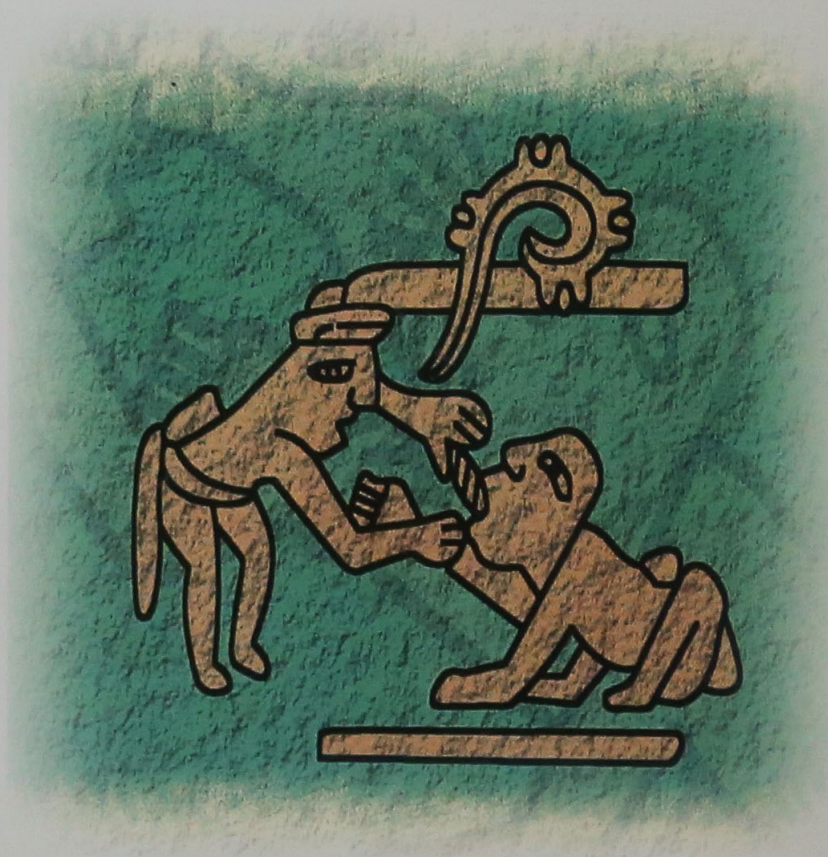


.EDITORIAL

.EOPs: Infección intrabucal por helicobacter en paciente de sexo masculino.

. Morbilidad bucal y perfil de atención odontológica en preescolares y escolares del Area Programática del Hospital P. Piñero.



. Algunos elementos para comprender América Latina frente a la pobreza y el desempleo.

. Noticias del Ateneo.

. Agenda de Congresos y jornadas.

. Cursos del Ateneo. Actividades del 2º semestre.

SERGIO TRAJTENBERG

MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Anchorena 1176 PB (1425) - Buenos Aires - Tel. 4963-3503 líneas rotativas - tel.fax 4963-9357
 Suc. S.A.O. Montevideo 971 (1019) - Buenos Aires - Tel. 4813-6807 - e.mail: sergiodental@ciudad.com.ar

La mejor relación COSTO x BENEFICIO del mercado



ISO 9001



Operating light
20 000 lux
Foco 20.000 lux

Cuspidor with
cup filler and
one saliva
ejector

Salivadera con
llena vasos y
un eyector

One 3-way syringe
and two handpiece
holders

Jeringa triple y
dos soportes de
instrumentos

New concept of
articulation seat x
backrest

Nuevo
concepto de
articulación
asiento x
respaldo

Anatomic
stool
Taburete
anatómico

Equipped with spindle and
electrical motor Bosch
Equipado con moto-
reductor Bosch

BOSCH
motors



Quality
Olsen

Anticipo y 12 cuotas de \$ 199,00 + IVA.

The Quality is Olsen's newest innovation. It incorporates new concepts in technology, design and bio-security. Developed with professionals in mind who value quality and efficiency at an affordably low cost.

El Quality es el último lanzamiento de Olsen que agrega todos los conceptos de tecnología, design y bioseguridad. Especialmente desarrollado para profesionales que buscan calidad y eficiencia a un bajo costo.

R.A.A.O.

