÓN COMUNITARIA **CARTELERA O DIARIO MURAL**

En esta ficha hay algunos elementos sobre la "cartelera" o "diario mural", un medio muy común en instituciones y organizaciones sociales. La cartelera mural generalmente es usada como un medio público de informaciones y avisos generales para los que puedan verla, y como lugar de instalación de los temas importantes a través de afiches y consignas. Ubicada en un lugar de circulación, visible desde lejos y con espacio para que la gente pueda pararse a leerla, debe ser, tal como dice la ficha, colorida, explicativa y amena.

Además de los dos usos mencionados (información general e instalación de temas importantes), la cartelera puede ser un medio para materiales formativos (frases importantes, retratos de personajes queridos, afiches didácticos) y expresiones humorísticas o artísticas en general (poemas, dibujos, fotografías, etc.)

PARA TRABAJAR EN LA CARTELERA (Y EN LA GRAFICA DE LA ORGANIZACION)

Los cartelones y materiales hechos rudimentariamente (sin el auxilio de una computadora) exigen manejar los recursos tradicionales de la gráfica artesanal. Aquí va el equipo básico de un comunicador comunitario que trabaja con el papel.



MODO DE USO
 Como dijimos antes, ubicada en un lugar estratégico (mucho circulación de gente, espacio para leerla, visible desde lejos), se produce sobre paneles de telgopor, aglomerado o corcho, y se va cambiando el material quincenal o mensualmente.

UN CONSEJO
 Darle atención a la "estética" de la cartelera. Que no sea sólo un collage de avisos y recortes, sino algo diagramado, con secciones y matices. Para ello es indispensable que haya un responsable del medio que periódicamente recolecte material y lo ubique.

EL ERROR MAS FRECUENTE
 Hacerla una vez y no cambiar el material. Los afiches y carteles quedan ahí durante meses, y en lugar de motivar a la acción, parecen mostrar la falta de dinamismo en la organización.

EL EJERCICIO
 Armemos con nuestro grupo una cartelera del barrio, pero del año 2050. Además de fantasear y divertirnos, quizá descubramos algunos elementos destacables. Por ejemplo ¿De qué manera nuestra cartelera refleja la época en que vivimos? ¿Cómo se expresa la historia barrial?

IMPRESINDIBLE PARA
 Mantener informado a un grupo numeroso periódicamente. Para los campeonatos, planes sociales, etc., la cartelera mural es un medio de mucha ayuda y permanente fuente de información.

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD



Compiladora María Noelia Sica

AÑO 2023

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Modelos de Atención. Financiación en Salud.

Desde la teoría general se define como sistema a la totalidad de elementos en interacción o a la unidad que comprende partes interdependientes, en mutua interacción, las cuales operan de acuerdo a ciertas leyes, de tal manera que producen un efecto total o final que no es la simple suma de partes que lo componen.

Al aplicar el criterio sistémico, entendemos como sistema de salud a la entidad que contiene la totalidad de los componentes de un sistema abierto en continua interacción y que actúan sobre la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente definición de sistema de salud: Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, destinados a promover, mantener y mejorar la salud de la población

El sistema posee como componente una infraestructura de salud que realiza diversos programas de salud y provee asistencia sanitaria a la comunidad.

En ese sentido los sistemas sanitarios de atención son un componente del sistema global de salud. Así, ***un sistema sanitario puede definirse como el modelo organizativo y financiero que un colectivo, o en su caso una sociedad, adopta para proteger la salud de sus miembros, o de sus ciudadanos, y prestar servicios.***

Los sistemas sanitarios son diseñados y estructurados de acuerdo con los valores individuales y sociales del colectivo en el que se desarrollan y cuya organización responde a los intereses colectivos e individuales de los grupos dominantes en las sociedades.

En este sentido, los sistemas de salud están referidos a la financiación global del sector salud, a la población bajo cobertura y las condiciones de acceso; teniendo como sustrato a dos elementos fundamentales: ***la situación general de la salud y la política de salud.***

La situación de salud aporta los datos sobre la realidad sanitaria. Por otro lado, los modelos de salud son formas de provisión de servicios, por ello existen modelos de gestión, de atención y de financiación diferentes.

La política de salud define la fijación de prioridades y establece patrones de distribución de los servicios bajo condiciones de la mayor equidad. Un mismo sistema puede tener diferentes modelos, conforme a las necesidades regionales o por variación de incidencia de enfermedades u otras particularidades poblacionales y de los grupos dominantes en la región.

Los modelos funcionan a través de distintas herramientas, como la gestión, por ejemplo, que utiliza mecanismos de administración, organización, economía de la salud, auditoría, prestaciones, controles, contabilidad especializada, entre otras.

La finalidad fundamental de un sistema de salud es promover y proteger la salud de la personas; están basados en valores, los cuales constituyen principios estructurales que condicionan su organización y funcionamiento. Por ello, dependiendo de los valores que la sociedad posee, en relación a la salud de quienes la conforman, varían las finalidades de los sistemas de salud.

Los objetivos que se plantean los sistemas de atención de la salud son muy diversos, pero en general en los países que consideran a la salud como un bien público, pueden resumirse en cinco puntos:

- **La universalidad:** en la cobertura de los servicios de atención a la salud.)
- **La calidad:** en los procedimientos y en los resultados finales (Ej. El aumento en la calidad de vida)
- **El aumento de la vida saludable:** lograr mejorar la calidad de vida y aún más extender el lapso de la vida saludable.
- **La disminución de las inequidades:** esto contribuiría a lograr la eficacia y la satisfacción social.
- **El aumento del grado de satisfacción de los ciudadanos.**

Para alcanzar estos objetivos, que son denominados “objetivos finales” deben también alcanzarse otros, denominados complementarios, los cuales son:

- a. **La participación social:** la salud no es un bien que se da, sino que ha de ser generada desde dentro de la comunidad. La acción sanitaria no puede ni debe ser un esfuerzo impuesto desde afuera y ajeno a la población, ha de ser más bien una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben y debidamente apoyado por una infraestructura adecuada. La participación comunitaria se conceptualizaría como una serie de acciones sencillas, destinadas a satisfacer las necesidades sanitarias esenciales de los individuos, de las familias, de la comunidad y a mejorar la calidad de vida

b. La eficiencia: en el uso de recursos en relación con los objetivos y principios establecidos. Esto se alcanza optimizando el nivel de impacto que se logre sobre la población al solucionar en forma concreta sus problemas de acceso a la atención.

c. La integridad de la atención: según las necesidades impuestas por la gravedad de los daños y los problemas que requieren de una atención progresiva. También constituye un requisito para la eficacia, la satisfacción y la equidad. Para lograrla partimos del supuesto funcionamiento integral de la red de servicios conformada por todas las unidades (Ej.: hospitales, centros de salud, programas de salud, etc.). A su vez, cada nivel se constituye en un espacio para la integración de las acciones de atención de la salud preventiva, de promoción, de recuperación, y de rehabilitación y de reinserción social; que se integran funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

d. Solidaridad: se requiere de la misma para afrontar colectivamente la incertidumbre y la complejidad de los problemas de salud relativos tanto a los riesgos como a las enfermedades, y la organización de las respuestas. En consecuencia la solidaridad es una condición de la equidad y de la participación y contribuye a la eficiencia y productividad, con lo que constituye un factor fundamental de la eficacia y satisfacción sociales de los sistemas de salud.

ACTORES Y ROLES DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos).

La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas.

Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos.

Cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. Se pueden listar tres órdenes de elementos que caracterizan dichas acciones (Frenk, 1996: 69).

I. Ni los proveedores ni los miembros de la población actúan de forma aislada; antes bien, pertenecen a diversas organizaciones que determinan esas acciones recíprocas.

II. Ni los proveedores ni la población constituyen categorías homogéneas. Se pueden identificar diferentes status y categorías dentro de los proveedores y de los usuarios que involucran intereses específicos y formas de actuación acordes a ellos.

III. La relación entre los proveedores y la población no es directa sino que está mediada por actores colectivos, desde los sindicatos y cámaras hasta el Estado.

En síntesis, en un primer nivel de análisis de los sistemas de salud se podrían identificar los actores involucrados en el mismo:

- a) Población (usuarios),
- b) Proveedores de servicios (o prestadores),
- c) Intermediarios.

Una segunda instancia de análisis consiste en identificar los roles que esos actores desempeñan:

- En principio la población asume dos roles:
 - 1) el de usuarios o beneficiarios del sistema y
 - 2) el de contribuyentes o aportantes para su financiación.
- Los proveedores de diferentes categorías y niveles de atención pueden ser personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones) y pueden asumir responsabilidades diferenciadas.

Los proveedores son remunerados por los servicios brindados a la población. Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el usuario.

Es decir, que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos que involucra mantener la salud de la población.

- La intermediación puede ser en la compra o financiación de los servicios, lo cual significa que hay un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios).

EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA:

El subsistema Estatal

Este subsector cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 40%-50% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos.

La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. La mayor parte de los servicios son provinciales, en menor medida municipales y sólo una mínima proporción depende del nivel nacional. En este sentido la prestación de servicios de salud se opera a través de las Secretarías de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

La Nación concentra la coordinación de la ejecución de programas nacionales de salud, la mayoría financiados por organismos internacionales de crédito. **Los Ministerios-Secretarías de Salud provinciales**, son los que como producto del progresivo proceso de transferencia de establecimientos, desde el nivel central (nación) a las provincias y municipios, tienen bajo su responsabilidad la organización y gestión de gran parte de los establecimientos asistenciales, y por último **los Municipios**, poseen en algunas provincias, la responsabilidad de brindar servicios de salud, especialmente en el primer nivel de atención.

El subsistema de Seguridad Social

Este subsistema también denominado de Obras Sociales en nuestro país, tiene sus inicios en 1944 y se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la Ley 18.610; cuando se extendió de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados.

Aunque estas existían desde mucho antes la modalidad que asumían no era la que hoy conocemos. Las Obras Sociales durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud, proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

En efecto, aunque el sistema de seguro social de salud en Argentina está altamente descentralizado y existen muchas OS, esto no implica que existan simultáneamente, altos niveles de concentración de la oferta. Sobre un total de 290 entidades, excluyendo el PAMI, las primeras 20 Obras Sociales del ranking nuclear aproximadamente dos tercios de los beneficiarios totales.

Las Obras Sociales provinciales son instituciones que otorgan cobertura a un cuarto aproximadamente de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes.

Por otra parte, además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de este subsector radica también en su capacidad de tornarse en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970. De hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de Obras Sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurrido en los últimos cuarenta años. El desarrollo del seguro social bajo jurisdicción sindical desde los años cuarenta, implicó una redistribución del poder hacia los sindicatos que ganaron un enorme poder con el control y la administración de los fondos.

Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad fue la creación de un seguro de salud basado en la categoría de trabajadores formales y

sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de asalarización.

El subsistema privado

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación").

La cobertura de las Prepagas alcanza un 7% de la población. Por su parte, la "doble afiliación" (Prepaga más Obra Social) alcanza a un 4% de la población. Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales.

Es necesario tener en cuenta para comprender este subsector que el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área. Este subsistema está conformado por un conjunto de instituciones muy heterogéneas, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. Recientemente el Poder Ejecutivo puso en vigencia –mediante el decreto 1993/2011- la ley 26.682 que establece el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga.

Bajo el alcance de la norma quedan comprendidas las empresas de medicina prepaga, planes de adhesión voluntaria, planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los agentes de seguro de Salud contemplados en las leyes 23.660 y 23.661. También quedan incluidas las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. En todos los casos deben cumplir –como mínimo- con el Programa Médico Obligatorio (PMO). Además, se crea el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga, al que deberán inscribirse todas las firmas, así como también cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones.

Entre los aspectos salientes, que surgen a partir de la aplicación de esta nueva legislación pueden citarse:

- Se eliminan los tiempos de carencias para las prestaciones incluidas en el PMO. Para acceder a las prestaciones superadoras pueden establecerse períodos de carencia pero no pueden superar los 12 meses desde el comienzo de la relación contractual.
- Los usuarios pueden rescindir su contrato en cualquier momento sin invocación de causa alguna y sin penalidad, una vez por año
- No pueden rechazarse solicitudes de ingreso por razones de edad ni por enfermedades preexistentes.
- Los aumentos de cuota serán aprobados por la S.S. Salud previo dictamen vinculante de la Secretaría de Comercio Interior.

Esta normativa es de reciente implementación y los efectos de su aplicación aún no pueden ser valorados debidamente, aunque su orientación claramente tiende a proteger a los potenciales beneficiarios de este subsistema.

Población cubierta según sub-sector del sistema de salud argentino

<i>SUB SECTOR</i>	<i>POBLACIÓN</i>	<i>% BAJO COBERTURA</i>
Estado Nacional, Provincial y Municipal	40.091.359	100% (1)
Seguridad Social (3 grupos)	24.370.598	60,8%
Obras Sociales Nacionales y otras.	15.535.999	38,8%
INSSJyP (PAMI)	3.334.599	8,3%
Obras Sociales Provinciales	5.500.000	13,7%
Seguros Privados (prepagas)	3.600.000	9% (2)

Fuente: Dr. Gabriel Acevedo. Población: Censo 2010. Beneficiarios de la seguridad social: Indicadores Básicos OPS y Ministerio de Salud 2008 y 2009.

(1): Se considera que este sub sector atiende a toda la población, aunque quienes principalmente demandan son los que carecen de otra cobertura.

(2): Se estima que más de un 40% de quienes tienen contratado un seguro prepago son también beneficiarios de alguna obra social.

ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

A pesar de la heterogeneidad existente entre las distintas regiones y provincias de nuestro país, comparten similares desafíos en lo que hace a la ejecución de las distintas funciones del sistema de salud y en particular a la de atención de salud.

Si bien existen múltiples aspectos que deben ser mejorados se exponen a continuación aquellos que mayor repercusión tienen sobre el funcionamiento general del sistema:

a. Integración de los servicios de salud

La insuficiente articulación en la red institucional de servicios de salud, particularmente entre el primer nivel de atención y los otros niveles más especializados impide un funcionamiento armonioso del sistema pese a los esfuerzos, que en muchas ocasiones realiza cada institución separadamente. En un contexto de restricción presupuestaria y necesidades de atención en aumento, la coordinación e integración de la atención, se torna un aspecto crítico a resolver.

La integración de la provisión de la asistencia sanitaria implica la conformación de redes de establecimientos de salud que tienen por objeto la atención de una población definida, poseen objetivos y programas y normativas comunes y constituyen una unidad funcional.

La integración de los servicios debe producirse de forma horizontal y vertical.

La integración horizontal supone la articulación de los establecimientos y servicios de mismo un mismo nivel asistencial (por ejemplo entre hospitales o entre centros de salud) y **integración vertical** coordinar acciones entre prestadores de servicios de diferente nivel asistencial (por ejemplo entre centros de salud y hospitales).

Dicho en otras palabras, es la división del trabajo, la correcta programación y la coordinación de tareas entre los distintos niveles de atención lo que solucionaría los problemas de falta de continuidad asistencial, ineficiencias por duplicidades de actuaciones, insatisfacciones del personal y de los usuarios por tiempos y oportunidades perdidas. Como podrá advertirse, la integración de los servicios no solo otorga beneficios para la organización del sistema a partir de que incrementa su capacidad de resolución y logra un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, sino que además para los usuarios supone una atención de mejor calidad y mayor efectividad, toda vez que: mejora el acceso a distintos niveles de atención que posean la capacidad de resolver un conjunto específico de problemas de salud; no debe repetir su historial médico cada vez que realiza una consulta; evita la reiteración innecesaria de procedimientos de diagnóstico y laboratorio, y se facilita el seguimiento periódico para evitar problemas con cualquier afección crónica, entre otras ventajas.

b. Cambios en la Modalidad de Atención:

Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria. Los cambios en la situación de salud requieren una reorientación de los servicios, tradicionalmente centrados en lo curativo, para que refuercen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, traten tanto las enfermedades crónicas como las agudas y respondan a la creciente amenaza de los problemas de salud relacionados con el abuso de sustancias y la violencia, entre otros.

Si bien desde hace algunos años se vienen impulsando acciones para promover la estrategia de atención primaria, esta aún tiene un desarrollo limitado en nuestro país. Las estrategias implantadas incluyen incrementar la cantidad de centros de primer nivel de atención y orientar la prestación de un conjunto de servicios básicos a poblaciones con limitaciones de acceso y a grupos vulnerables. A pesar de los esfuerzos realizados, consideramos que debe ampliarse y profundizarse el acento en una estrategia basada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en lugar de solamente en la atención curativa y de rehabilitación, a partir de la asignación de mayores recursos, especialmente humanos y económicos, es decir mayores presupuestos, para el desarrollo de esta estrategia de atención.

c. Mejoras en la Calidad de los servicios de salud Mejorar y garantizar la calidad de los servicios de salud es una de las once funciones esenciales de salud pública y en las últimas décadas este desafío a estado presente en los planes de gobierno de las autoridades sanitarias de la mayoría de los países de nuestra región, aunque cabe señalar que en la mayoría de los casos solo se ha materializado la aplicación de algunos de los diversos instrumentos, estrategias y procesos de mejora de la calidad existentes, tales como el establecimiento de indicadores y estándares, la garantía de calidad, la calidad total, la mejora continua, la acreditación, la certificación o la reingeniería, sin que llegase a configurarse verdaderos programas de gestión de la calidad que

apliquen dichos instrumentos y estrategias en forma conjunta y sin perder de vista que la calidad de los servicios de salud están fuertemente determinados por la calidad de los recursos humanos que los proveen. Por ello, deberían redoblarse los compromisos con la calidad de servicios de salud, desde la conceptualización que los define como seguros, eficaces, centrados en el paciente y oportunos

En definitiva para satisfacer las necesidades de atención de la salud, mantener los avances logrados y hacer frente a los retos descritos en las páginas anteriores, se requerirá un enérgico ejercicio de la autoridad en el sector público, la provisión equitativa y con calidad de los servicios, un financiamiento suficiente del sistema de salud, la coordinación entre los diversos sectores sociales y trabajadores de salud adecuadamente capacitados y que desempeñen sus actividades.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MÁS NECESARIA QUE NUNCA



Hace 30 años, la atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. En todos los países, ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo biomédico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.

Hoy en día, los sistemas de salud, incluso en los países más desarrollados, no alcanzan esos objetivos. Aunque se han realizado notables progresos para mejorar la salud, luchar contra la

enfermedad y alargar la vida, las personas no están satisfechas con los sistemas de salud que existen en todo el mundo. Una de las mayores preocupaciones se refiere al costo de la atención de salud. Se trata de una preocupación realista, ya que 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años al costear la atención sanitaria. Un número aún mayor de personas no puede acceder a ningún tipo de atención de salud.

«En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir», se señala en el Informe sobre la salud en el mundo 2008, titulado La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.