La publicación de odontología de mayor circulación en el país

PUNTOS DE DISTRIBUCION GRATUITA

- Socios y suscriptores del A.A.O.
- Decanos y bibliotecas de todas las facultades de odontología del país, nacionales y privadas.
- Profesores de todas las cátedras de todas las facultades de odontología, nacionales y privadas.
- Presidencia y bibliotecas de todos los círculos, asociaciones, ateneos, sociedades odontológicas, etc. de todo el territorio nacional.
- Colegios de odontólogos de todo el país creados por ley.
- Departamento Nacional de Odontología, direcciones y jefaturas provinciales de toda la República.
- Hospitales odontológicos y sectores de odontología de los hospitales polivalentes.
- Área odontológica de obras sociales, mutuales y prepagas.
- Obras sociales provinciales integrantes de la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), sector odontológico.
- Casas dentales, laboratorios medicinales, editoriales médicas u odontológicas de todo el país.

- Centros de Estudiantes de Odontología de todo el país.
- Organismos internacionales de salud bucal:

Asociación Dental Americana (ADA).
 Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 Unidad Salud Bucal Organización Mundial de la Salud (OMS)
 Federación Dental Internacional (FDI)
 Organización Facultades, Escuelas, Deptos. de Odontología A.L. (OFEDO)
 • Todas las instituciones odontológicas del Mercosur, Chile y Bolivia.

COMISIÓN DIRECTIVA

ente
residente
ario
retaria
era
orera

Armando H. Pollero.
 Carlos A. Vaserman.
 Mario Beszkin.
 Beatriz Lombardo.
 Marcela Sánchez.
 Patricia Zaleski.

VOCALES

res: Juan Meer, Isaac Rapaport, Angela Vallone, Héctor Ziegler, José ylo y Lilian Pivetti. **Suplentes:** Susana Otero, Elías Beszkin, Graciela , Oscar Siscar y Noemí Lisman.

COMISIÓN FISCALIZADORA

es: Mario Daniel Torres, Eduardo Muñio y Claudio Sklar. **Suplentes:** Juan Fiszman, Beatriz Lewkowicz y Sara Sneibrun.

TRIBUNAL DE HONOR

F. de Rapaport, Catalina Dvorkin, María Rosa Valsangiacomo, Marta , Luis Zielinsky, Leonardo Voronovisky, Edith Losoviz, Silvia Rudoy és Gerszenszteig.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y ASISTENCIA PERMANENTE
 ara: Dra. Beatriz Lewkowicz.

IONES

AS Y CONGRESOS: Lilian Pivetti y Angela Vallone.
 A Y PUBLICACIONES: Ariel Gómez.
 AL: Héctor Ziegler e Isaac Rapaport.
 TOS Y REGLAMENTOS: Isaac Rapaport y Héctor Ziegler.
 AS: Juan Meer y Patricia Zaleski.
 IÓN CULTURAL: Jaime Juan Fiszman.
 ES: Ester Ganievich.
 O DOCUMENTAL: Carlos Vaserman y Marta Sarfatis.
 I CIENTIFICO: Marta Sarfatis y Luis Zielinsky.
 I AUDIOVISUALES: Juan R. Farina.
 I: Stella M. Flores de Suárez.
 Graciela Resnik.
 ONES INSTITUCIONALES: Noemí Lisman.

S.O.R.A. Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina Seccional del A.A.O. - Comisión Directiva

nte
sidente
ria
a
Graciela Resnik.
 Luis Zielinsky.
 Liliana Periale.
 Ana María Kriger.

VOCALES

es: Stella Maris Flores de Suarez, Rosario Santoro, Edith Losoviz uí Lisman. **Suplentes:** Eduardo Muñio, Beatriz Lombardo, Lewkowicz y Susana Otero.
AL DE EVALUACION
 eszkin, Luis Zielinsky, Graciela Resnik, Beatriz Lombardo, Edith , Eduardo Muñio, Liliana Periale, Noemí Lisman, Beatriz Lewkowicz da Rizzuti.