El problema radica en que los sistemas de salud y los programas de desarrollo de la salud se han convertido en un mosaico de componentes dispares. Ello se evidencia en la excesiva especialización de los países ricos y en los programas impulsados por donantes y centrados en una sola enfermedad de los países pobres. Una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial. En resumen, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además, sin una reorientación sustancial es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, como el SRAS, (Severe Acute Respiratory Síndrome) y las repercusiones del cambio climático.

Con la publicación de este informe el 14 de octubre, la OMS inició un debate a nivel mundial sobre la eficacia de la atención primaria de salud como una forma de reorientar los sistemas nacionales de salud. En un editorial publicado recientemente en la revista The Lancet, la Directora General de la OMS, Margaret Chan, escribió: **«Ante todo, la atención primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención».**

En realidad, la OMS espera reavivar ese debate. La atención primaria de salud se puso oficialmente en marcha en 1978, cuando los Estados Miembros de la OMS firmaron la Declaración de Alma-Ata. Eso fue hace 30 años. Unos cuantos países persiguieron este ideal. Pero, como afirma la Dra. Chan: «Este enfoque se malinterpretó casi de inmediato».

La atención primaria de salud se interpretó erróneamente como la prestación de una mala atención a los pobres. También se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. Algunos la calificaron de utópica, y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud.

Cobertura universal: para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la **atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago**. Si carecen de dicho acceso, las desigualdades en materia de salud producen décadas de diferencias en la esperanza de vida, no sólo entre países, sino dentro de los países. Estas desigualdades plantean riesgos, en particular brotes de enfermedades, para todos. Ofrecer una cobertura para todos constituye un desafío económico, pero actualmente la mayoría de los sistemas se basa en pagos directos, que es el método menos equitativo y eficaz. El Brasil comenzó a trabajar para lograr la cobertura universal en 1988, y ahora llega al 70% de la población.

Servicios centrados en las personas: los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas a través de puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades. Cada una de las 17.000 “casas de salud” de la República Islámica del Irán presta servicio a unas 1 500 personas, siendo responsables del acusado descenso de la mortalidad de las dos últimas décadas, en las que la esperanza de vida pasó de 63 años en 1990 a 71 años en 2006. La estrategia de atención primaria de salud de Nueva Zelandia, que se puso en marcha en 2001, hace hincapié en la prevención y la gestión de las enfermedades crónicas. Las “policlínicas” cubanas han contribuido a que los cubanos gocen de una de las mayores esperanzas de vida (78 años) de los países en desarrollo del mundo. El Programa de Salud Familiar del Brasil proporciona una atención de calidad a las familias en su domicilio, en las clínicas y en los hospitales.

Políticas públicas saludables: la biología no explica por sí sola muchas de las diferencias de longevidad, como la diferencia de 27 años entre los barrios ricos y pobres de Glasgow. De hecho, gran parte de lo que afecta a la salud se halla en gran medida fuera de la esfera de influencia del sector sanitario. Los Ministerios de Comercio, Medio Ambiente, Educación y otros influyen en la salud, y, sin embargo, se suele prestar muy poca atención a las decisiones de estos ministerios que afectan a la salud. La OMS considera que todas deberían ser objeto de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas” en todos los gobiernos. Ello exigirá modificar los cálculos políticos, ya que algunos de las mayores mejoras de la salud pueden lograrse por medio de programas de desarrollo desde la primera infancia y la educación de las personas que los cuidan.

Liderazgo: los actuales sistemas de salud no se encaminarán de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos). Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y proponer. Todos los componentes de la

sociedad –incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud– tienen que participar, incluso la sociedad civil, el sector privado, las comunidades y el sector empresarial. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones. Las posibilidades son enormes. En la mitad de los países del mundo, los problemas de salud son la mayor preocupación personal para una tercera parte de la población. Para asumir un liderazgo sensato es necesario saber lo que funciona. Sin embargo, la investigación sobre sistemas de salud es una esfera que a menudo recibe financiación insuficiente.

Al perseguir estos cuatro objetivos de atención primaria de salud, los sistemas nacionales de salud pueden llegar a ser más coherentes, más eficientes, más equitativos y mucho más eficaces.

Es posible avanzar en todos los países. Ahora, más que nunca, existen oportunidades para empezar a cambiar los sistemas de salud y convertirlos en atención primaria de salud en todos los países. Las dificultades difieren en países con distintos niveles de ingresos, pero también existen aspectos comunes. Se gasta más dinero que nunca en salud y se tienen más conocimientos para abordar los problemas sanitarios mundiales, incluso mejores tecnologías médicas. Actualmente también se reconoce que las amenazas y oportunidades en materia de salud son comunes en todo el mundo. La ayuda es importante para algunos países, pero la gran mayoría del gasto sanitario procede de fuentes nacionales. Incluso hoy en día, en África, el 70% de los recursos destinados a la salud procede de fondos nacionales. Así pues, la mayoría de los países tiene la capacidad necesaria para comenzar a avanzar hacia los beneficios de la atención primaria de salud y beneficiarse de ellos.

Puedes consultar la siguiente bibliografía para ampliar los contenidos

1.- [La atención primaria de salud - World Health Organization](#)

www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

2.- [OMS | La atención primaria de salud, más necesaria que nunca](#)

www.who.int/whr/2008/summary/es/



Para completar este tema te sugerimos leer antes de la actividad práctica:

[Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones](#)

www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049651.pdf

¿Cuáles son las razones para la renovación de la APS?

- Aparición de nuevos desafíos epidemiológicos
- Corregir las debilidades e inconsistencias de muchos de los actuales y divergentes enfoques de APS
- Desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que la APS debe capitalizar para ser más efectiva
- Reconocimiento de que la APS es una herramienta que ayuda a fortalecer las capacidades de la sociedad para reducir las inequidades en salud
- Consenso en torno de que la APS es un enfoque poderoso para tratar con los determinantes sociales de la salud y la desigualdad

¿Cuáles han sido los logros de la APS?

- La mortalidad infantil se redujo en casi un tercio
- La mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25 % en términos absolutos
- La esperanza de vida ha aumentado en promedio en seis años
- Las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio han caído en un 25%
- Las muertes por condiciones perinatales han decrecido en un 35 %

¿Cuáles son los cambios económicos y sociales que tienen impacto sobre la salud?

- El envejecimiento de las poblaciones
- Cambios en los estilos de vida relacionados con las dietas y con la actividad física
- Difusión de información
- Urbanización creciente y deterioro de las estructuras y apoyos sociales

BREVE RESEÑA DE LA ESTRATEGIA DE APS Y LOS NIVELES DE ATENCIÓN²⁹

Entonces, teniendo todo lo anterior como premisa, la APS para alcanzar la meta de “**salud para todos**” auspicia una necesaria readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad creciente. Esto hace necesario que nos detengamos en el análisis del concepto de niveles de atención.

La expresión **niveles de atención** indica una forma escalonada de organización y prestación de los servicios de salud para lograr un equilibrio en la cantidad y variedad de atención disponible para satisfacer las necesidades de la población. Se obtiene por una asignación racional de los recursos que permita a todos acceder a los servicios de promoción, protección, curación y rehabilitación, es decir, accesibilidad a la atención de la salud oportuna, igualitaria e integral, lograda a través de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos.

En este concepto se identifican dos elementos:

- Una necesidad de atención (individual, familiar o comunitaria)
- Una respuesta: oferta de servicios de mayor o menor complejidad y de una considerable variabilidad.

Así, el concepto de **Niveles de Atención** se basa en:

- 1) El análisis epidemiológico de los problemas de salud,
- 2) La consideración de los recursos tecnológicos y
- 3) La relación entre complejidad y frecuencia (problemas complejos requieren respuestas complejas, problemas frecuentes requieren respuestas menos complejas).

Por lo tanto, es necesario categorizar las respuestas en salud. Las situaciones de salud (problemas) corresponden a las siguientes agrupaciones:

Problemas frecuentes (de naturaleza simple)	Requieren respuestas tecnológicamente simples
Problemas menos frecuentes (de naturaleza no tan simple)	Requieren respuestas tecnológicamente medias

²⁹ Material del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública Universidad Nacional de Córdoba (IIFAP)

Problemas de ocurrencia rara (de naturaleza compleja)	Requieren respuestas tecnológicamente complejas
---	---

De esta forma, un sistema conformado por distintos niveles de atención queda constituido de la siguiente manera:

1. **El primer nivel de atención** se refiere a las acciones más elementales o básicas del sistema
2. **El segundo y tercer nivel de atención** se refieren a agrupaciones de respuestas de diferente grado de complejidad y especialización ascendente que actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención.



Consulta con tus compañeros y elabora un ejemplo relacionado con la Salud Bucal que refleje los niveles de atención necesarios según la complejidad y frecuencia de los problemas.

De este enfoque surge la referencia a los niveles con el desarrollo de una categorización de servicios que se complementan y articulan entre sí, y permite intentar cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad. Los niveles de atención son, en síntesis, planos o instancias tecnológicas para la atención de los problemas de salud, que se distinguen entre sí por la combinación de contenidos.

En este punto, es necesario hacer referencia a otro concepto ligado al de niveles de atención, esto es el de **tecnología apropiada**. Aceptando como definición de tecnología a las diferentes formas de actuar sobre la realidad para modificarla con un objetivo determinado, a través de la utilización del conocimiento científico o empírico, podemos afirmar que una tecnología es considerada apropiada, en el marco de la APS, cuando constituye una solución tecnológica es considerada apropiada, en el marco de la APS, cuando constituye una solución efectiva, cuando es eficiente en términos de costo de los recursos utilizados y del beneficio obtenido, y es aceptable para el individuo, la familia o la población.

Así, la organización de los servicios de salud según estos criterios constituye un enfoque integrador que exige un esfuerzo de ordenamiento de los recursos, que debe ser diseñado por cada país o región, obligándose al financiamiento para su implementación.

Tiene una trascendencia particular la organización apropiada del primer nivel de atención porque satisface las necesidades más frecuentes de la población y porque asegura la iniciación y la continuidad del proceso asistencial.

El primer nivel de atención no es sinónimo de APS, pero su desarrollo condiciona la conformación y la organización de los otros niveles. Además, la determinación de los niveles de atención variará según las características contextuales. Finalmente, se hace necesario puntualizar los aspectos más importantes que debe cumplir todo programa de APS si pretende ser fiel a las exigencias de la propuesta teórica inicial.

Estas características son:

1. **Integralidad:** el enfoque integral implica sustituir el tratamiento por enfermedad de cada individuo por la atención continua del mismo, 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.

2. **Flexibilidad:** es la capacidad del sistema para adaptarse a las necesidades cambiantes de la salud de la población. Esto redundará en mayor racionalidad y efectividad en la asignación de los recursos, y en disposición y capacidad para aceptar e incorporar procesos y tecnologías innovadoras.

3. **Uso de tecnología adecuada:** la calidad de la respuesta a cada problema de salud dependerá de que el nivel de tecnología utilizado sea apropiado a las características del problema específico y compatible con los valores y aspiraciones de la comunidad. El nivel de respuesta tecnológica puede variar en forma significativa. El uso de tecnología simple y de bajo costo puede ser tan eficaz como la más sofisticada, dependiendo de la complejidad del problema. En este sentido, el sistema de salud debe garantizar que toda la población tenga acceso oportuno a todas las posibilidades tecnológicas.

4. **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. Esto implica un 100% de cobertura a la población.

5. **Descentralización y desconcentración:** implica transferencia de funciones, autoridad y capacidad de decisión a niveles locales en lo que respecta a la determinación de contenidos programáticos, la negociación con la comunidad y organizaciones sociales y la posibilidad de movilizar recursos.

6. **Regionalización:** implica el conocimiento de la situación de salud de la población en un determinado espacio geográfico. La situación de salud de la población se analiza de acuerdo con el perfil de riesgos epidemiológicos, la priorización de esos riesgos y los recursos disponibles a nivel local. Esta información permitirá la constitución de redes de servicios referenciales y

contrarreferenciales con niveles de complejidad creciente según lo indica el enfoque de niveles de atención.

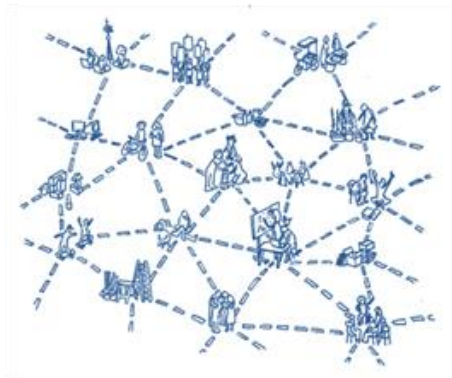
7. **Intersectorialidad e interjurisdiccionalidad:** significa un principio de colaboración y coordinación entre todos los órganos relacionados con la salud directa o indirectamente, permanente o temporalmente. El concepto de coordinación implica una forma de relacionar los diferentes actores sin que en ningún momento pierdan su autonomía e identidad, y logrando un desarrollo armónico en los niveles normativo, operativo y de decisión política.

8. **Participación comunitaria:** se debe impulsar la participación social, la expresión de los grupos formales e informales de la comunidad en el proceso de planificación, implementación, control y evaluación de los programas de salud.

9. **Trabajo en equipo:** al dejar de considerarse los problemas de salud como de origen exclusivamente biológicos, el abordaje de los mismos deberá realizarse a través de equipos interdisciplinarios conformados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros, a los que deberán sumarse los miembros de la propia comunidad.

10. **Capacitación de recursos humanos:** contempla la necesidad de una redefinición de los roles individuales y colectivos de los profesionales y no profesionales que trabajan en el sector salud, con especial énfasis en los requerimientos de trabajo en equipo y las demandas específicas de la atención primaria.

SALUD y REDES



Compiladora Susana Tarifa y Julieta Ziem

AÑO 2023

SALUD Y REDES

La *salud* es un proceso que se construye y que está relacionado e influenciado por múltiples factores: sociales, económicos, culturales, etc. Por ello para la construcción de la salud de una comunidad no basta sólo con el equipo de salud, si no que requiere también la participación de múltiples actores integrantes de la comunidad, el aporte de otros sectores como educación o acción social, el involucramiento de las iglesias de cualquier religión, las uniones vecinales o de fomento, estos son imprescindibles para asociar esfuerzos y complementar acciones en pos de la construcción de la **salud comunitaria**. *En este marco, el aporte de funcionamiento en red constituye una herramienta y soporte para dar respuestas a los problemas del proceso salud-enfermedad.*

La red como alternativa

El trabajo en *red* es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Las redes preceden a la llegada de sus actores y su intervención, ya que constituyen la trama misma que entreteje la vida.

La esencia del trabajo en red es la decisión de una o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos (ideario compartido), manteniendo la identidad de los participantes. Se trata de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad, pero están abiertos en sus límites, quedando el dimensionamiento y la conformación última de la red a criterio de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace, aprovechar el valor de la heterogeneidad y la diversidad para el beneficio del conjunto y, todo ello como producto de la interacción, del intercambio, la colaboración y la integración, para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades, como producto de la participación social.

"En definitiva, la noción de **red implica una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, quienes a partir de una decisión voluntaria deciden desarrollar acciones comunes, con finalidades compartidas y manteniendo la identidad de los participantes.**

El resultado de esa estrategia es la propia red que constituye una *modalidad organizativa y de gestión*, que puede ser vista como sistema bien definido por la claridad de objetivos, pero abierto en sus límites para un redimensionamiento de la red." (Arteaga J, 2002)

Características de las redes sociales.

La red es un **sistema abierto**, lo cual implica que admite el ingreso y egreso de sus integrantes así como cambios en las funciones que desempeñan.

Tiene un **flujo dinámico** ya que el espacio de la red *no tiene límites precisos*, dada la naturaleza dinámica de sus vínculos, pudiendo expandirse o contraerse según sean sus relaciones y las perspectivas de sus fines.

Otro rasgo distintivo es la **multicentralidad** de la red, el cual se contrapone al paradigma de la pirámide, donde todo debe converger a y partir de un centro único de decisión. El centro único es reemplazado por múltiples nodos, que surgen en función de su pertinencia, sus saberes, su posibilidad de participar, etc.

Otras características son: heterarquía, reciprocidad, asociamiento, flexibilidad, activación por problemas y multidimensionalidad.

Heterarquía: se refiere a la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas. No implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad de las mismas.

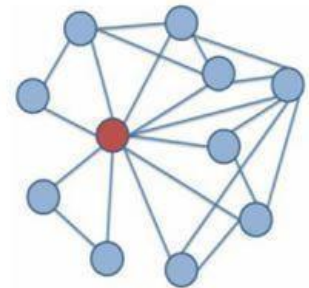
Reciprocidad: En su sentido estricto significa correspondencia mutua de una persona con otra. Desde el enfoque de redes se constituye en una característica significativa, ya que amplía la noción de solidaridad. Implica adherirse a la causa de otro, sin que resulte necesario que éste lo sepa o participe.

Asociamiento: implica la reunión de dos o más personas para co-operar (hacer en conjunto), co-laborar (trabajar en conjunto) o co-ordinar (ordenarse de un modo diferente) en función de resolver un problema o lograr un objetivo.

Flexibilidad: Esta característica pertenece a la actitud del operador, quien al intentar trabajar desde este enfoque necesitará aceptar la imposibilidad de consensos absolutos; admitir futuros alternativos; aceptar las contradicciones, comprenderlas y convivir con ellas.

Activación por problemas: lo que determina la emergencia de la red es un problema determinado. Cada persona, cada organización puede ser miembro de diversas redes: su participación dependerá del problema a resolver.

Multidimensionalidad: las dimensiones pragmática, ética, estética, cognitiva, afectiva y política se entrelazan y no pueden ser concebidas por separado.



Componentes y estructura de las redes sociales

Se distinguen **5 componentes** fundamentales:

- **Nodos:** Son los núcleos que conforman la red entre los cuales se establecen los vínculos. Se refiere a los actores sociales (personas, grupos, organizaciones), capaces de transformar activamente su entorno al tiempo que se transforman a sí mismos.
- **Lazos o vínculos:** Es la relación o comunicación que se establece entre los nodos.

Existen nodos centrales y otros periféricos, entre los que circulan diferentes flujos.

- **Sistema de vínculos:** El conjunto de relaciones, lazos o vínculos entre los nodos es lo central en la red. La red no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos.
- **Intercambio:** en la relación entre los nodos se produce un intercambio. Este intercambio puede ser en el plano afectivo/ emocional, social, material, financiero, etc. Los intercambios se manifiestan en flujos de recursos que se disponen en la red.
- **Apoyo social:** El proceso de intercambio o flujo, las vinculaciones o relaciones con otros actores, constituyen soportes tanto para los nodos como para la red en su conjunto

TRABAJO EN RED. PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN ALTERNATIVA



Fundamentación

Dado que, la salud es un proceso de construcción social y en esto deben participar responsablemente e interactuar la familia, escuela, centro de salud y otras instituciones, es decir la comunidad en general.

Las redes, en varias ocasiones, comienzan como vínculos interpersonales, que constituyen una oportunidad para generar relaciones más sólidas y estables, que no dependan de la voluntad y la presencia de las personas. Para ello se requiere, además del conocimiento sobre cómo hacerlo, una actitud de apertura de cooperación que permitan superar las lógicas diferencias entre las instituciones.

La esencia del trabajo en red es la decisión de una o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la

En tanto la perspectiva de red propone la concepción de un mundo construido por todos, donde nos coloca en situaciones de responsabilidad compartida. No podemos hacerlo todo solos, necesitamos a los demás en la difícil tarea de mejorar y brindar respuestas referidas a la salud.

Organización de las redes:

Generalmente las redes surgen de las relaciones interpersonales; como una conversación de una persona que solicita ayuda, una reunión para organizar una actividad conjunta con alguna institución, o un pedido de información, o la necesidad de un tema específico, bastan para que comience a tejerse la red. La metodología del trabajo en red es fundamental como una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y personas con el fin de desarrollar ***“acciones comunes, con finalidades compartidas y manteniendo la identidad de los participantes”***.

En su conformación se deben considerar los siguientes factores:

- **Articulación entre niveles:** La red debe establecer conexiones entre organizaciones del nivel central de alcance nacional, de nivel regional, de nivel municipal, de nivel comunitario y de nivel sectorial (establecimientos y servicios de los diferentes sectores).
- **Articulación intersectorial:** La red debe conectar organizaciones de distintos sectores como educación, salud, organizaciones sociales, juventud, género, etc.
- **Articulación de ámbitos:** La red debe conectar organizaciones y actores provenientes del ámbito institucional y comunitario.
- **Centro estratégico:** Para que una red social tenga estabilidad y coherencia que le permita operar con eficacia y eficiencia, debe poseer, preferiblemente, un centro organizacional que actúe como un ente dinamizador y regulador de los nodos, sin que por ello la red pierda flexibilidad y horizontalidad.
- **Conglomerados:** Las redes sociales deben conformarse por conglomerados, que son subredes o redes locales instaladas en aquellas áreas territoriales que poseen una clara visibilidad social en la estructura de los espacios de vida de la gente. Estos conglomerados al interior de la red global, tienen que desarrollar identidades locales y una fuerte conexión con su territorio.



Una red social es algo dinámico y vivo, va transformándose de acuerdo a la forma o características de los actores que la conforman.

Los primeros trabajos en Salud con el enfoque de REDES se registran a mediados de los años 60 y década del '70, en el campo de la psiquiatría y psicología social.

El pionero fue Ross Speck, quien al observar el agotamiento de las familias y la falta de recursos para ayudar a un persona que padecía algún problema, en la misma, convocaba a grandes asambleas de familiares y la comunidad y allí se definía que era lo más conveniente para dicho paciente como una intervención en red. Desde esta concepción, surgieron otros grupos de trabajo que dieron un marco a esta modalidad ligada a una diversidad de situaciones que interceptaban los distintos campos: social, mental, político y organizacional. Las “redes” comienzan a cobrar foco y comienzan a difundirse y así surgen otras modalidades de intervención pensadas desde la modalidad de “organización en red”, como por ej. Redes comunitarias, intersectoriales, institucionales, personales, familiares y las redes de los servicios de salud, etc. (Klefbeck, 1995).

Tipos de redes que existen:

-Red personal y familiar: en el campo de la Salud, está comprobado que la red familiar y de amistades sensible, activa, confiable, ayuda a proteger y prevenir enfermedades, afecta la pertinencia y la rapidez de utilización de los servicios, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia es salutogénica. Por esto es importante tratar a la persona conociendo sus vínculos y no de manera aislada y descontextualizada. Esta red social personal podría ser registrada mapeando las relaciones en un diagrama construido en interacción del consultante, teniendo en cuenta al menos estos cuatro campos (familia, amistades, relaciones laborales/ escolares, relaciones comunitarias, credo).

- **Red comunitaria:** la relación con las organizaciones sociales, comunitarias y familias del barrio donde trabajamos son fundamentales, esta vinculación favorece la recopilación de información sobre la comunidad/ población que atendemos y el intercambio de recursos con que se cuenta para abordar las distintas problemáticas y lograr un trabajo articulado, considerando a la población destinataria como actor social (persona o grupo), capaz de transformar activamente su entorno al mismo tiempo que se transforma a sí mismo.



- **Redes institucionales:** consiste en los lazos que se entablan entre los miembros del equipo de salud (profesionales, técnicos, administrativos, etc.), como también las relaciones con otros centros sanitarios, escuelas, sociedad de fomento, cooperativas escolares y ONG, que se encueran el barrio, sirven para un trabajo coordinado atendiendo las necesidades de la población, aunando esfuerzos y la delegación de tareas. Es fundamental pensar la complejidad desde la que se considera a la comunidad, aquí nos referimos tanto a nivel local, regional y nacional

En el accionar de un **centro de atención primaria (CAPS)** se relacionan todos los niveles de atención: realizando derivaciones a centros de mayor complejidad. Este trabajo entre los distintos sectores permitirá un trabajo articulado y coordinado para que el paciente reciba una atención integral. **Poner en funcionamiento este tipo de redes aparece como uno de los niveles más complejos de alcanzar, pero también como uno de los de mayor proyección en el momento de considerar su impacto.**

-**Redes de los servicios de Salud:** La aparición de estas redes en los servicios de salud o sanitarias surgen como un acuerdo de colaboración entre los componentes de las organizaciones de Salud (hospitales, centros de APS, emergencias, centros de diagnósticos, laboratorios, farmacias, atención domiciliaria, etc.) todas bajo una misma línea ejecutiva para la promoción y el aseguramiento de los cuidados sanitarios en un marco de calidad. Dicha organización en red debe distinguirse como una organización clásica por la intensidad, densidad, complejidad, reciprocidad de sus enlaces organizativos internos y externos, y por un sistema de valores compartidos que define los roles de las autoridades, responsabilidades y relaciones.

-**REDES de establecimientos y servicios:** Cuando hablamos de este tipo de redes debemos reconocer

la necesaria articulación entre los subsectores del sistema de Salud en nuestro país, la provincia, y nuestra ciudad, como también identificar los recursos y servicios que se encuentran en la comunidad y a los que refieren o acuden los vecinos para resolver las situaciones de salud.

Desde nuestro lugar, debemos rescatar o restablecer el funcionamiento en red para lograr satisfacer las necesidades y la articulación de referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de complejidad en el área programática, donde desarrollamos nuestra actividad de trabajo en Salud. ²

REDES en Salud.

Propuesta de organización alternativa.

Desde el año 2016 en barrios de la zona Sur de la ciudad de Córdoba, que incluyen al Barrio Cárcano, El Quebracho y Coronel Olmedo. En estos barrios, los estudiantes de OPC II, concurren a realizar las prácticas comunitarias en escuelas en dichos contextos y al concluir el **proyecto de salud bucal escolar**, han propuesto articular y dar continuidad a los procesos de SEA que requieren tratamientos especializados o de mayor complejidad, con respecto al componente “*salud bucal*”. Dicha necesidad nos ha llevado a la recuperación, creación y el fortalecimiento de las **redes**, reconociéndolas en dichas comunidades, a partir de lo que los pobladores de la zona dicen utilizar y lo que el sistema de salud pública ofrece, independientes del lugar donde se encuentren y con la colaboración de las todas las instituciones sanitarias, como: hospitales, centros de APS, sumados los consultorios externos de la Facultad de Odontología.

Anexamos y compartimos la experiencia del trabajo realizado por un grupo de alumnos, durante el

último año 2019.

¿De qué **herramientas se valieron para desarrollar y/o fortalecer las redes?**, retomando lo visto en la guía de planificación (Unidad4), donde realizan el “Diagnóstico de Situación “de una población asignada y lo leído hasta aquí, en esta unidad, podríamos decir que a las redes no siempre hay que crearlas, muchas veces es cuestión de visibilizarlas, descubrirlas, fortalecerlas y/o enriquecerlas o enredarlas nuevamente. Para ello necesitamos de dichas herramientas para este trabajo, desde el **enfoque de REDES**, ellas son:

→ **Construcción del problema. ¿Cuál es el problema?**

Cuando realizamos el diagnóstico de situación de la comunidad asignada, donde describimos la misma, sus problemas, necesidades y analizando la etiología, también podemos identificar los recursos o factores de protección que poseen en la comunidad. Dicho diagnóstico, nos permitió identificar sus **problemas con respecto a la salud** en esa área, **como el análisis de la utilización de servicios de salud** e identificar con que otros **recursos comunitarios** cuentan, ya que nos indican hacia donde apuntar nuestras acciones

→ **Mapeo de redes**

Desde la metodología de trabajo del enfoque de redes hablamos de ir mapeando el territorio en la medida que lo recorremos, conociendo incluyendo las diferentes voces, objetos y lugares que adquieren relevancia. El mapeo de recursos con los que la comunidad cuenta para realizar sus prácticas de salud y los problemas que se presentan en su desarrollo. El mapeo, debe construirse en conjunto con las personas involucradas, en función de algún problema. También con las instituciones que desean participar y ayudar en dicha situación o problema a resolver

Cuando se trata de organizaciones o instituciones, se debe solicitar el nombre de algún referente. No se trata solo de una representación gráfica, porque deviene de una producción colectiva basada en la diagramación según las convenciones del colectivo que lo realiza. El sentido del mapeo, es iluminar zonas u aspectos del problema referidos principalmente a vínculos, contactos y las instituciones existentes.

1- Mapeo de la ciudad y georreferencia de la ciudad.

2- Registro de centros de salud y escuelas donde se realizan las actividades.

El mapeo, es una presentación posible, que pone la mirada en los acontecimientos vinculares, ya sean personales o institucionales. El: Centros de referencias y contrarreferencias, según niveles de complejidad: Centros de Salud-Hospitales, Facultad, etc.

→ ***Recuperación de experiencias***

Es un proceso que nos aporta y brinda mucha información, contribuye a la generación de una historia común. El problema convoca vecinos, escuelas, docentes, padres, alumnos, organizaciones sociales y a los equipos de salud se vincula a mejorar y brindar calidad en la atención y cuidado de la Salud.

Las entrevistas a miembros de la comunidad, padres, directivos, docentes, alumnos de la facultad de Odontología, el recorrido por el territorio y la visita a centros asistenciales de salud ubicados en diferentes puntos de la ciudad, nos brindó el resultado de esta

RED DE SERVICIOS.

Compartiendo esta experiencia; *Los invitamos y le proponemos que realicen con el equipo de trabajo, en la comunidad asignada, y con el "diagnóstico de situación" de Salud ya realizado, donde han identificado a los referentes de instituciones, la comunidad y de las organizaciones sociales, etc. Pueden reconocer, redescubrir, fortalecer o armar la Red de servicios y/o Red de salud, o bien articular entre instituciones, CAPS, hospitales y las cátedras que trabajan con consultorios externos. En donde, dicha comunidad pueda referir o recurrir frente a la necesidad de resolver problemas más complejos o de continuar tratamiento, del componente de salud Bucal.*

Red de atención y servicios para niños

ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS



HOSPITAL SAN ROQUE VIEJO



HOSPITAL FLORENCIO DIAZ



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



CENTRO DE SALUD CORONEL OLMEDO



CENTRO DE SALUD CARCANO

<p>CALLE ROSARIO DE SANTA FE 374</p> <p>Atención Lunes a Viernes desde 07:00hs en adelante</p>	<p>CALLE 11 DE SEPTIEMBRE 2900</p> <p>Atención en guardia las 24hs y en las diferentes Especialidades desde las 06:00hs</p>	<p>CALLE HAYA DE LA TORRE 5/n (ciudad universitaria)</p> <p>Odontopediatría A: Consultorio externo días Lunes, 6 turnos a partir de 08:15hs. Pagar bono, traer cepillo de dientes y DNI.</p> <p>Endodoncia B: Consultorio externo días Martes 14hs (sacar turno antes)</p> <p>Estomatología (Aftas, Ampollas, Herpes, etc.): Consultorio externo días Lunes, Miércoles y Viernes de 09:00 a 12:00hs por orden de llegada. Lunes, Miércoles y Viernes de 14:00 a 16:00hs. Bono de consulta \$100</p> <p>Ortodoncia: Consultorio externo días Lunes, Martes y Miércoles de 9:30 a 12:00hs (Dra. Ruggioni) - Jueves 08:15hs (Dra. Trovato) Bono \$100. Atención en posgrado: Lunes, Martes y</p>	<p>CALLE PASCUAL RUIZ HUIDOBRO 5848</p> <p>Atención Martes y Jueves de 07:00 a 14:00hs</p>	<p>CALLE DE LAS ALTAS CUMBRES 3830</p> <p>Atención Lunes y Miércoles de 07:00 a 14:00hs</p>
--	---	--	--	---

Traumatismos: Atención en Hospital San Roque Nuevo, Tránsito Cáceres de Allende y Hospital Florencio Díaz

- Folletos informativos para la comunidad, con la información de los diferentes centros de salud, hospitales y escuelas que fueron parte de la **RED DE SERVICIOS**, realizado por estudiantes del año 2019.

ODONTOLOGÍA PARA ADULTOS

En caso de necesitar atención odontológica puede dirigirse a los siguientes centros asistenciales...



CENTROS DE SALUD

- **CORONEL OLMEDO** (Pascual Ruiz Huidobro 5848): lunes, miércoles y viernes de 7 a 19hs.
- **CÁRCANO** (De las Altas Cumbres 3830): martes y jueves de 7 a 14hs.
- **CAMINO A 60 CUADRAS** (Camino a 60 cuadas Km 3 3/4): martes y jueves a partir de las 7:30hs, se dan 10 turnos. Sin costo. No se hace endodoncia (tratamiento de conducto).
- **JOSÉ IGNACIO DIAZ** (Gabriel Pedernera 2734): jueves de 7 a 14hs.



HOSPITALES

- **SAN ROQUE** (Rosario de Santa Fe 374): de lunes a viernes, a las 7hs se dan turnos para el día y a la tarde se dan turnos programados. Se hace odontología general.
- **FLORENCIO DIAZ** (11 de Septiembre 2900): todos los días de 6 a 18hs. Se hace odontología general.



CÁTEDRAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA (UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA)

- **ENDODONCIA** (tratamientos de conducto): - consultorio externo: martes 14hs (con turno). - molares: lunes 14hs (última semana del mes)
- **PERIODONCIA** (tratamientos de encías): martes y jueves de 9 a 12 y de 14 a 16hs, miércoles 9 a 12hs (bono de \$60).
- **ESTOMATOLOGÍA** (lesiones en mucosa bucal): lunes, miércoles, jueves y viernes de 9 a 12hs (bono de \$100).
- **EXTRACCIONES:** martes y jueves de 8 a 11:30hs. Lunes, miércoles y viernes de 9 a 12 y de 14 a 17hs.
- **CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL:** martes y jueves de 9 a 12 y de 14 a 16hs.
- **PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA:** lunes, miércoles y viernes de 9 a 10:30hs y de 14 a 15:30hs. Por orden de llegada.

Red de servicios en la Facultad de Odontología-UNC.



⁴Folletos informativos para la comunidad, con la información de los diferentes centros de salud, hospitales y escuelas que fueron parte de la **RED DE SALUD**. Año 2019

Bibliografía.

- ARTEAGA J: BERNARDO J, ROA E. En Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, República bolivariana de Venezuela, 2002
- Módulo 9. Salud y Redes. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. https://documentop.com/download/modulo-9-salud-y-redes_599cb6f31723dd2b7f5cdbe1.html
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (Serie La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, N° 4). Washington, D.C
- DABAS,E. “REDES sociales: niveles de abordajes en la intervención en red”.2002
- DORNELL, T: Redes sociales y participación Social. Área, teoría y Metodología de la intervención profesional. Dpto de Trabajo Social. Facultad Cs. Sociales. Universidad de la

república, Montevideo-Uruguay.2005

- ROVERE, M. REDES: hacia la construcción de redes en salud, los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Secretaria de Salud Pública. Rosario. 1998.
- DABAS, E y PERRONE, N. Redes en salud, en viviendo REDES. Editorial CICCUS, Buenos Aires.1999

Trabajo en equipo

Equipo de Salud



Compiladora Julieta Ziem
Año 2023

Trabajo en equipo- Equipo de Salud

Fundamentación

Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenan la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

Eduardo Galeano

Actualmente es casi “muy común”, hablar y escuchar hablar del trabajo en equipo. En las últimas décadas la psicología social, los desarrollos organizacionales y las teorías del aprendizaje han propuesto el valor de la tarea compartida, para conocer, aprender, para trabajar y para resolver problemas, para mejorar los servicios...casi no hay ámbito en el que no se promueve el trabajo en equipo.

En esta unidad intentaremos describir qué es lo que **caracteriza un equipo, abordar su estructura, sus elementos y dinámicas, su desenvolvimiento y la puesta en marcha**. Nos planteamos la necesidad de trabajar en equipo y la convicción que las teorías que les presentamos nos servirán para volver a mirar y analizar quizás algún evento vivido o, al menos, poder intentar y comprender **una primera experiencia de trabajo en equipo**. Nos guía la certeza de que a trabajar en equipo se aprende. Por ello, presentamos aquí elementos que nos ayuden a comprender los fenómenos que ocurren en los grupos y equipos.

Primero compartimos algunos conceptos y caracterizaciones.

¿Qué es trabajar en equipo?

De por sí la palabra "*equipo*" implica la inclusión de más de una persona, lo que significa que el objetivo planteado no puede ser logrado sin la ayuda de todos sus miembros, sin excepción. Es como un juego de fútbol: todos los miembros del equipo deben colaborar y estar en la misma sintonía para poder jugar. El futbolista no debe jugar por sí solo, tiene que tomar en cuenta el hecho de que forma parte de un equipo. Solemos pensar que el trabajo en equipo sólo incluye la reunión de un grupo de personas, sin embargo, significa mucho más que eso. *Trabajar en equipo implica compromiso, no es sólo la estrategia y el procedimiento* que se lleva a cabo para alcanzar metas comunes. También es necesario que exista liderazgo, armonía, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación entre cada uno de los miembros.