n necesariamente el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODON-ismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido pu-

similares. Nous désirons établir échange avec les revues similaires.
 ish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

la tapa del programa final del 87º Congreso Mundial de la FDI realizado en

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

RAAO • Vol. XL / Núm. 2 • Mayo / Agosto de 2001

Sumario

3	Editorial.
5	Declaración de la FDI.
7	XVII Jornadas Internas y I Jornadas Estudiantiles del A.A.O.
10	Eops: Infección intrabucal por helicobacter en paciente de sexo masculino. Dres. Adler I., Denningoff V., Alvarez M I., Pecollo J., Neffen E., Avagnina A. y Elsner B.
16	Morbilidad bucal y perfil de atención odontológica en preescolares y escolares del Area Programática del Hospital Parmenio Piñero. Dra. Lucila Pazos Hernandez, Dr. Alberto Pascual Valente.
32	Algunos elementos para comprender América Latina frente a la pobreza y el desempleo. Dr. Fortunato Mallimaci - Decano de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA).
40	Cursos Segundo Semestre 2001.
43	FOCIBA y la situación nacional.
44	Noticias del Ateneo.
47	Libros y Publicaciones.
50	Correo de lectores.
51	Agenda de Congresos y Jornadas.
56	Información para los autores.

Editorial

Arancelamiento Universitario

Con motivo de las expresiones del ministro de Educación sugiriendo la implementación de una mayor carga impositiva para aquellos contribuyentes que superen cierto límite de ingresos y con hijos que concurren a Universidades Estatales, generando en la práctica un arancelamiento encubierto; surgen una serie de reflexiones:

1. Sorprende sobremanera la actitud del ex dirigente estudiantil y "firme" defensor de los principios reformistas, hoy devenido en funcionario del gobierno nacional, quiera implementar un arancelamiento injusto para la sociedad y riesgoso para la Nación. Parecería que se encuentra más comprometido con los intereses del Banco Mundial, que tiene estructurado un plan de educación universitaria acorde a sus intereses económicos, que en el futuro de nuestra Patria.
2. Esta propuesta, nueva en su forma, vieja en su intención, nos obliga a poner sobre el tapete una serie de cuestiones que estimamos de fondo:

La primera y fundamental es que el Estado no debe declinar su condición de responsable de la educación, la cultura, la salud y la seguridad del Pueblo Argentino todo, y por el contrario debe generar acciones conducentes a mejorar la calidad de vida y el bienestar de toda la población.

La segunda es que la salud, la educación y la cultura no son bienes transables que deban ser entregados al mercado como privatizaciones abiertas u ocultas, descargando al Estado de sus naturales obligaciones, para permitirle utilizar todos los recursos económicos con el solo fin de afrontar la carga de una deuda externa, que no fue gestionada ni usufrutuada por el Pueblo, y que condiciona el futuro de las próximas generaciones de Argentinos.

3. Generar impuestos selectivos fuere cual fuere su destino, es sumamente injusto, no solo en vista de que las cargas impositivas son en nuestro país sumamente altas, sino por el hecho que en el presupuesto general de la Nación esta contemplado el que correspondan a Educación, y si los hechos de corrupción, malversación, o gastos políticos excesivos hacen escasos estos recursos, se deberá instrumentar su corrección y no castigar a la Población con aumentos impositivos.

Además al pasar esos recursos a la tesorería general, no queda asegurado el destino que se le atribuye.

Es por esto que el Ateneo Argentino de Odontología se opone a esta intención, que no solo desnaturaliza el sistema educativo, que asegura entrucción a todos los individuos sin importar su condición social, ni económica, sino que con exclusiones o financiamientos externos pondría en peligro proyectos nacionales, haciendonos más dependientes aún. Al momento de la concreción de esta editorial, el país se entera de un nuevo ajuste de tuerca en contra de la gran mayoría.

Así es que los jubilados verán disminuidos sus ya magros salarios, como también todos quienes trabajan en las distintas tareas que requiere el estado, entre otros, docentes, investigadores y trabajadores de la salud.

La extensión de impuestos a las instituciones sin fines de lucro, gravando sus costos administrativos e incluso a sus publicaciones, en el caso de las dedicadas al quehacer científico, son hechos que dan la evidencia cierta de un futuro penoso para las próximas generaciones y un presente inmediato que calificamos de catastrófico.

No se trata de alzar nuestras voces en reclamo de intereses sectoriales o corporativos, por más justos que estos sean, sino de entender que nuestra condición de universitarios nos obliga hoy más que nunca a sumar nuestras voces a los de todos aquellos que reclaman por la aplicación de una política económica, educativa, cultural, sanitaria y de desarrollo científico aplicada en beneficio de las grandes mayorías populares, hasta aquí, sacrificadas en sus necesidades más elementales en aras de satisfacer los voraces intereses económicos de los grandes centros de poder nacionales e internacionales.