Cuando éstos trabajan en equipo, las actividades fluyen de manera más rápida y eficiente. Sin embargo, no es fácil que los miembros de un mismo grupo se entiendan entre sí con el objeto de

llegar a una conclusión final. Cada uno de nosotros piensa diferente al otro y, a veces, creemos que "nuestra opinión" impera sobre la de nuestro compañero, sin embargo ¿cómo podemos llegar a un equilibrio? Precisamente allí es que está la clave del éxito, en saber cómo desenvolvemos con un grupo de personas cuyas habilidades, formas de pensar y disposición para trabajar, en algunas ocasiones, difieren de las nuestras.³⁰

Podemos diferenciar que son los grupos y los equipos:

Grupos

Una parte importante de nuestra vida transcurre dentro de distintos grupos. Hemos pertenecido a grupos -familiares y escolares-, hemos contribuido a su formación -grupos de amigos, de estudio-, hemos aprendido y estudiado en grupos -en la escuela, en la universidad-, hemos trabajado en grupos. Es decir, en el seno de un grupo hemos nacido, a ellos hemos pertenecido y nos han protegido; allí es donde hemos aprendido y desarrollado nuestra vida social desde la infancia hasta la adultez, nos hemos comunicado, hemos expresado nuestros afectos, hemos logrado nuestras capacidades y tendremos la oportunidad de desarrollar nuestra vida profesional. Mucho de lo que hoy somos es resultado de esas múltiples interacciones y pertenencias grupales, de nuestro transcurrir en grupos sociales, escolares, laborales, recreativos. Pero, ¿qué es un grupo?, ¿cualquier conjunto de personas conforman un grupo?, ¿un grupo es lo mismo que un equipo?

A continuación, se presenta un cuadro con la diferenciación de grupo y equipo:

	Grupo	Equipo
Definición	Personas reunidas o que comparten ciertas características.	Personas organizadas para actuar en conjunto.
Objetivos	Cada miembro puede tener objetivos particulares y conseguirlos individualmente.	Los objetivos son comunes a todos los integrantes y se consiguen en conjunto.
Desempeño	Individual, no depende de los demás integrantes.	Colectivo, depende del aporte de los demás integrantes.
Actitud	Pasiva, normalmente los miembros solo siguen las directrices establecidas.	Proactiva, es más común la participación y aporte de los integrantes.
En el ámbito laboral	Trabajan con un esquema de forma direccional.	Se valora la creatividad y la novedad en las ideas de los miembros.

³⁰Monografía sobre "trabajo de equipo" Luis Arturo Rivas Tovar

Si analizamos la diferenciación que hace el autor entre grupo y equipo encontramos que remite a las mismas características para definir uno u otro. Por su parte, el *trabajo en equipo* está más relacionado con los procedimientos, técnicas y estrategias que utiliza un grupo determinado de personas para conseguir sus objetivos propuestos. Mientras el *equipo de trabajo*, involucra a un grupo humano con habilidades y funciones a desarrollar para el cumplimiento de metas finales, son formas más perfeccionadas de los grupos de trabajo, además de crear un espíritu único para el trabajo colectivo.

Equipos

Dice H. Fainstein³¹, este autor destaca que: Lo que define **al equipo es un conjunto de personas articuladas, con roles definidos para resolver una tarea**. La esencia del equipo es la búsqueda de resultados. Estos resultados son el producto de la tarea, pero la tarea no es lineal, sino un camino sinuoso donde las personas ponen en juego aspectos que la movilizan y aspectos que la obstaculizan.

Otros autores:

-Sin personas no hay noción de equipo. Estas personas no están desarticuladas. Se articulan en una compleja trama de interrelaciones que incluyen los vínculos interpersonales, la cadena de mandos organizacional, el contexto, la historia individual, etc.

-Esta trama organizacional está hilvanada por la función y el rol de cada integrante .

-En el concepto de equipos se entrelaza la concepción de tarea (tomada desde la perspectiva que desarrolla E. Pichón Riviére).



Los equipos se conforman con un conjunto de personas con conocimientos y habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, fijan sus resultados esperados y acuerdan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro en forma conjunta. Los valores referidos a la cohesión y sentimientos de acuerdo en el equipo no garantizan el arribo a los resultados planteados.

En síntesis, si tomamos los diferentes elementos que estos autores mencionan, tenemos que lo que caracteriza y define a los **equipos** es la presencia de:

- un **conjunto de personas**,
- con **conocimientos y habilidades complementarias**,
- el establecimiento de **objetivos**, con definición de niveles de logro esperados,
- el **desarrollo de estrategias** para alcanzarlos,
- la presencia de **una tarea** en la que esta estrategia se desarrolla, que no es lineal y que debe atravesar diferentes obstáculos,

³¹ El trabajo em equipo en las organizaciones. El modo o la moda de trabajar en equipo. Revista Alta Gerencia. Buenos Aires 1994

- el desarrollo concomitante de **sentimientos y valores** que vinculan el conjunto de personas que conforman el equipo.

La esencia del equipo es la búsqueda conjunta y compartida de resultados. Estos resultados son el reconocimiento de potencialidades individuales y colectivas, y la adhesión del grupo, por la posibilidad real del uso de las habilidades individuales como también el producto de la tarea y del desempeño de funciones que superan el trabajo individual. La conquista de la visión de objetivos comunes y el reconocimiento de las habilidades mutuas, ayudan en la solución de problemas y de conflictos en el propio grupo. La tarea muchas veces se presenta como un camino sinuoso donde se ponen en juego obstáculos, pero también se presentan oportunidades.

En un equipo la interacción es esencialmente cara a cara y las actividades conjuntas deben poder realizarse periódicamente. El equipo se mueve hacia sus objetivos mediante la reflexión sobre los problemas a resolver y la definición conjunta de estrategias a desarrollar.³²

EQUIPOS DE SALUD

Según la OMS (1973), el equipo de salud se define como aquella “Asociación NO JERARQUIZADA de personas, con diferentes disciplinas y profesionales, con un objetivo común, que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”.

“Nadie puede considerarse en un papel secundario en esta lucha por la preservación de la salud y la atención de los enfermos. En la inmensa tarea, hasta el colaborador más modesto tiene su gran papel. Puede que nadie conozca ni reconozca el sacrificio de cada uno de ustedes, que nadie sepa cómo cada uno y todos ustedes han contribuido al gran movimiento en contra de la desvitalización

³² LUPPI, C.: Prepararse para el trabajo en equipo. Material elaborado sobre la base del enfoque adoptado por Jon R. Katzenbach y otros autores. Publicado en: http://www.hfainstein.com.ar/articu_frm.html. 53

del país; quizás sus nombres no trasciendan jamás, pero sus esfuerzos quedarán perdurables en la obra cumplida de preservar la salud de la comunidad y prolongar la vida útil del hombre.”

*Dr. Ramón Carrillo*³³.

Los miembros del equipo de salud de un centro de atención primaria (CAPS) tienen diferentes saberes. Algunos de ellos son profesionales formados en medicina, odontología, enfermería; otros formados en psicología, trabajo social, antropología, etc. La formación que estos profesionales han recibido no es homóloga. El modo de pensar, analizar un problema y diseñar una estrategia de intervención es diferente entre ellos, fuertemente es diferente entre los profesionales formados en ciencias sociales y humanas y en ciencias biomédicas. Sin embargo, algunos problemas son comunes a todas las profesiones, el dilema de cómo resolver problemas prácticos (problemas que se presentan en la realidad) utilizando los conceptos teóricos y los instrumentos en y con los que han sido formados la mayor parte de los profesionales.

Las comunidades con las que actualmente trabajan la mayor parte de los equipos de salud presentan problemáticas que se han construido más rápido que la posibilidad de estudiarlas, teorizarlas y convertirlas en parte de la formación de los profesionales. Ello obliga a reordenar los saberes, a construir y reconstruir nuevos problemas con el resto de los integrantes del equipo de salud y con la participación simultánea de la comunidad. Para poder comprender y abordar las problemáticas actuales socio-sanitarias de la manera más integral posible, es imprescindible el funcionamiento en equipo, que por un lado enriquece a la percepción individual y por otro aporta más herramientas para la transformación debido a los distintos perfiles profesionales o experiencias individuales. Es importante aclarar que con esta mirada y accionar integral del equipo de salud no deben faltar agentes sanitarios, promotores de salud, administrativos y los propios miembros de las comunidades, ya que sus aportes y percepciones seguramente enriquecerán al resto del equipo. Para el equipo de salud es un verdadero desafío integrar estos saberes a una tarea compartida y articular estas competencias diversas. Los *Centros de Salud* conforman el *primer nivel de atención*. Por definición, son una alternativa de acceso a la salud para un amplio sector de la población. Son la oportunidad del sistema para reparar situaciones de profunda inequidad construidas a través de largos períodos de políticas sociales y económicas de exclusión. Por su misma definición, la mayoría de las veces se encuentran atendiendo a sectores de la población considerados vulnerables, en riesgo o simplemente desfavorecidos. Podríamos decir que esta es una condición con la que los CS trabajan.

La conformación de un equipo es entonces una tarea a realizar; una construcción que muchas veces debe sobreponerse a las condiciones del trabajo, a la restricción de los tiempos de cada integrante y a ciertos criterios de autoridad y poder diferencial que tienen los distintos roles y funciones.

³³ *El doctor R. Carrillo fue secretario de salud de la nación entre 1945-1949 y ministro de salud de la nación entre 1949-1955: Política sanitaria argentina Ministerio de Salud Pública de la nación 1949*

La constitución de los equipos también requiere necesariamente que se revise grupalmente la misión de cada efector del primer nivel para que el trabajo cobre un sentido conocido y reconocido por todos los integrantes.

El encuentro del equipo es un dispositivo que propone utilizar la lógica sujeto (profesionales) – sujeto individuo-familia) para el trabajo de los efectores de salud, valorizando la palabra y las conversaciones entre los actores de las organizaciones. Así descrito, este espacio es un lugar de atención de problemas de salud complejos, tanto individuales, familiares o comunitarios, que eventualmente puede incluir a las personas que demandan para mejorar el abordaje conjunto de las problemáticas.

Por todo ello, muchas veces el equipo de salud del centro y la comunidad a la que pertenece, es toda la organización. Pero, los equipos de trabajo que se conforman en los Centros de Salud no son todos iguales. Cada centro de APS, tiene particularidades en su dotación (infraestructura, equipamiento, recursos humanos) y en su dinámica. Esto significa que cada equipo de salud debe enfrentar particularidades en su conformación que muchas veces no son previsibles de antemano y a su vez deben abordar una realidad compleja y cambiante.

El trabajo en equipo, entonces, ¿Supone disponer de los recursos humanos y materiales adecuados, relaciones colaborativas y confianza mutua, liderazgo efectivo, comunicación honesta, abierta y sensible y disposición para evaluarse?



Parfraseando a E. Gavilán³⁴, en un Centro de (CAPS), el trabajo en equipo se basa en:

- **Complementariedad:** Trabajar en forma complementaria significa reconocer que cada integrante es experto en determinados saberes y prácticas. Y que todos son necesarios para poder atender integralmente la salud de la población.

³⁴ E. Gavilan (2009) Tu equipo, el Equipo de Atención Primaria Curso de Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria. [http:// www.slideboom.com/ presentations/106841/ Tu-equipo,-el-Equipo-deAtención-Primaria,-UDPlasencia](http://www.slideboom.com/presentations/106841/Tu-equipo,-el-Equipo-deAtención-Primaria,-UDPlasencia).

- Coordinación: Trabajar de manera coordinada requiere realizar acuerdos que permitan sumar conocimiento e intervenir a cada integrante oportunamente
- Comunicación: La circulación de la información, la comunicación abierta entre todos los integrantes del equipo y el resguardo de los espacios de encuentro para garantizarla, es esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales.
- Confianza: La confianza entre los integrantes y en sus habilidades, basada en los acuerdos compartidos y sostenida en la mirada conjunta de la tarea a realizar, es esencial para alcanzar los objetivos y es fácil observarla en la centralidad que la tarea tiene para sus integrantes por oposición al protagonismo de las individualidades
- Compromiso: El compromiso de los integrantes de un equipo de salud para con la tarea, es un indicador de su participación en la definición de la tarea común, de la valorización mutua de los saberes y la confianza en las prácticas que realiza cada uno para lograr el objetivo de atender integralmente la salud de la población.

En la actualidad se da por supuesta la importancia de la conformación pluridisciplinar/interdisciplinar de los equipos profesionales que trabajan en los Centros de Salud en el primer nivel de atención. Esto es, asegurar la presencia de diversas profesiones para atender la comunidad que conforma un área programática. De este modo, se supone sumar diversas miradas, diversos objetos de estudio, diversas modalidades de análisis de los problemas, diversos modelos de intervención y práctica y garantizar mejor el acceso a la salud por parte de la población.

Semejante esfuerzo de diversidad tiene por objetivo abarcar, comprender y, finalmente, actuar sobre una realidad compleja que aparece con caracteres multifacéticos y multideterminados. Desde el punto de vista del conocimiento y la intervención, representa un esfuerzo de los profesionales por tratar de dejar atrás la mirada sobre la unidad u objeto de análisis disciplinar, para adoptar un encuadre teórico que permita tratar la realidad tal como ésta se presenta, circunscribiendo problemas, que no se generaron con la lógica de ninguna teoría disciplinar. Este esfuerzo no es menor, el modelo teórico profesional con el que los profesionales de la salud somos formados es muchas veces el único dispositivo con el que cuentan para abordar y tratar sus objetos de estudio. Por lo tanto, delimitar problemas intentando superar la mirada sobre la unidad de estudio es un desafío para el que se conoce el objetivo, pero no el camino a seguir.

Para practicar la interdisciplinariedad, deben darse ciertas condiciones: los miembros de los equipos de trabajo deben tener frecuentemente oportunidades para: revisar y tomar conciencia de los propios prejuicios, ideologías y creencias, desarrollar una autocrítica de los lugares de poder y de los lugares de saber absoluto, analizar las variables personales, grupales e institucionales y las identificaciones con los modelos formativos propios, admitir que el conocimiento también se encuentra en permanente proceso de cambio, reconociendo la parcialidad y provisoriedad del mismo, proponerse y lograr flexibilizar los límites entre las disciplinas y sostener la cooperación a

pesar de las disidencias, desarrollar actitudes y miradas descentradas, tolerando la incertidumbre, la indefinición, plantearse analizar problemas y no encontrar diagnósticos.

La tarea interdisciplinaria supone un alto grado de democratización que se ve dificultado porque los participantes actúan en medio de relaciones jerárquicas que instauran solidaridades y oposiciones específicas. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.

...En ese sentido el trabajo en equipo implica repensar la territorialidad de nuestra práctica, sosteniendo el trabajo en red y construyendo un saber y hacer compartido.

Habiendo hecho un recorrido por los conceptos que te compartimos en cuanto a trabajar en equipo y los equipos de Salud. Te invitamos a pensar y analizar y/o valorar las prácticas en los servicios de salud, o en su organización de trabajos de grupo por comisiones en el proyecto de Salud Bucal en la comunidad Escolar.

Dinámica del equipo de trabajo.

Trabajar en equipo produce muchos beneficios, tanto en resultados para los equipos de Salud como en aprendizaje de nuevas habilidades para todos los integrantes.

También tiene sus complicaciones, dado que no todas las personas son iguales e interpretan la realidad del mismo modo. Esto significa que para algunas personas trabajar en equipo crea tensiones extras, altos niveles de presión y exigencia, que pueden resultar estresantes.

Mientras el equipo se reúne alrededor de una tarea común, conforme se trabaja sobre una temática y con una técnica determinada, algo sucede en el interior del equipo. Ese algo, que podemos llamar fenómenos grupales, son el resultado de una serie de fuerzas, con magnitud y dirección variables, que entran en juego con la interacción de los participantes. Estos movimientos internos son acompañados por emociones y sentimientos que despiertan la resolución colectiva de la tarea, que algunas veces colaboran a potenciar su realización, y otras, la obstaculizan. Siempre que hay un equipo y una tarea para resolver en forma compartida, se presentan situaciones y emociones que van marcando el desarrollo de la misma y la evolución y modificación del vínculo entre los miembros.

Para reflexionar:

Ustedes, estudiantes de 5to año junto con su docente de OPC II desarrollarán actividades en una comunidad escolar durante 2 meses, siendo su propósito implementar un plan de salud bucal para un grupo escolar. ¿Ahora bien, considera que implementar un plan de salud bucal preventivo y terapéutico requiere de trabajo en equipo? ¿O simplemente es una tarea de grupo?



- Según su opción grupo o equipo, justifique. ¿Cómo debería funcionar? ¿Quiénes lo constituyen?
- Te proponemos que pienses en alguna situación donde hayas sentido que la tarea se potenció o mejoró al realizarla en equipo, ¿podes describirla brevemente?, ¿qué tipo de sentimientos hacia el equipo y en relación al logro obtenido la acompañaron?
- Piensa ahora en alguna otra situación conflictiva o de obstáculo que hayas vivido dentro de tu equipo de trabajo, ¿cómo fue resuelta?, ¿qué estrategias se pusieron en juego?, ¿qué sentimientos la acompañaron?, ¿cómo se transformó el equipo después de esta situación?

Bibliografía.

- BERTOLOTTI, A: La formación de Equipos Interdisciplinarios de Salud. Ponencia Encuentro PMC “Promoción de la salud: el recorrido para encontrarnos” Buenos Aires, 2009.
- GAVILÁN, E.: Tu equipo, el equipo de atención primaria- Curso de Introducción a la medicina familiar y comunitaria. Buenos Aires, 2009.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS. Módulo 8- Trabajo en Equipo en Salud. Buenos Aires, 2006.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS. Módulo 9- Salud y Redes. Buenos Aires, 2006

MEDIDAS PREVENTIVAS

**PROPUESTAS TERAPÉUTICAS COMUNITARIAS Y
SINGULARES.**

ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA.

Año 2023

Compiladores: Camila Giarudo, Ziem Julieta y
Alejandro Marengo

MEDIDAS PREVENTIVAS

Fundamentación

Las enfermedades bucodentales se pueden prevenir en gran medida o solo requieren intervenciones mínimamente reparadoras si se diagnostican y tratan en etapas tempranas. Por lo tanto, el enfoque de las actividades de los profesionales de la salud bucal debe ser preventivo, basado en evidencia, intervenciones mínimamente invasivas y acompañar a los pacientes en prácticas efectivas de autocuidado y actuar como defensores de políticas para promover la salud bucal de la población.

La OMS define “salud bucal” como el estado de la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permite a las personas realizar funciones esenciales, como comer, respirar y hablar, y abarca dimensiones psicosociales, como la confianza en uno mismo, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad y vergüenza. La salud bucal varía a lo largo del curso de la vida, desde los primeros años hasta la vejez, es parte integral de la salud general y ayuda a las personas a participar en la sociedad y alcanzar su potencial. Las enfermedades bucales no tratadas afectan a casi la mitad de la población mundial. El número de casos a nivel mundial ha aumentado en mil millones en los últimos 30 años, una clara indicación de que muchas personas no tienen acceso a la atención de salud bucal adecuada, que incluye prevención, protección contra riesgos y servicios de restauración y rehabilitación.