Así pues, debemos entender que no serán las bien intencionadas exhortaciones a exigir mejores retribuciones para nuestra profesión, las preocupaciones que deben regir a quienes se encuentra ocasionalmente al frente de las instituciones representativas de la odontología, si quieren servir cabalmente a sus representados.

En odontalgias



CLINADOL[®] FORTE

FLURBIPROFENO 100 mg

Resuelve el problema

ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO
INHIBIDOR DE LA RESORCION OSEA ALVEOLAR

Gador
Al Cuidado de la Vida
<http://www.gador.com.ar>

PRESENTACIONES:
Envases con 8 y 16 comprimidos recubiertos.

Declaración de la **fdi** Fluoruros y Caries Dental.*

INTRODUCCIÓN

Más de 50 años de extensas investigaciones en todo el mundo, han demostrado consistentemente que el fluoruro protege y es eficaz para prevenir las caries dental.

Los fundamentos científicos para el uso del fluoruro y su inocuidad han sido aceptados por numerosos organismos científicos, por grupos de expertos y por agencias gubernamentales. El uso del fluoruro ha dado como resultado una disminución considerable en la incidencia y prevalencia de la caries dental y ha mejorado la calidad de vida de millones de personas.

CÓMO EL FLUORURO INHIBE LA CARIES

Las investigaciones iniciales sobre el rol del fluoruro en la prevención de la caries dental, ha vinculado su modo de acción a su presencia y concentración en los abastecimientos de agua. Se suponía que el efecto beneficioso del fluoruro se relacionaba con su efecto sistémico que fortalece el esmalte dentario durante su desarrollo.

Es evidente ahora que el suministro constante de niveles apropiados de fluoruro en la boca es el factor más importante, ya que la presencia de niveles bajos de fluoruro inhibe la desmineralización y fomenta la remineralización del esmalte dental durante el proceso de caries dental.

La importancia de estos resultados sobre el uso del fluoruro como medida preventiva o de tratamiento de caries, es inmensa, ya que confirman que la aplicación tópica de fluoruro, o de hecho, cualquier método que ayude a mantener una concentración adecuada de fluoruro en la boca, es esencial para prevenir la caries dental.

SISTEMAS DE SUMINISTRO DE FLUORURO

Fluoración de los abastecimientos de agua

La fluoración de los abastecimientos de agua, donde sea posible, sigue siendo el método de salud pública más efectivo para prevenir y tratar la caries dental. Esto se debe a que el agua es un componente nutritivo necesario y

utilizado por cada individuo y que, por lo tanto, beneficia a todos los sectores de la comunidad. La única condición para su uso es un suministro de agua seguro y controlable, que casi invariablemente significa una fuente central reticulada de agua.

Para poder determinar los niveles de fluoruro más apropiados en el agua, es necesario comprobar si es posible obtener fluoruro de otras fuentes. Las recomendaciones para la concentración de fluoruro en el agua dependen principalmente del consumo de agua, que puede ser afectado por el clima. Habrá que tener además en cuenta los hábitos dietéticos o culturales.

Fluoración de la sal

Cuando la situación a nivel local no es apropiada para introducir la fluoración del agua, una alternativa es la administración de sal fluorada. La elaboración de la sal fluorada debe estar centralizada y contar con un firme apoyo técnico para asegurar el control de la producción.

La concentración de fluoruro en la sal debe estar basada en estudios sobre el consumo de sal y en la disponibilidad de fluoruro de otras fuentes. En el envase o paquete de la sal se deberá indicar la concentración de fluoruro.

Leche fluorada

La leche fluorada ha sido utilizada como una fuente de flúor, especialmente para niños pequeños, y por intermedio de programas escolares. Varios estudios han demostrado su efectividad, aunque su divulgación como medida de salud pública ha sido limitada.

Pastas dentífricas fluoradas

De todos los sistemas utilizados en la actualidad, los que han estado sujetos a pruebas más exhaustivas han sido las pastas dentífricas con fluoruro. Se han llevado a cabo una gran variedad de estudios bien controlados y casi todos ellos han demostrado reducciones considerables en la caries dental que han dado como resultado una mejora

* Aprobado por el Parlamento Mundial de la FDI en París, Noviembre de 2000.

considerable de la salud oral. Las pastas dentífricas fluoradas constituyen una medida de salud pública muy importante y hay que hacer todo lo posible para extender su uso.

La ingestión excesiva de pasta dentífrica por parte de niños ha causado cierta preocupación porque puede provocar opacidad en el esmalte (fluorosis dental). Para evitar esa posibilidad, la ingestión de pasta dentífrica por los niños debe ser mínima. En algunas regiones del mundo hay pastas dentífricas con concentraciones bajas de fluoruro, especialmente para los niños. Se producen pastas dentífricas con concentraciones de 550 ppm o menos, aunque existe evidencia conflictiva con respecto a su efectividad para reducir las caries dental.

Las pastas dentífricas fluoradas deben ser utilizadas dos veces al día, enjuagándose la boca después de cepillarse los dientes con un mínimo de agua.

En los envases de pastas dentífricas se deberá especificar la concentración de fluoruro y se colocará una nota recomendando la supervisión de los niños menores de 6 años durante el cepillado de dientes, y que ellos sólo deben utilizar una pequeña cantidad de pastas dentífrica.

Suplementos de fluoruro

Donde no se dispone de otras fuentes de fluoruro, se podrán recomendar tabletas de fluoruro para los pacientes en riesgo y se podrá considerar también su uso general para esos grupos que corren mayor peligro en la comunidad.

La efectividad de las tabletas de fluoruro no ha sido tan aceptada como la de otros sistemas de entrega de fluoruro.

Dado que se ha comprobado que el efecto tópico del fluoruro es muy importante, se recomienda chupar, masticar y disolver los suplementos de fluoruros en la boca, antes de tragarlos. El uso incorrecto de estos suplementos aumenta la posibilidad de que se produzca opacidad o fluorosis dental. La dosis debe tener en cuenta la disponibilidad de fluoruro a nivel local, particularmente en los suministros de agua.

Deberán consultarse, de existir, los programas de dosis previstas. Existen varios programas nacionales de dosis cuyas recomendaciones son un tanto diferentes. Habrá que supervisar cuidadosamente y actualizar regularmente estas recomendaciones a la luz de otras fuentes de fluoruro.

Colutorios fluorados

Los colutorios fluorados pueden ser una medida de salud pública efectiva para las poblaciones en riesgo. Los colutorios pueden ser utilizados diariamente o a otros intervalos de acuerdo con las necesidades locales. No se recomienda el uso de colutorios fluorados para niños menores de 6 años.

Se ha demostrado que los colutorios fluorados en venta para uso personal son efectivos y ellos deben ser utilizados de acuerdo con las necesidades específicas de cada persona.

Geles aplicados profesionalmente

Estos geles son aplicados profesionalmente y están indicados para esos individuos con mayor susceptibilidad de caries dental. Las concentraciones son generalmente altas. Deben ser utilizados, por consiguiente, con cuidado.

Barnices fluorados

Los barnices fluorados se utilizan para individuos susceptibles a la caries dental o para los paciente que corren mayor peligro debido a tratamiento dental o médico.

EXPOSICIÓN AL FLÚOR DE PROCEDENCIAS DIVERSAS

El fluoruro en estado natural se encuentra en todo el mundo. Está presente hasta cierto punto en todos los alimentos y en el agua de modo que todos los seres humanos ingieren algo de flúor. Hoy en día hay una mayor disponibilidad de fluoruro a través de alimentos y bebidas, aguas, pastas dentífricas, colutorios fluorados, etc. y esto puede ser muy beneficioso para prevenir las caries dental, aunque puede igualmente incrementar el peligro de formas de fluorosis/opacidades dentales más benignas. Es necesario, por lo tanto, coordinar la provisión de fluoruro. Es además esencial tomar en cuenta la disponibilidad de fluoruro de todas las fuentes antes de emprender una pauta concreta de tratamiento con fluoruro.

EVALUACIÓN DEL RIEGO PARA LA SALUD

Una vasta cantidad de evidencia científica ha demostrado que el fluoruro, si se lo utiliza correctamente y en concentraciones apropiadas, es seguro y efectivo para prevenir la caries dental. No obstante, la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la pre-erupción de los dientes, puede provocar opacidades del esmalte o fluorosis, pero dado el nivel de fluoruro que se utiliza en la prevención de caries, estas opacidades son imperceptibles y tienen mayormente un interés estético. Estudios recientes han comprobado que el público generalmente no nota o tiene objeciones con respecto a estos pequeños cambios en los dientes.