Las consecuencias de las enfermedades bucales no tratadas, incluidos los síntomas físicos, las limitaciones funcionales y los impactos perjudiciales en el bienestar emocional, mental y social, son graves y debilitantes. Para aquellos que pueden obtener tratamiento, los costos suelen ser altos y pueden generar una carga económica significativa.

La salud bucal juega un papel importante en el bienestar y la autoestima, mientras que las enfermedades bucodentales afectan en gran medida la calidad de vida, la productividad y la capacidad para trabajar, así como la participación social.

Existen desigualdades socioeconómicas marcadas y persistentes en la expresión de los procesos salud-enfermedad, con una mayor carga de morbilidad en los grupos de población

desfavorecidos y marginados. Al mismo tiempo, los gastos públicos y privados para el cuidado de la salud bucodental alcanzan casi los US\$ 390.000 millones a nivel mundial, con una distribución muy desigual entre regiones y países.

Por ello, conscientes del impacto que genera la salud-enfermedad bucal en la vida cotidiana de las personas y las comunidades, resulta necesario recuperar nociones de cuidado de la salud bucal individual y colectiva que permitan diseñar intervenciones para prevenir aquellas enfermedades orales que pueden ser prevenidas con medidas diseñadas desde la salud pública basadas con impacto poblacional.

Actualmente, la realización de procedimientos no invasivos, micro y mínimamente invasivos adquiere una connotación importante y forman parte de la odontología de mínima intervención. Dichos tratamientos tienen en común el hecho de que se basan en los conceptos más modernos para el tratamiento de la caries, con un enfoque conservador y biológico, tienen una eficacia comprobada en el control de la enfermedad y lo más importante para el momento presente es que no requieren el uso de instrumentos rotatorios, por lo que podemos hablar de la incorporación de tecnologías apropiadas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Las medidas preventivas en salud bucal podemos dividir las, de manera didáctica, en tres categorías según su impacto y de acuerdo a su alcance:

- **Medidas preventivas comunitarias:** la comunidad recibe estas medidas de manera general.
- **Medidas preventivas del cuidado personal:** puede o debe ser definida como las del cuidado familiar, es decir son realizadas en el núcleo del seno familiar e individual de las personas.
- **Medidas preventivas profesionales:** son efectuadas de manera individual, pero repercuten en el seno familiar, como, por ejemplo: la enseñanza de técnica de higiene oral a un niño acompañado por un cuidador responsable genera un interés de cuidarse de este último, los controles periódicos, el uso de fluoruros, de selladores de fosas y fisuras, etc.

Es importante poder reconocer conjuntamente con la comunidad los hábitos y los comportamientos sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, porque es desde ahí donde vamos a poder pensar las medidas preventivas, estas medidas preventivas pueden pensarse solo si hemos podido realizar el proceso de diagnóstico de la planificación estratégica situacional. Al reconocer los componentes de los condicionantes sociales y las determinaciones sociales vamos a poder conocer cuales van a ser las acciones

preventivas que pueden ser aplicadas y cómo aplicarlas. Por ejemplo si pensamos en la fluoración del agua potable, pero en el territorio donde trabajamos no hay distribución de agua potable entonces no hay posibilidad de pensar en esa estrategia.

El objetivo de las medidas preventivas es disminuir la incidencia de las enfermedades, en nuestro caso, principalmente la enfermedad de caries, sin olvidar gingivitis, lesiones precancerizables, maloclusiones, traumas oclusales. Para eso, primero debemos conocer y trabajar en los factores de riesgo predominantes para luego reconocer las medidas eficaces para la prevención.

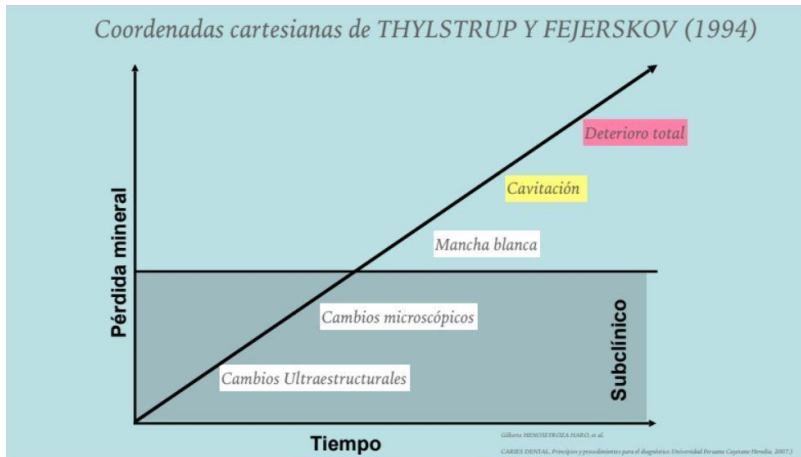
La determinación de prioridades en un programa de acción odontológica se basa entre otras medidas en la morbilidad y la sensibilidad de una enfermedad a ser prevenida. La caries dental es una enfermedad con una tasa de morbilidad alta, alcanza al 99% de la población adulta, sin embargo, hay numerosos estudios que demuestran que las medidas preventivas son eficaces y eficientes para poder intervenir en el PS-E-A-C, y así poder conservar la salud.

A modo de repaso vamos a retomar algunas nociones de caries, la patología bucal de mayor prevalencia poblacional en las civilizaciones actuales, cuyas medidas poblacionales de prevención tienen evidencia científica de su eficacia.

La caries dental se define como una enfermedad dinámica, mediada por biofilm, modulada por la dieta, de naturaleza multifactorial, no transmisible, resultado de la pérdida mineral de la estructura dental. Está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales.

Debemos diferenciar lo que es la enfermedad de caries dental de lo que es una lesión; la enfermedad tiene múltiples factores contribuyentes, en cambio la lesión es la manifestación clínica tardía de la enfermedad. Por lo tanto, tratar solo una lesión cavitada no es tratar la enfermedad. Debemos trabajar en reorientar hábitos y controlar la progresión de las lesiones.

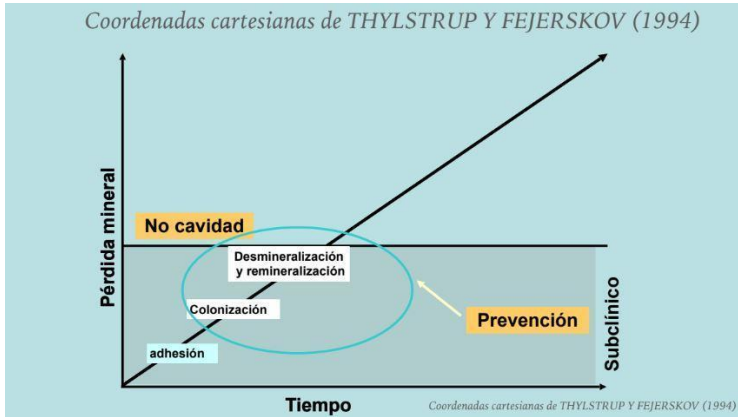
Podemos ver en este esquema el avance de la enfermedad caries o la evolución de la enfermedad, donde el eje horizontal ("x") determina el tiempo; y el eje vertical ("y") la pérdida mineral (o evolución de la enfermedad, caries).



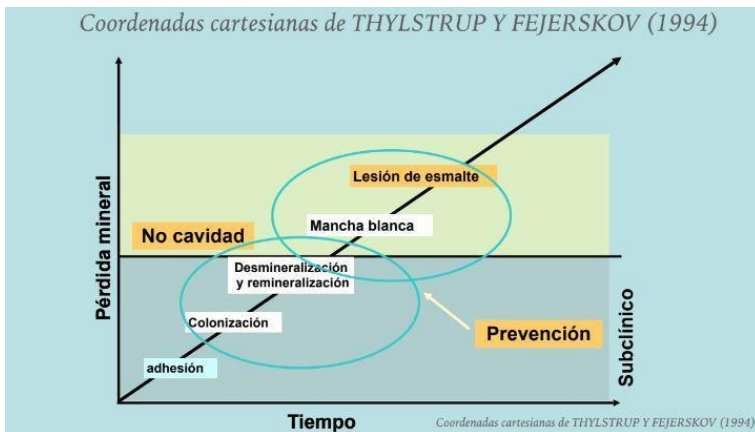
Gilberto Henostroza Haro, define que; “...el consenso actual considera que la indagación de lesiones cariosas requiere, de modo indispensable, tener siempre presente que estas varían de aspecto según su nivel de avance...” A partir de este concepto podemos reconocer el avance de la enfermedad caries y relacionarla con los momentos de cuidado y de las diferentes acciones preventivas.

En el período subclínico, donde los aspectos sociales, así como la determinación social de la salud marcan y condicionan la incidencia de la enfermedad caries, es definido por varios autores como el período de la prevención primaria, según los niveles de prevención de Leavell y Clark. En este diseño se plantea un enfoque organizado en tres niveles: la prevención primaria, que comprende acciones de promoción de la salud y protección específica contra agentes; la prevención secundaria, que abarca las actividades encaminadas a obtener un diagnóstico precoz y a definir un tratamiento oportuno; y la prevención terciaria, que incluye acciones de rehabilitación tendientes a disminuir las discapacidades o complicaciones debidas a la enfermedad previamente establecida.

Este **período subclínico**, se corresponde con el primer nivel de prevención de Leavell y Clark, o **prevención primaria** donde para la caries dental las acciones de promoción y protección específica tienen características propias de la enfermedad a tratar.



Una vez que reconocemos la **mancha blanca** estamos en el comienzo del período clínico de la enfermedad caries, en este caso las medidas preventivas tienen las características propias del segundo nivel de prevención o **prevención secundaria**, recordando que es definido como el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos diagnósticos tienen que ver con la posibilidad de identificar el problema, es decir haber podido diagnosticar cuáles son los problemas de caries de la comunidad mediante el uso apropiado de instrumentos de diagnóstico e indicadores de salud/enfermedad, tales como CPOD, ceod, Índices de Diente Sano, ICDAS, etc. Las acciones/tratamientos que se definen se relacionan con la evidencia científica existente para la prevención y control de la enfermedad, la formación profesional de los efectores de salud, la accesibilidad y oportunidad de atención entre otros aspectos. Fijar un criterio es necesario al momento de intervenciones comunitarias; en esta etapa cobra relevancia retomar los principios de igualdad, equidad, accesibilidad, trabajados en APS para diseñar las intervenciones que contribuyan a garantizar el derecho a la salud de las comunidades.



Para continuar con el concepto de caries, recordar el esquema del “Iceberg” de la caries dental, definido por Henostroza, como Témpano de hielo, y que luego se adaptó a lo definido por PITTS en el año 2001.

Témpano de hielo (PITTS, 1997)



© Henostroza, 1997. Adaptado de Henostroza et al. (1997) y Pitts et al. (2001). Análisis de la evolución de la caries dental en Chile. Rev. Chil. Pediatr. 66(1): 1-10. 1997.

Témpano de hielo o Iceberg de la caries dental



Esta adaptación considera los *diferentes estadios de la caries dental con los tratamientos preventivos*, en las lesiones iniciales subclínicas el tratamiento preventivo es no invasivo, recién cuando las lesiones sean detectables a partir de la tecnología, o en estadios más avanzados pero con superficies intactas del esmalte, o con lesiones cavidades limitadas al esmalte, se fija al tratamiento preventivo intensivo; y una vez instalada la lesión en dentina o con lesiones en pulpa se integra el tratamiento restaurador con el tratamiento preventivo intensivo.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- **MEDIDAS PREVENTIVAS COMUNITARIAS:**

Son las que realizan los gobiernos, encargados de fijar medidas que pueden impactar en el cuidado de la salud bucal de la población. Por ejemplo: fluoración del agua, fluoración de la sal y leche, creación de políticas nacionales de alimentos (sustitutos de azúcares), organización de campañas de educación para la salud bucal, etc.

Ajustar el nivel de fluoruro en el agua potable es una medida de salud pública segura y rentable para la prevención de la caries. Esto incluye agregar fluoruro en áreas donde los niveles de fluoruro natural del agua potable son demasiado bajos, así como eliminar el fluoruro del agua potable en áreas donde las concentraciones son demasiado altas.

Como estrategia de salud basada en la población, la fluoración del agua no discrimina por clase social y brinda un beneficio de salud universal a todos los grupos dentro de una comunidad, reduciendo así las desigualdades. Las tasas estimadas de reducción de caries oscilan entre el 25% y alrededor del 60% según el estudio, la ubicación y la población.

La OMS y otras agencias de salud pública recomiendan que los niveles apropiados de fluoruro oscilan entre 0,5 mg/l y 1,0 mg/l de agua, según el consumo promedio de agua y el clima, así como la exposición de la población a otras fuentes de fluoruro. *(Informe sobre el estado de la salud bucodental mundial: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental para 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.)*



Medidas preventivas comunitarias.

Fluoración del agua.

Concentración recomendada OMS: **0,5 a 1,0 mg/l**

Concentración establecida en el CAA :

Temperatura media y máxima del año (°C)	Contenido límite inferior recomendado de Flúor (mg/l)	Contenido límite superior recomendado de Flúor (mg/l)
10,0 - 12,0	0,9	1,7
12,1 - 14,6	0,8	1,5
14,7 - 17,6	0,8	1,3
17,7 - 21,4	0,7	1,2
21,5 - 26,2	0,7	1,0
26,3 - 32,6	0,6	0,8

Si bien la política de fluoración de aguas es la medida preventiva de mayor eficacia para la enfermedad caries, la fluoración de la sal de consumo y de la leche es otra alternativa para llegar a la comunidad con un aporte de flúor sistémico, solo que estas dos últimas son menos eficaces que la fluoración del agua.

Actualmente el promedio de consumo de sal es de 12 g/día, la meta es alcanzar valores inferiores a 5 g/día/persona, se recomiendan programas de reducción de sal. En Argentina según la ley nacional N° 17.259, sal enriquecida para uso alimentario humano, la cantidad de flúor adicionada es de 250 mg/Kg.

Las siguientes tablas muestran diferencias en el porcentaje de Ingesta Diaria Recomendada de flúor, de acuerdo a la cantidad de gramos de ingesta de sal por edades promedio. Por ello las políticas de salud deben contemplar las diferentes costumbres alimentarias de la población.

Si se utiliza el nivel para realizar la fluoración de **250 mg F-/kg** de sal y se toma la cantidad de **5 g** de consumo diario de sal (*), de los cuales **30%** como sal agregada = **1,5 g sal → 0,375 mg F-**

Edad	IDR (mg/día)	% cubierto de la IDR
4 - 6 años	1,0	37,5%
7- 9 años	2,0	18,75%
Hombre adulto	4,0	9,375%
Mujer adulta	3,0	12,5%

Tabla II: Porcentaje cubierto de la Ingesta Diaria Recomendada de Fluoruro aportados a partir de 1,5g de sal con 250 mg F-/kg en función de la edad.

Si se utiliza el nivel para realizar la fluoración de **250 mg F-/kg** de sal y se toma la cantidad de **12g** de consumo diario de sal (*), de los cuales **30%** como sal agregada = **3,6g sal → 0,9 mg F-**

Edad	IDR (mg/día)	% cubierto de la IDR
4 - 6 años	1,0	90%
7 - 9 años	2,0	45%
Hombre adulto	4,0	22,5%
Mujer adulta	3,0	30%

Tabla I: Porcentaje cubierto de la Ingesta Diaria Recomendada de Fluoruro aportados a partir de 3,6g de sal con 250 mg F-/kg en función de la edad.

(*) El consumo promedio de sal en nuestro país ronda entre los **12 y 13** gramos por día, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja consumir hasta **5 gramos** de sal por día.

En programas de alimentación de niños escolares, donde la copa de leche es una al día el valor del consumo por pacientes es de 1 mg de flúor al día por esta ingesta de leche (porción de leche 200 ml).

En relación a los diferentes *programas de fluoración*, **es importante poder medir y monitorear la concentración de fluoruro en el agua de consumo, eliminar o disminuir la posibilidad de dos fuentes simultáneas de fluoruro sistémico, establecer un plan de vigilancia epidemiológica de caries dental y fluorosis del esmalte que sirvan para evaluar el impacto de intervención.**

Otra de las medidas comunitarias son las diferentes campañas de prevención, la suma de todas estas campañas es en beneficio de la salud bucal comunitaria, el impacto de las mismas tal vez no es fácilmente medible pero indudablemente que las campañas de salud bucal tienen un impacto positivo importante, en la concientización de la importancia del cuidado de la salud bucal en la población, debido a este tipo de campañas a nivel gubernamental.

- **MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CUIDADO PERSONAL:**

Las medidas del cuidado personal son las realizadas en el núcleo del seno familiar e individual de las personas. Buscan generar situaciones saludables, por ejemplo: cepillado dental diario, uso de pasta dental fluorada, disminución en el consumo de alimentos azucarados, empleo de enjuagues con flúor.

En las comunidades es frecuente encontrarnos con realidades donde el cepillo, instrumento principal para la concreción del cepillado, no está y no es posible su acceso. La pasta dental fluorada, como un principio ideal de los insumos a tener presentes para estas acciones de cuidado también puede estar ausente, pero no es justificativo para no realizar acciones de higiene, por lo que es necesario generar alternativas a la eliminación de biofilm o placa bacteriana.

- **MEDIDAS PREVENTIVAS PROFESIONALES:**

Dentro de estas medidas podemos encontrar asesoramiento de cepillado dental, control de medio, cepillado mecánico, flúor, remineralizaciones, selladores de fosas puntos y fisuras, inactivación de caries.

Estas medidas que desarrollaremos en detalle, podemos pensarlas dentro de la odontología de mínima intervención.

ODONTOLOGÍA DE MÍNIMA INTERVENCIÓN - ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

La odontología de mínima intervención, podemos definirla como un enfoque en el que la atención de la salud bucal tiene como ejes la promoción y prevención de la salud que busca un diagnóstico temprano, remineralización, tratamientos interceptivos y mínimamente invasivos para el manejo de la enfermedad de caries. Por lo tanto no solo se aplica en niños sino también en adultos. Se enfoca en la enfermedad de caries, no de una manera tradicional como se hacía históricamente, tratando solo las consecuencias de la enfermedad, sino que hace hincapié en el manejo de hábitos como pilar principal, porque son los hábitos los que desencadenan la manifestación de la enfermedad.

Por otro lado, la odontología mínimamente invasiva es el **acto clínico** donde se busca la preservación de las estructuras dentarias sanas mediante el abordaje de lesiones de caries con métodos mínimamente invasivos.

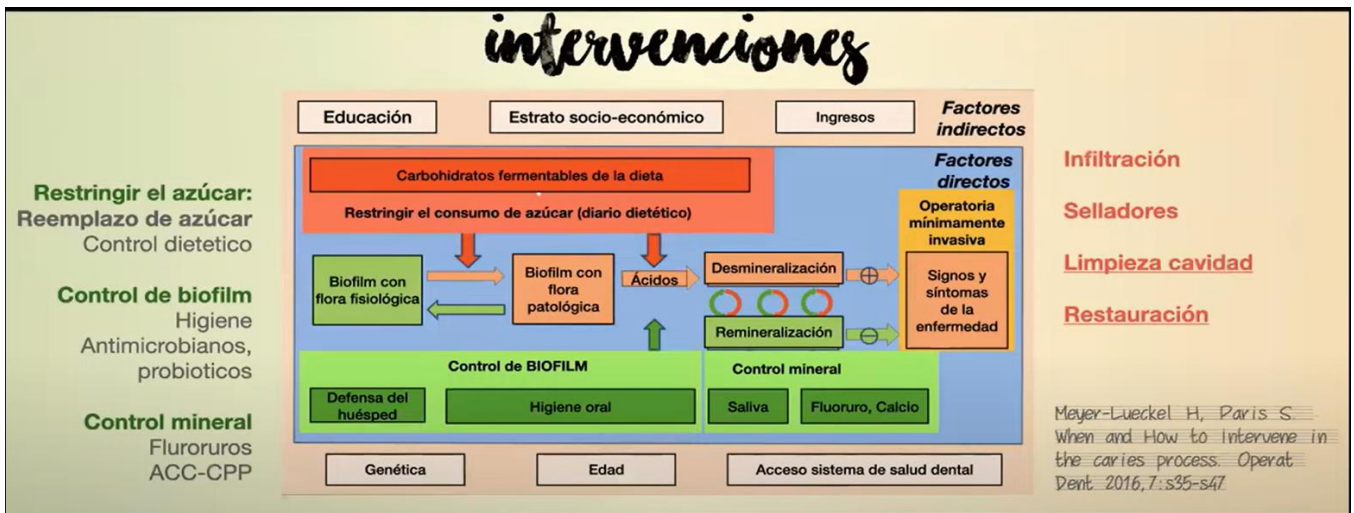
El enfoque de mínima intervención presenta cinco pilares:

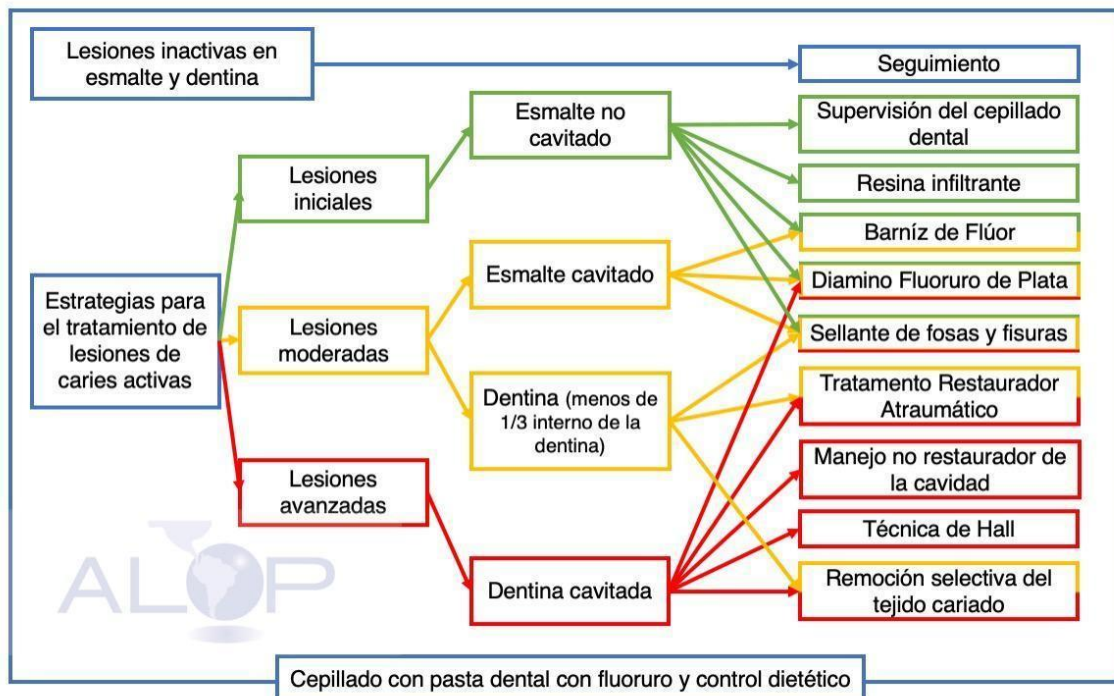
1. Diagnóstico temprano y valoración del riesgo de caries dental. No solamente diagnóstico de lesiones, ya que la enfermedad no se cura solo realizando restauraciones, sino ver al paciente como un todo, valorar el riesgo individual del paciente para de esa manera establecer una serie de pautas singulares que permitan reorientar hábitos, especialmente relacionado al consumo de alimentos azucarados y la higiene.
2. Remineralización de lesiones de esmalte y dentina.
3. Prevención de caries dental. Cuando el paciente está sano, mantenerlo sano y si hay lesiones iniciales mantenerlas inactivas.
→ cuando estos tres pilares fracasan o no se logran controlar:
4. intervenciones operatorias mínimamente invasivas, cuando la lesión ya está en estadios irreversibles.
5. reparar/pulir en lugar de reemplazar restauraciones

Dentro de la odontología de mínima intervención podemos encontrar diferentes tipos de intervenciones que incluyen procedimientos no invasivos, micro invasivos e invasivos. También es importante señalar que, independientemente del plan de tratamiento seleccionado, dentro de los procedimientos sugeridos, cada paciente debe ser incluido en un **programa de motivación y educación**, *que busque la desorganización sistemática de la biopelícula dental, por medio del cepillado dental y la adopción de una dieta baja en azúcares.*

Odontología de Mínima Intervención

Schwendicke F, et al. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. Clinical Oral Investigations 2019





Tratamiento de la enfermedad de caries en época de COVID-19: protocolos clínicos para el control de aerosoles. Cod. 608-26

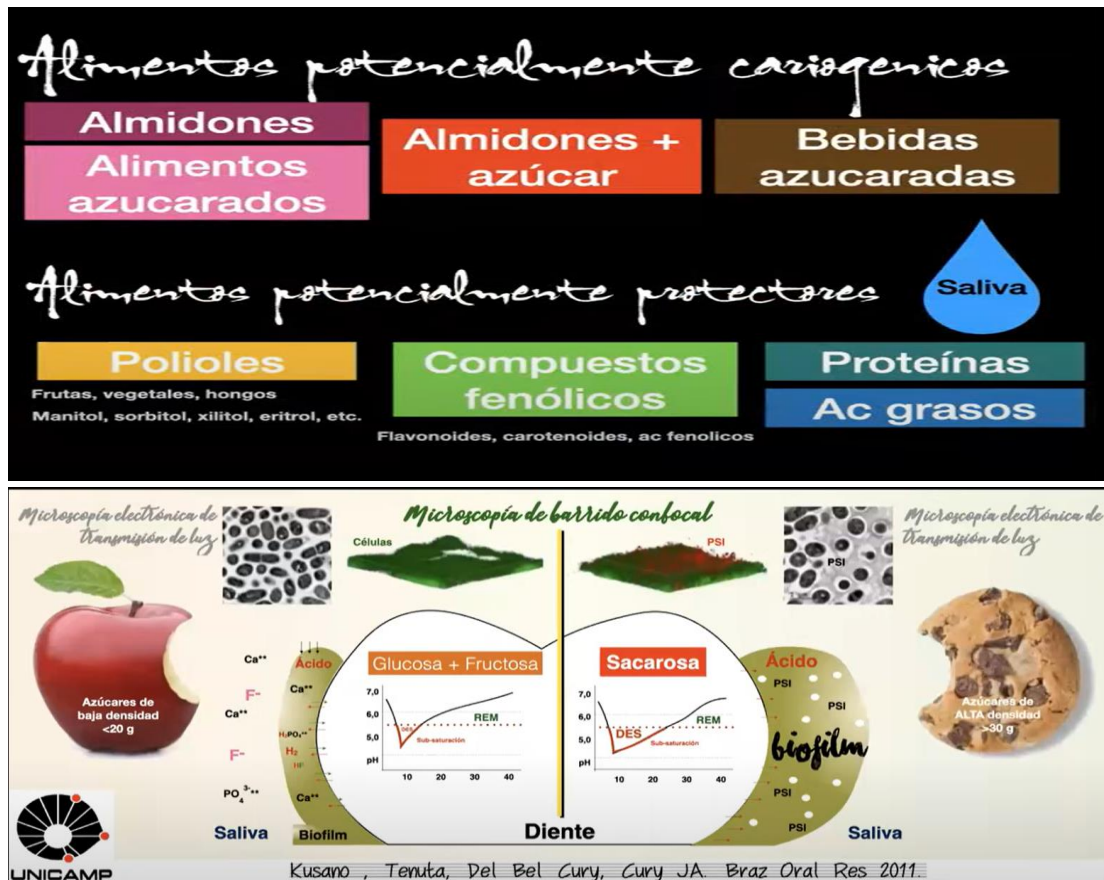
Fig. Flujograma de **opciones de tratamiento de acuerdo a las características de las lesiones de caries**. (los colores asignados a la severidad de las lesiones también señalan los diferentes tratamientos a través de flechas indicativas; por lo tanto, si un tratamiento está señalado por dos o más colores, dicho tratamiento podrá ser empleado para tratar diferentes patrones de lesiones de caries). Tomado de Asociación Latinoamericana de Odontopediatria (ALOP)

❖ TÉCNICAS NO INVASIVAS

- **CONTROL DE DIETA:** no solamente implica la reducción del consumo de alimentos potencialmente cariogénicos como el azúcar, sino también promover el consumo de alimentos protectores. Algunos de ellos por su acción de producción de saliva y otros como los ácidos grasos y proteínas por una competitividad bacteriana, van a promover el crecimiento de bacterias no patógenas y a reducir el potencial de daño de las bacterias patológicas.

El azúcar de la fruta y el de los alimentos industrializados no se comportan igual en relación al metabolismo de los carbohidratos. La caída de Ph por los azúcares naturales son

neutralizados rápidamente por la saliva, alrededor de 40 minutos después se vuelve al pH fisiológico. Por el otro lado, cuando tenemos alimentos ricos en carbohidratos o ricos en azúcares o una combinación de ambos, la caída del pH es mucho mayor y el regreso al pH fisiológico toma mucho más tiempo; además la presencia de estos azúcares de fácil metabolismo para las bacterias crea un biofilm más grueso y difícil de eliminar. El aumento de la frecuencia de azúcar aumentará el riesgo de enfermar.



- **CONTROL DEL BIOFILM:** el cepillado dental con una pasta dental fluorada es el medio de reducción de la prevalencia de caries más difundido a nivel mundial y es un medio de autocuidado. Cepillarse los dientes con pasta dental con flúor dos veces al día es una forma simple y efectiva de administración tópica de flúor. La OMS y otras agencias de salud pública recomiendan una concentración de flúor en la pasta dental de entre 1 000 ppm y 1 500 ppm. Al considerar la pasta dental con flúor como un producto esencial para la salud, su calidad, disponibilidad y asequibilidad se convierten en un asunto de interés para la salud pública. Existen muchas técnicas posibles de aplicar, cada uno debe conocer cuál es la más adecuada para nuestros pacientes de acuerdo a sus capacidades y aptitudes. Suele ser útil

valorar el índice de placa bacteriana utilizando revelador de placa bacteriana para que el paciente pueda visualizar las zona de presencia de placa y estimular el cepillado.



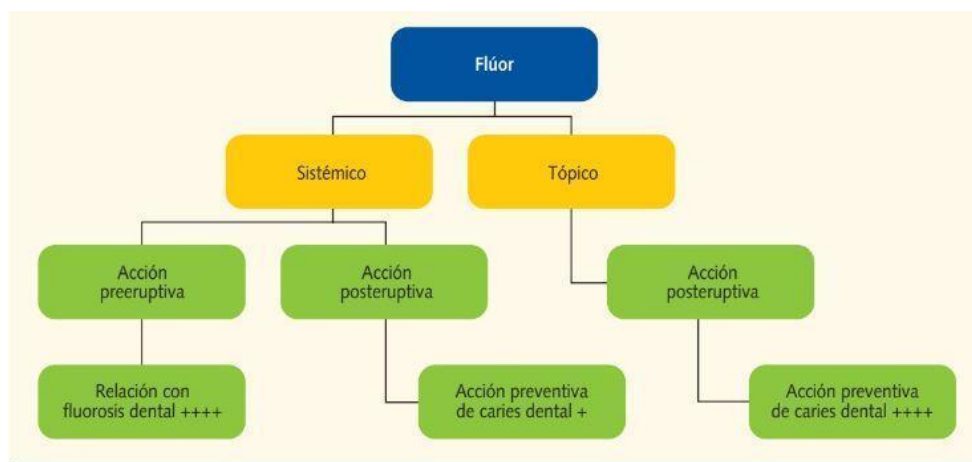
- **REMINERALIZACIÓN:** cuando vemos una lesión no cavitada en esmalte, como una mancha blanca, que es el primer signo clínico de la enfermedad, aún estamos en la fase de reversibilidad o de detener la progresión de la lesión, devolviéndole al diente los minerales perdidos, transformando lesiones activas en inactivas. Lo podemos realizar con diferentes agentes. Esto tiene que ir acompañado con el control de los distintos factores que causan la enfermedad, cambio de hábitos, buena higiene, reducción del consumo de azúcares, etc.



- **AGENTES REMINERALIZANTES**
- ◆ gel de fluor
- ◆ barniz de flúor
- ◆ fluoruro diamino de plata

- ◆ Otros.

FLÚOR





El mecanismo de acción del Flúor es múltiple:

1. Transformación de la hidroxiapatita (HAP) en fluorapatita (FAP), que es más resistente a la descalcificación. Esta reacción química entre la HAP y la FAP presenta una reversibilidad en función de la concentración de F en el entorno del esmalte dental, de modo que la FAP no sería una situación definitiva y estable.

2. Inhibición de la desmineralización y catálisis de la remineralización del esmalte desmineralizado. Este proceso es dinámico y dura toda la vida del diente. La reversibilidad de este mecanismo justifica, por un lado, la recomendación del empleo de F durante toda la vida y no solo durante la infancia. Además, el empleo de F tópico a bajas dosis, de forma continua, induce la remineralización dental.
 3. Inhibición de las reacciones de glucólisis de las bacterias de la placa dental (sobre todo Streptococcus mutans), con lo que disminuye la formación de ácidos.
 4. Reducción de la producción de polisacáridos de la matriz extracelular en la placa dental
- En todos los casos, parece que el factor más importante en la prevención de la caries dental es la exposición a dosis bajas pero continuadas de fluoruro en la cavidad oral.

Concentración de *fluoruro* en productos contra caries dental: Cantidad de F en 1g de producto y cantidad de product necesario para un **NIÑ@ de 20kg (5 - 6 años de edad)** y *dosis potencialmente tóxica* de 0.5mg F/k

Producto	Concentración de F	Cantidad de F en 1ml o 1 g	Cantidad de producto ingerido para producir <i>dosis potencialmente tóxica</i>
Barniz F (NaF 5%)	22 000 ppm F	22 mg/g	4.5 g (9 blisters)
Gel (F 1.23%)	12 300 ppm F	12.3 mg/g	8.1 g
Colutorio semanal (NaF0.02%)	900 ppm F	0.9 mg/mL	111 mL
Dentifricio (0.11%)	1 100 ppm F	1.1 mg/g	90 g (1 tubo)
Colutorio diario (NaF 0.05%)	225 ppm F	0.225 mg/mL	444 mL
Suplementos (2.21mg)	1.0 mg F/ comprimido		100 comprimidos

UNICAMP
Curry JA. 200

→ **Gel de FLUOR:**

Tienen la ventaja de que son baratos, fáciles de aplicar y la técnica la puede realizar el personal auxiliar. Su frecuencia debe ser adaptada por el profesional en función del grado de riesgo de caries dental del niño. Se utilizan geles de fluorofosfato acidulado al 1,2% con un contenido de 12 000 ppm de F. Se compone de fluoruro de sodio, ácido fluorhídrico y ácido fosfórico. A las ventajas del NaF se añadió un pH más bajo, con lo cual la captación de flúor por el esmalte es mayor. Inicialmente se utilizaron cubetas para su aplicación, actualmente hay evidencia científica que muestra su efectividad a través de la aplicación con el cepillo dental. Luego de su aplicación se le pide al paciente que escupa los excesos del mismo y que no coma, beba, ni enjuague los dientes durante 30 minutos, para evitar removerlo y que deje de cumplir su efecto en la superficie dental.

→ **Barniz de Flúor**

Los barnices de fluoruro aplicados tópicamente se han utilizado ampliamente como una intervención no invasiva para el tratamiento de lesiones de caries. La aplicación dos veces

al año, en la dentición primaria o permanente, está asociado a una reducción significativa de la aparición de lesiones de caries dental, teniendo en cuenta la condición de la desmineralización dental. Su efecto relativo está relacionado con el nivel de riesgo de caries y con la exposición a otras fuentes de flúor, la concentración recomendada es del 5%.

Es importante cumplir con las recomendaciones del fabricante con respecto a la técnica de aplicación del mismo. El barniz es fácil de aplicar y bien tolerado por los niños. Se indican como método preventivo en la caries dental, en pacientes con riesgo cariogénico alto y mayormente en pacientes que están en proceso de erupción o recién erupcionados, con mayor énfasis en fosas, surcos y fisuras que aún no se sellan. También en lesiones incipiente de superficies dentales lisas y proximales, de igual manera en tratamientos de remineralización, pacientes infantiles que tengan menos de tres años y posean el síndrome de caries de biberón, pacientes que tengan hipersensibilidad dentinaria, adultos con elevado índice de caries, aquellos que tienen bajo flujo salival debido a fármacos o radioterapia, pacientes que tengan ortodoncia.

Tienen la capacidad de tener un tiempo prolongado de contacto entre el flúor y la superficie dental, actuando de manera lenta pero constante con el fin de inhibir la caries dental. Se aplica en dientes limpios, con aislamiento relativo, colocando una capa fina de barniz en todas las superficies del diente, en surcos y fisuras, espacios interproximales y márgenes gingivales. Se pide al paciente que se enjuague con agua, manifestándole que el barniz se irá perdiendo de forma paulatina y se le solicita que no ingiera alimentos duros o líquidos calientes durante cuatro horas después de la aplicación, ni que se cepille los dientes dentro de las siguientes 24 horas.

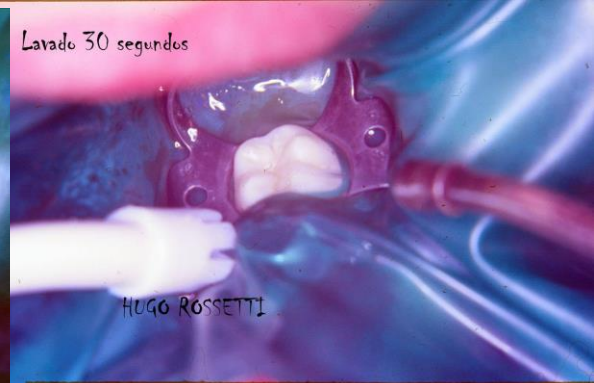
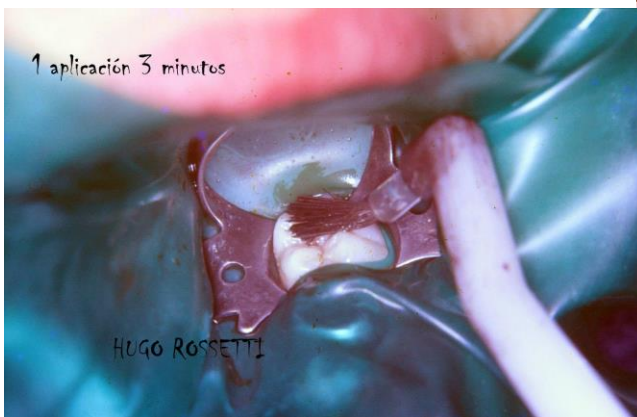
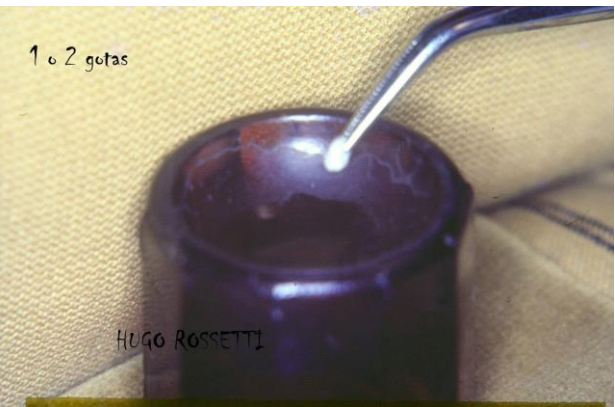
→ **FLUORURO DIAMINO DE PLATA(DFP):**

El fluoruro diamino de plata(DFP) ($\text{AgF}[\text{NH}_3]_2$) es un material odontológico que permite desarrollar una estrategia no invasiva que consiste en la aplicación tópica de una solución incolora y alcalina (pH 8-10). En la presentación cuya concentración es del 38%, tiene 44.800 ppm de flúor y 255.000 ppm de plata. Es un agente químico que va generar un efecto cariostático, es decir va a detener la progresión de las lesiones por una sedimentación de algunos iones sobre la superficie. Para dientes primarios, hay consenso en la literatura sobre la eficacia del DFP para la detención de lesiones de caries, demostrado en revisiones sistemáticas de la literatura recientemente publicadas. Puede ser utilizado fuera del

ambiente de consultorio, lo que lo convierte en una alternativa práctica e inclusiva para el tratamiento de la población en general.

En una concentración de FDP de 38%. ha demostrado en lesiones cavitadas ser más efectivo que el barniz fluorado y tiene un efecto sobre la dentina. Para aplicarlo se debe realizar una limpieza de la cavidad, retirar el biofilm o hacer una remoción superficial de la dentina descompuesta. El fdm cuando entra en contacto con la hidroxiapatita de la estructura dental va a formar fluoruro de calcio que es un reservorio de fluoruro, que tiene este efecto anti cariostático, y el fosfato de plata va a ingresar en la dentina y realizar un sellado químico inhibiendo la desmineralización.

Se indica principalmente en pacientes que presentan múltiples lesiones de caries activas en esmalte y dentina, asociadas a hábitos inadecuados de higiene y dieta cariogénica, o conducta negativa frente al tratamiento odontológico. Con el uso del FDP el profesional gana tiempo para adecuar los hábitos de higiene y planificar el tratamiento sin preocuparse por la progresión de las cavidades. No obstante debe ser cuidadoso en aquellos casos de hipoplasias, manchas blancas generalizadas, dado que remineraliza todo los tejidos desmineralizados lo que genera pigmentación en las manchas blancas, por ello no debe aplicarse en estos casos.





- **SELLADORES:**

Los Selladores de fosas y fisuras(fyf) no solamente tienen un efecto preventivo para inhibir el acumulo de placa en fyf profundas sino que también, se ha demostrado su efecto terapéutico sin remoción de esmalte. inhibe la maduración del biofilm, las bacterias se tornan inviables por lo que no progresa la lesión.

Los sellantes son una estrategia microinvasiva y efectiva para prevenir y controlar la progresión de lesiones cariosas, ya que forman una barrera física entre el diente y la biopelícula dental.

Como agentes preventivos, deben usarse de acuerdo con el riesgo individual o actividad cariogénica del paciente y considerando la micromorfología superficial de sus dientes. Su eficacia para prevenir la caries en los molares permanentes ya fue comprobada.

Como alternativa a los selladores resinosos convencionales, se pueden emplear selladores de ionómeros vítreo. No existe diferencia en la prevención de nuevas lesiones de caries con el uso de sellantes resinosos o con el uso cemento de vidrio ionomérico de alta viscosidad (CIV), entonces el uso de CIV de alta viscosidad para el sellado de fosas y fisuras se puede indicar cuando exista dificultad para controlar la humedad como cuando están haciendo erupción los molares (en estos casos debe ser de primera elección).

❖ **TÉCNICAS INVASIVAS**

● **PRÁCTICA RESTAURATIVA ATRAUMÁTICA**

Compiladores Cano Veronica y Alejandro Marengo.

En la actualidad, la distribución y gravedad de la caries varía de una región a otra y su frecuencia muestra una firme relación con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Si a lo anterior se añaden los efectos psicosociales de la caries y su impacto en términos de morbilidad, pérdida de dientes y costo de los tratamientos de tipo operatorio y de rehabilitación bucal, además de la frecuente dificultad de acceso a los servicios odontológicos, resulta evidente la necesidad de adoptar técnicas clínicas que puedan llegar a toda la población, a fin de lograr una mejor prevención de este importante trastorno bucal. Para solucionar los problemas de salud bucal se necesita de la inversión de múltiples recursos materiales y humanos, además de infraestructura que facilite la aplicación de tratamientos a las piezas dentarias con caries, tales como: energía eléctrica, agua potable, drenajes, equipo e instrumental odontológico sofisticado.

A partir de esto es que surgen en la década del 80 técnicas alternativas que ayudan a la masa de población más vulnerable a resolver su problemática de salud. Se crean sistemas

de tratamientos, económicamente factibles, tanto desde el punto de vista del recurso humano como material.

Así es como el señor Jo E. Frenken de la Escuela Dental de Dar es Salaam en la República de Tanzania, África, desarrolló la Técnica de Restauración Atraumática, (ART, por sus siglas del inglés Atraumatic Restorative Treatment) como una alternativa para preservar dientes cariados en pacientes de países en vías de desarrollo y comunidades menos favorecidas.

Se realizaron varios ensayos de campo en comunidades como Tailandia, Zimbabwe y Pakistán en 1991, 1993 y 1995 respectivamente. También se realizaron estudios en China en el año 2001 y en países latinoamericanos tales como Perú, Brasil y Ecuador. Los resultados exitosos obtenidos en los estudios realizados permitieron que la Organización Mundial de la Salud (OMS), apoya esta iniciativa en 1990 permitiendo su incorporación de manera definitiva en los programas de salud dental de Tailandia, China, y países de África. En el marco del día mundial de la Salud Bucal, el 7 de abril de 1994, la OMS presentó el manual del ART, es decir un método para tratar las lesiones de caries dental sin utilizar agua, electricidad o la turbina.

La ART es una técnica simplificada y de bajo costo en comparación con la técnica convencional y, dado que no requiere instrumental rotatorio, ni anestesia local es posible aplicarla en localidades rurales, postas rurales, escuelas, centros comunitarios, hogares de ancianos, etc.

Esta técnica está basada en los conceptos modernos de preparación cavitaria “mínimamente

invasiva, los tejidos cariados se retiran con instrumentos manuales y luego la cavidad resultante, así como las fosas y fisuras adyacentes, se restauran y sellan con un material adhesivo, por lo general ionómero de vidrio. En el proceso de sellado, a manera de extensión de la técnica de restauración atraumática, los dientes con fosas y fisuras profundas, así como aquellos con caries incipientes (en el esmalte), se sellan con ionómero de vidrio de alta densidad.

A diferencia de los métodos convencionales, la técnica de restauración atraumática es indolora en la mayor parte de los casos, no requiere el uso de equipo odontológico eléctrico y ofrece eficacia a bajo costo. Es un procedimiento que también es aplicable en los países industrializados para aquellos pacientes que tengan algún impedimento físico, mental o pacientes geriátricos. Por ello, la técnica de ART debe considerarse un tratamiento vanguardista que, en general, está indicado en cavidades pequeñas o medianas (compromiso dentinario) y que sean accesibles a la instrumentación manual. Se contraindica en cavidades muy profundas, con compromiso pulpar o dolor de larga data.

En la clínica se deben tener en cuenta todos los pasos indicados como en cualquier técnica tradicional para tener el éxito deseado. No hay otra limitación especial para el uso del enfoque y la técnica ART en el manejo de la caries dental. Cuando se aplica esta técnica se la define como Práctica Restaurativa Atraumática (PRAT).

PROCEDIMIENTO: TÉCNICA DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA (ART)

La Técnica de Restauración Atraumática, consiste en un procedimiento odontológico que implica la remoción de tejido reblandecido y desmineralizado por caries dental, mediante la utilización de instrumental manual, seguido por la restauración del diente con un material adhesivo, usualmente, ionómeros de vidrio.

El ART es de aplicación sencilla, pues requiere de poco instrumental, no siendo necesario, en forma imprescindible, contar con una unidad dental convencional. Su aplicación debe realizarse cumpliendo las normas de prevención y control de infecciones.

Instrumental y material requerido para aplicar el PRAT

Antes de proceder a realizar ART, es necesario contar con todos los materiales y equipamiento requeridos. Estos incluyen:

- Soportes apropiados para el operador y paciente.
- Instrumentos dentales manuales.
- Material restaurador.
- Insumos
- Fuente de luz.

Los instrumentos utilizados en ART se dividen en: instrumental de examen, instrumental de apertura cavitaria, instrumental para remoción de caries, e instrumental de colocación de material. A continuación se detallan:

- Instrumental de examen:

Espejo bucal: utilizado para ver superficies dentarias en forma indirecta, para reflejar la luz al campo operatorio y para retraer los tejidos blandos (fig. 1).

Sonda de caries: utilizada para determinar la dureza de la dentina cariosa antes y durante la preparación. No debe usarse para el sondaje de pequeñas lesiones cariosas, ya que éstas habitualmente tienen el potencial de remineralizarse. Tampoco debe usarse para explorar el piso de lesiones cariosas profundas donde exista el peligro de exposición pulpar (fig. 2).

Pinzas de curaciones: utilizados para colocar y retirar los rollos de algodón empleados en la aislación relativa. También se usan para llevar a la cavidad las motas de algodón que limpiarán y secarán la cavidad (fig. 3).



- Instrumental de apertura cavitaria

Hachuela: instrumento utilizado para abrir una cavidad, o para romper esmalte débil sin soporte dentinario. Para conseguir el acceso a la cavidad con la cucharita más pequeña, el filo debe ser de 1 mm. como mínimo. Se usa con movimientos en sentido mesiodistal o



vestíbulo - lingual o palatino (fig.4)

Punta de diamante: Instrumento que se usa en las lesiones cariosas de esmalte donde la apertura de la cavidad es muy pequeña y es necesario ensancharla. También se usa para remover áreas y desmineralizadas de esmalte que obstaculizan el acceso para la remoción de la dentina blanda Se utiliza con movimiento semicircular (fig. 5).



- Instrumental para remoción de caries

Cucharetas de caries: Se encuentran disponibles en distintos tamaños y formas. Se utilizan para remover tejido dentinario carioso, reblandecido. Su forma permite un buen acceso al límite amelo-dentinario. Debido a que la accesibilidad y el tamaño de las lesiones de caries varían, se recomienda contar con 2 ó 3 cucharetas de distinto tamaño. Se utilizan con movimientos circulares. (fig. 6)

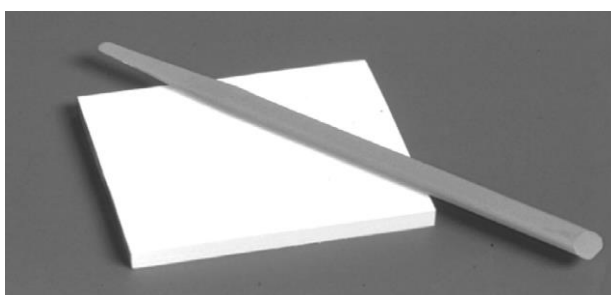


- Instrumental de colocación de material

Aplicador/tallador: instrumento con diferentes funciones. El extremo redondeado se usa para colocar el material de relleno en la cavidad y fisuras. El otro extremo posee un borde filoso que se utiliza para remover el exceso de material restaurador, así como para dar forma a la restauración (fig. 7).



Espátula y loseta: se utiliza para mezclar el material de restauración de manera manual. (fig 8)



- Material necesario para ART:

Papel de articular

Cemento de ionómero de vidrio

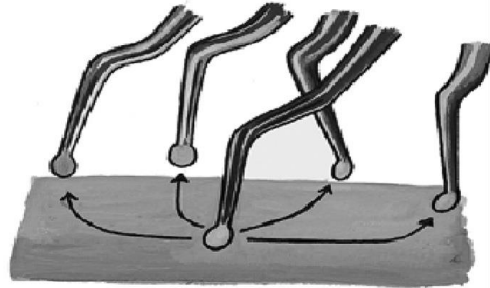


Iluminación: Una buena iluminación es necesaria para una buena visión del campo operatorio. Se puede usar luz natural, en condiciones extremas, sin embargo, la luz artificial es más confiable y se puede dirigir al punto de interés. Puede tomar la forma de lámpara frontal, lentes con una fuente lumínica adicionada o luz anexada al espejo bucal (fig. 9).



Además de lo anterior, se requiere de un recipiente con agua para enjuagar el sitio operatorio. Debe ser de acero inoxidable para esterilizarlo, o bien de plástico desechable.

Piedra de Arkansas: Se usa para afilar los instrumentos. Es fundamental que los instrumentos se encuentren bien afilados, un instrumento sin filo es peligroso, ya que se requiere de una fuerza excesiva para su uso en la dentina y el esmalte. Se sugiere que sea de grano muy fino para no estropear el instrumental (fig. 10).



IONÓMERO DE VIDRIO COMO MATERIAL DE RESTAURACIÓN

- ¿Por qué necesita restaurarse la cavidad que ha sido limpiada?
 - Para detener el proceso de la caries.
 - Para facilitar la remoción fácil de placa bacteriana.
 - Para promover la remineralización de la dentina de la zona interna.
 - Para restaurar la función.
 - Para restaurar la estética.

- ¿Cuál es la mejor forma de lograr esto? Mediante la aplicación de un material que:
 - Produce un sello contra la invasión bacteriana.
 - Promueve la remineralización.
 - Es suficientemente duradero.
 - Mantiene la función.

- ¿Cuál es el material que mejor ofrece esto?

Materiales restaurativos adhesivos:

- Resinas compuestas y resinas compuestas modificadas (compómeros).
- Ionómeros de vidrio y resina modificada de ionómeros de vidrio

Materiales restaurativos no adhesivos:

- Amalgama

Los IONÓMEROS DE VIDRIO dental se proveen como:

- Polvo y líquido en frascos separados (versión de mezcla manual) o
- En forma de cápsulas predosificadas.

Polvo: comprende un vidrio fluorurado que está constituido de varios minerales, siendo los más importantes: Óxido de Sílice y Óxido de Aluminio (SiO_2 y Al_2O_3).

Líquido: es generalmente un ácido orgánico, soluble en agua, como el ácido poliacrílico.

- Algunos ionómeros de vidrio proveen el componente ácido agregado al polvo en forma liofilizada.

Indicaciones de uso del ionómero de vidrio

El ionómero de vidrio como material de restauración está indicado en lesiones cariosas de una superficie; en aquellas que abarcan dos o más superficies no ofrece tanta resistencia. En los casos de caries activa, de elevada frecuencia en la dentición primaria, el ionómero de vidrio puede usarse como material de restauración temporal, gracias a su facilidad de manejo y a la liberación prolongada de flúor.

Propiedades del ionómero de vidrio

a) Químicas: El líquido contiene una elevada concentración de ácido, la proporción de mezcla es de 3:1 y corresponde a una medida de polvo por una gota de líquido. El polvo libera una alta concentración de ácido en el cemento, dando como resultado un incremento de los valores de las propiedades mecánicas sin un dramático incremento de viscosidad inicial. El componente líquido del cemento es una solución acuosa de ácido

policarbónico y tartárico.

Cuando el polvo y la solución acuosa son mezclados, el ácido carbónico se disocia en COO^- (ion Carboxilato) y H^+ (ion hidrógeno). El ion positivo H^+ ataca la superficie del vidrio, donde son liberados primeramente los iones de Ca^{2+} junto con un número de iones de Na^+ en la forma de complejos con fluoruro.

Los iones liberados reaccionan con el ácido y forman entrecruzamientos con el ácido poliacrílico con puentes de calcio formando un gel de policarboxilato de calcio donde el vidrio no reactivo es encapsulado. El continuo ataque de los iones de hidrogeno causa una liberación posterior de iones al Al^{3+} del vidriosilicato en la forma de iones de AlF_2^+ los cuales son depositados en la anterior matriz preformada bajo la forma de un gel insoluble de Ca-Al-Gel de Carboxilato.

b) Biocompatibilidad del ionómero de vidrio con la pulpa dental: Existe buena biocompatibilidad del ionómero de vidrio con la pulpa dental, aunque al inicio del endurecimiento se produce una respuesta inflamatoria leve, ésta se resuelve por sí sola sin complicaciones después de 24 horas, asimismo el ionómero de vidrio no causa reacción inflamatoria gingival.

La única desventaja del ionómero de vidrio, comparado con otros materiales de restauración convencionales, es su desgaste de superficie y su menor dureza, situación que se minimiza al lado de sus ventajas y propiedades. Un gran número de publicaciones han certificado que la biocompatibilidad de la pulpa con el ionómero de vidrio es satisfactoriamente buena. Es ampliamente conocido que los materiales dentales no son utilizados en boca hasta realizar un previo proceso de evaluación de la reacción biológica el cual debe estar previamente documentado por estudios histológicos bajo todas las condiciones posibles y el material debe ser clasificado “seguro de utilizar”, como ha sucedido en el caso de los ionómeros de vidrio.

c) Liberación de flúor del ionómero de vidrio.

El ionómero de vidrio cuando endurece se caracteriza por liberar flúor en pequeñas cantidades, de manera lenta y constante, lo que produce un efecto cariostático.

El polvo del cemento de ionómero de vidrio contiene ingredientes cristalizados ricos en calcio fluorurado. Después de que el polvo y líquido han sido mezclados y la reacción ácido/base se ha iniciado, el ion flúor negativo es liberado desde el polvo junto con los iones positivos de Ca^{2+} , Al^{3+} y Na^+ . Los cementos de ionómero de vidrio liberan un alto grado de flúor al inicio, debido a que la mayoría del flúor liberado es almacenado en la

superficie de la restauración. El porcentaje de liberación de flúor continuo declina algunos meses después y posteriormente se estabiliza en un nivel constante.

El flúor liberado procedente del interior de la restauración es solubilizado en la superficie. El uso de pastas dentales, geles y soluciones que contengan flúor pueden iniciar la refluoruración de la restauración de ionómero de vidrio.

Algunos ionómeros de vidrio liberan menos flúor que otros debido a que su grado de solubilidad es menor que otros.

Los ionómeros de vidrio liberan mayor porcentaje de flúor que los otros cementos dentales, silicatos compómeros y compuestos resinosos, por lo tanto es el material de elección en el Tratamiento Restaurativo Atraumática.

d) Adhesión química del ionómero de vidrio con el esmalte y dentina.

El ionómero de vidrio se une químicamente al esmalte y a la dentina, lo que proporciona un sellado adecuado en la cavidad.

La unión adhesiva dada por los materiales restauradores hace posible la conservación de la estructura dental, sin embargo los bordes de la restauración de ionómero de vidrio deben mostrar un grosor de película no menor de 0.5 mm para evitar la fractura de la restauración en los márgenes.

El proceso inicial de unión surge por medio de la formación de puentes de hidrógeno entre los grupos carboxílicos y la hidroxiapatita de la sustancia dura de la dentina.

Además, una unión química adicional es formada con los ácidos amino y carbónico del colágeno de la dentina. Debido al alto porcentaje de hidroxiapatita en el esmalte, se asume una vez más que las fuerzas adhesivas de esmalte son tan fuertes como las de la dentina.

Si bien es cierto que los ionómeros de vidrio se pueden aplicar directamente al esmalte y dentina en presencia de barro dentinario, su remoción puede incrementar las fuerzas de unión adhesiva, sin embargo, para asegurar estas fuerzas de unión se debe utilizar un acondicionador de dentina.

e) Acondicionador de dentina.

Es un ácido orgánico débil, es generalmente una solución de ácido de poliacrílico listo para ser utilizado.

La remoción de la dentina cariosa exterior con un instrumento manual, da lugar a la producción de una capa de frotis.

1) Esta capa de frotis evita la unión adecuada del ionómero de vidrio a los tejidos del diente y por consiguiente debe ser removida.

2) Para lograr esto, debe usarse un acondicionador superficial. Generalmente el acondicionador que se usa es el mismo líquido del ionómero.

Funciones:

- 1) Limpia la cavidad y la prepara para la restauración con el ionómero de vidrio.
- 2) Aumenta significativamente la adhesión del ionómero de vidrio al diente.

f) Manipulación del ionómero de vidrio.

Antes de manipular el ionómero de vidrio se debe leer cuidadosamente el instructivo del fabricante y se deberán seguir las recomendaciones del mismo.

1. Agite el frasco de polvo para asegurar una consistencia uniforme. La medida del polvo es crítica, es por ello que debe utilizar la cucharilla medidora para obtener buenos resultados, siendo la medida al ras. Si es una cavidad pequeña se usa una medida. Se recomienda no mezclar más de tres porciones a la vez en caso de cavidades grandes.

Deposite en el blok de papel engomado o loseta de vidrio. Divida el polvo en dos porciones, tape el frasco inmediatamente después de su uso para evitar que absorba humedad.

2º. Mantenga en posición vertical y boca abajo el frasco de líquido para permitir la salida del aire por la punta y deje caer una gota de líquido en el papel o loseta y esta será utilizada como acondicionador.

Manteniendo la leve presión de los dedos sobre el frasco para no dejar penetrar aire en el frasco, se deja caer otra gota cerca de la porción de polvo. No presione el frasco para sacar el líquido, la gota cae por su propio peso.

3º. Inicie la mezcla. Con la espátula se aplasta la gota de líquido para disminuir la tensión superficial y permitir una mejor mezcla, agregue la mitad del polvo, al líquido.

Deslice el polvo hacia el líquido y mójelo cuidadosamente, evitando que se disperse por el papel o loseta, tan pronto se humedezcan las partículas de polvo se incorpora la otra mitad a la mezcla. El tiempo de mezclado no deberá exceder de 20 a 30 segundos. Siempre se tiene que tener en cuenta las indicaciones del fabricante. La mezcla tiene que ser de consistencia masillosa sin perder el brillo. La inserción de la mezcla a la cavidad deberá hacerse inmediatamente.

4º. El procedimiento de inserción deberá concluirse antes de que el material pierda su consistencia masillosa y su brillantez en la superficie, para así lograr una correcta adhesión al esmalte y a la dentina. Si el material pierde su brillo deberá desecharse. Es muy importante no utilizar ionómero opaco en la cavidad.

g) Ionómero de vidrio como sellador de fosas y fisuras.

El ionómero de vidrio puede usarse, también, como sellador de fosas y fisuras. El enfoque ART utiliza el mismo ionómero de vidrio tanto para restauraciones, como para sellantes. El sellar fosas y fisuras con ionómero de vidrio puede controlar la caries dental y prevenir su ocurrencia.

La presencia y viabilidad de microorganismos debajo de los sellantes ha sido investigada. Se ha demostrado que, cuando el sellante permanece intacto, la cantidad de microorganismos viables que permanecen bajo éste, decrece con el paso del tiempo. La actividad destructiva de las bacterias remanentes disminuye, por lo que son incapaces de producir destrucción dentaria. Esto tiene lógica, puesto que las bacterias remanentes se quedan sin su fuente de nutrientes, lo que determina que los sellantes tienen la capacidad de detener el proceso carioso.

Aún cuando los sellantes de ionómero de vidrio se hayan perdido parcial o totalmente, usualmente hay un beneficio para el paciente, debido a la liberación de flúor desde el material, lo que permite un endurecimiento del esmalte.

Indicaciones

Los sellantes de ionómero de vidrio deben colocarse solo en fosas y fisuras profundas, las que corren mayor riesgo de sufrir una lesión cariosa.

No coloque sellantes en fosas y fisuras profundas y de color oscuro. El color oscuro usualmente es un signo de que la caries se ha detenido. Esto, sin embargo, puede ser solo una coloración superficial, por lo que deberá relacionarse con el nivel de riesgo del paciente.

Solo se debe colocar sellantes cuando las fosas y fisuras coloreadas están rodeadas de una decoloración blanquecina, pues esta última es signo de caries dental temprana.

Procedimiento

- Coloque el sellante solo en las fosas y fisuras, no cubra las cúspides del diente.
- Aísle el diente con rollos de algodón. Mantenga el campo seco.
- Limpie la superficie de restos alimenticios con una torunda de algodón humedecida en agua y las partes más profundas con un explorador muy suavemente.
- Aplique acondicionador dentinario en las fosas y fisuras por 10-15 segundos.
- Lave inmediatamente las fosas y fisuras, utilizando torundas de algodón mojadas para eliminar el acondicionador. Lave 2 a 3 veces.

- Seque con torundas de algodón secas.
- Mezcle el ionómero de vidrio y aplíquelo en todas las fosas y fisuras, empleando la hoja sin filo del aplicador.
- Sobreselle ligeramente.
- Coloque un poco de vaselina en el dedo índice.
- Ponga el dedo índice sobre la mezcla, presione y remueva el dedo arrastrando hacia los lados después de algunos segundos (digitopresión).
- Remueva los excesos visibles con la cuchareta grande.
- Espere 1 a 2 minutos, hasta que el material endurezca, mientras mantiene el diente seco.
- Revise la oclusión usando papel de articular, y ajustando la cantidad de sellante con el tallador, si fuera necesario.
- Aplique una nueva capa de vaselina.
- Retire los rollos de algodón.
- Indíquelo al paciente que no coma por, al menos, una hora después de finalizado el procedimiento.

Condiciones para aplicar el Procedimiento Restaurativo Atraumático

Antes de iniciar la restauración de la lesión cariosa, deberán tomarse en consideración aspectos como:

- 1) Tener un lugar adecuado con suficiente luz natural o usar frontoluz.
- 2) Una mesa donde pueda acostarse el paciente con colchoneta y almohada.
- 3) Acondicionar el espacio donde se trabaje con ambiente que incluya medidas de bioseguridad.
- 4) Reconocer el diagnóstico clínico del proceso carioso.
- 5) Conocer las características de los ionómeros de vidrio.
- 6) Seleccionar los instrumentos adecuados.

Posturas y condiciones del operador para aplicar la Técnica PRAT

Para evitar riesgos profesionales, la postura del operador es muy importante: el cuerpo debe estar en una posición estática, con la espalda recta, con las manos y los dedos a modo

de poder controlar el trabajo, en una posición en la línea media, con relación al paciente. El operador debe estar sentado en un banquillo, con los muslos paralelos al piso y los pies planos en el suelo. La cabeza y el cuello deben estar firmes y ligeramente inclinados hacia el paciente. La distancia ideal al campo operatorio es de 30 a 35 cms. Con la cabeza del paciente como centro, el rango de posiciones con las cuales el operador puede realizar sus acciones será de un semicírculo, la posición del operador dependerá del área de la boca que está tratando.



Procedimiento para la restauración de un órgano dentario con el ART

Un diagnóstico adecuado de la pieza dentaria a tratarse es de vital importancia para alcanzar el éxito a largo plazo, aquí se describirá paso a paso la técnica para los diferentes tipos de cavidades, a las que nos referiremos en este manual.

Para fines de este manual se considerarán por separado cada una de las superficies, por lo tanto se hará referencia a las cavidades de una sola superficie cuando se presenten en las fosas y fisuras localizadas en molares y premolares, así como en las fosas de las superficies palatinas de los incisivos superiores y linguales de los inferiores o las cavidades en las zonas vestibulares de las piezas dentarias.

Cuando se haga referencia a cavidades de varias superficies, estas pueden presentarse en dos o más superficies de un órgano dentario, por ejemplo:

- en la superficie oclusal y en la superficie distal o mesial de un premolar o molar;
- en la superficie oclusal y en la superficie lingual o vestibular de un premolar o molar;
- en la superficie distal o mesial y en el borde incisal de un incisivo.

Identificación de la enfermedad caries. Preparación de cavidades para aplicar el ART

El área operatoria deberá permanecer lo más seca posible, utilice rollos de algodón comerciales o elaborados al momento.

Coloque los rollos de algodón para absorber la saliva y mantener a la pieza dentaria seca; remueva la placa dentobacteriana con una torunda de algodón húmeda y seque inmediatamente para tener buena visibilidad del proceso carioso. Si la cavidad existente en el esmalte es pequeña, ensánchezela con la punta de diamante.

Se puede iniciar la apertura con la punta de diamante. Se introduce la punta de diamante y se hace una pequeña presión con el instrumento sobre la pieza dental y se realizan pequeños giros hacia un lado y otro tratando de realizar la apertura

Si la cavidad cariosa permite poder usar el hatcher o hachuela, se comienza directamente con ese instrumento sin usar la punta de diamante. El hatcher o hachuela se puede usar con movimientos hacia mesial y distal o con pequeños giros hacia vestibular y lingual o palatino.

Desprenda las pequeñas partículas del esmalte y remuévalas con una torunda de algodón húmeda.

La abertura debe quedar suficientemente amplia para que penetre el excavador y se pueda remover la dentina reblandecida en su totalidad.

Tenga especial cuidado de remover todo el tejido carioso en la unión esmalte dentina, use el excavador con movimientos circulares y horizontales alrededor de ésta unión.

Si la cavidad es demasiado profunda, no se exponga a una comunicación pulpar, es preferible dejar un mínimo de tejido carioso que será remineralizado por la liberación de flúor del ionómero de vidrio y el cierre hermético.

En este caso se debe especificar en la historia clínica y controlar periódicamente.

Luego de estar seguros que se ha eliminado todo el tejido infectado se procede a realizarla preparación de la cavidad para la posterior obturación.

Limpieza y acondicionado de la cavidad ya reparada.

Para obtener una mejor adhesión química del ionómero al diente y limpiar el lodo dentinario, se utilizan los acondicionadores. En la técnica PRAT, se utiliza como acondicionador la gota de ionómero de vidrio que se desecha por tener burbujas de aire. Para aplicar el acondicionador se debe leer cuidadosamente el instructivo del fabricante del ionómero, ya que puede contener información adicional sobre el uso correcto del producto.

En caso de que exista sangrado de la encía y llegue a contaminar a la cavidad, presione la herida con una torunda de algodón, limpie la cavidad con torundas húmedas y posteriormente séquela y asegúrese de contar con un campo aislado del sangrado y la saliva, y finalmente aplique el acondicionador.

Se humedece una torunda de algodón en el acondicionador. Se aplica sobre la cavidad y la superficie del diente durante 10 a 15 segundos o durante el periodo especificado por el fabricante. Se lava con una torunda embebida en agua y se seca con otra torunda de algodón. En esta etapa es esencial el aislamiento adecuado. No se debe usar aire comprimido ya que este puede sobresecar la pieza dental y reducir los lazos químicos del ionómero de vidrio.



Aplicación del material de restauración.

En cavidades de una superficie, las áreas del esmalte que no están cariadas y que no se incluyeron en el diseño de la cavidad (como los surcos y fisuras), se debe colocar acondicionador, se lava y seca con torunda de algodón, al igual que en la cavidad. Una vez realizado lo anterior se colocará la restauración y el sellado correspondientes

- 1) Mezcle el ionómero de vidrio siguiendo las indicaciones de preparación enunciadas en el capítulo correspondiente a Ionómero.
- 2) Deposite la mezcla en la cavidad y cuide que no queden burbujas, obture completamente la cavidad y permita que una porción de la mezcla se deposite en las fosas y fisuras y contiguas.
- 3) Cuando el material pierda su brillantez en la superficie, ponga el dedo índice enguantado y envaselinado sobre esta y presione firmemente con pequeños movimientos

(en sentido mesiodistal y vestíbulo lingual o palatino) hacia un lado y otro sin separar el dedo de la restauración, para adaptarlo perfectamente a la cavidad (30 Seg. aprox.) Cuando se retira el dedo se tiene que tener mucho cuidado de no desprender la restauración

El movimiento es hacia un lado sin levantarlo.

Se controla la oclusión con un papel de articular.

- 4) Remueva el exceso de material con un escavador o cincel.
- 5) Cubra el ionómero con un barniz impermeable o vaselina para proteger la restauración, manteniéndolo aislado por otros 30 segundos.
- 6) Indique al paciente que no ingiera alimentos durante una hora, ni cítricos por 24 horas.

Para la restauración de cavidades proximales en dientes anteriores se deben seguir los siguientes pasos:

1. Coloque una tira de celuloide en los dientes y utilice ésta para obtener el contorno deseado.
2. Inserte una cuña de madera entre el diente y la encía en el margen gingival en vestibular y lingual, a fin de mantener la tira de celuloide firme en la posición deseada.
3. Realice el acondicionamiento recomendado.
4. Mezcle el ionómero de vidrio de la manera descrita y deposítelo en las cavidades con un ligero sobrellenado.
5. Mantenga firmemente la banda de celuloide, con el dedo índice enguantado y envaselinado apoyado sobre la superficie palatina del diente, envuelva la banda por el lado labial y presione hasta que el material endurezca.
6. Revise que no exista un exceso de material que obstruya a la oclusión y coloque otra capa de barniz o vaselina.
7. Indique al paciente que no ingiera alimentos durante una hora, ni cítricos por 24 horas.

En el caso de las caries proximales de piezas dentales posteriores de una o varias superficies, se sigue el mismo procedimiento de las cavidades proximales en dientes anteriores.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bernabé. E, Sánchez. P, Delgado, E.: Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. *Rev Med Hered.* [Online]. Jul. /Set. 2006, vol.17, no.3 [citado 06 Diciembre 2006], p.170-176. Disponible en: World Wide Web: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000300007&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1018-130X. 3.
- Guía ART. <http://1drv.ms/1jvcjuP>
- Buenaño L, Salcedo O, Arizmendi B. Identificación de factores que influyen en la aparición de la caries de la lactancia. En: *Rev Estomatol* 1996;6:39–44.
- Brenes W, Sosa D. Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. En: *Rev Costarric Cienc Med.* 1986;7:311–4. Oscarson N, Källestal C, Fjekddahl A, Lindholm L. Cost effectiveness of different caries preventive measures in a high-risk population of Swedish adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:169–78.
- Otazú C, Perona G.: Técnica Restaurativa atraumática. Conceptos actuales. *Rev. Estomatol Herediana* 2005;15(1):77-81. 2
- Petersen P. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(Suppl. 1):3–5
- Tascon, J. Atraumatic restorative treatment to control dental caries: history, characteristics, and contributions of the technique. *Rev Panam Salud Pública.* [Online]. 2005, vol. 17, no. 2 [cited 2006-12-06], pp. 110-115. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000200007&lng=en&nrm=iso. ISSN 1020-4989.
- World Health Organization. Global Oral Health Data Bank. Ginebra: WHO; 2002 [citado: 12 nov 2004]. Hallado en: <http://www.whocollab.od.mah.se/>
- Yip H, Smales R, Yu C, Gao X, Deng D. Comparison of atraumatic restorative treatment and conventional cavity preparations for glass ionomer restorations in primary molars: one year results. *Quintessence Int.* 2002;33:17–21.
- Machiulskiene V, et al. Terminology of dental caries and dental caries management. Consensus and report of a workshop organized by ORCA and cariology research. *Group of IADR Caries res* 2020, 54 7-14.
- Frencken JE, the art and science of minimal intervention dentistry and atraumatic restorative treatment. Hancock: orlenton 2018
- Giacaman RA. Azúcares y más allá. El papel de los azúcares y otros nutrientes y su potencial impacto en la caries. *Enfermedades orales* 2017;00:1–13
- Informe sobre el estado de la salud bucodental mundial: hacia la cobertura sanitaria

universal para la salud bucodental para 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Promoción de la salud bucodental I. Vitoria Miñana y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital La Fe. Valencia. España. Grupo PrevInfad (AEPap): J. Pericas Bosch, FJ. Sánchez Ruiz-Cabello, FJ. Soriano Faura, J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, MJ. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, J. García Aguado, A. Martínez Rubio, M. Merino Moína, CR. Pallás Alonso.