Siempre que se controlen cuidadosamente los niveles de consumo de fluoruro, este es un elemento que está considerado como una de las medidas de salud pública más importantes para mantener la salud oral.



UNIVERSIDAD FAVALORO

Autorizada provisionalmente por
Res. MC y E N° 1.246/92 y 1515/98

XVII JORNADAS INTERNAS Y I JORNADAS ESTUDIANTILES DEL A.A.O 26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2001.



Personería Jurídica 1232
Fundado en 1953

El Ateneo Argentino de Odontología invita a los colegas odontólogos y a los estudiantes de 4º y 5º año de la Carrera de Odontología a participar en sus XVII Jornadas Internas y I Jornadas Estudiantiles, de carácter interdisciplinario.

Horario: Viernes 26 de octubre de 8.30 a 17.00 hs y sábado 27 de octubre de 9.00 a 16.00 hs.

MODALIDAD:

Mesas Redondas - Conferencias - Posters - Prácticas quirúrgicas a través de circuitos cerrados.

Workshops - Resolución de casos clínicos para el práctico general.

LA PROBLEMÁTICA DIARIA PROFESIONAL SERÁ EL EJE TEMÁTICO DE LAS JORNADAS.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS YA CONFIRMADAS.

CONFERENCIAS

CIRUGÍA

Recursos Terapéuticos para la Preservación de Rebordes y Aumentos Oseos / Dr. Oscar Siscar.

El Riesgo de Conservar Dientes Retenidos Actitud Preventiva / Dres. Mario Daniel Torres, Edith Losoviz, Silvina Rabinovich.

DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES

Relatividad del Diagnóstico Cefalométrico, Crónica de un Estudio / Dras. Edith Losoviz, Sandra Chantiri.

Diagnóstico Diferencial en Asimetría Facial. ¿Siempre se trata? / Dra. Edith Losoviz.

DISFUNCION

Bruxismo. Concepción contemporánea. Uso de las Placas Intermaxilares / Lic. Fabián Castriota, Dr. Luis Zielinsky.

ENDODONCIA

Blanqueamiento / Dr. Juan Meer. - **Endodoncia y su relación con Prótesis** / Dra. Ada Schubaroff.

ESTOMATOLOGÍA

Halitosis en bocas aparentemente sanas / Dra. Isabel Adler.

ODONTOPEDIATRÍA

Conferencias Seriadadas / Docentes y cursantes del 3º año del Curso de Posgrado del A.A.O.

Dirección: Dra. Henja F. de Rapaport.

OPERATORIA DENTAL

Manejo de costos en el consultorio / Dra. Miriam Boldrini.

Mitos y realidades de la Oclusión en Operatoria / Dr. Adrián Fernández.

ORTODONCIA

Ortodoncia y Prótesis / Dra. Graciela Resnik.

Salud y Estética. Recursos Ortodóncicos en el Tratamiento del Paciente Adulto / Dra. Beatriz Lewkowicz.

Recursos útiles como coadyuvantes de Tratamientos de Ortodoncia / Dra. Sara Sneibrum.

Cefalometría. ¿Si o no? / Dras. Ester Ganiewich, Edith Losoviz.

Usos de arcos termoactivados / Dras. Marta Sarfatis, Myriam Davies.

Fuerzas Extraorales en el Tratamiento de las Disgnacias Dentomaxilares / Dres. Ana María Arden,

María Teresa Taborda, Carlos Vaserman, Roberto Stumo, Silvia Pesce, Luz Rojas Quintero.

Finalicé el tratamiento de ortodoncia. ¿Será estable? / Dres. Marta Sarfatis, Marcelo Rapaport, Alejandra López Guerrero, Nancy Song.

PERIODONCIA
Encía Artificial / Dr. Osvaldo Adrián.

PRÓTESIS
Sobredentaduras / Dres. Mario Beszkin, Juan Farina, Elena Morán. - **Prótesis fija sobre implantes** / Dr. Luis G. Caputo.
Prótesis completa / Dr. Luis G. Caputo. **Criterios de Selección y fundamentos Clínicos en la utilización de Materiales Dentales** / Dr. Rubén Cats.

MINICURSOS

ORTODONCIA
Minicurso de Arco Recto / Dra. Graciela Resnik.

POSTERS

ORTODONCIA
Tratamiento Ortodóncico combinando Aparatología fija y removible / Dra. Stella Maris Flores de Suárez.
Fuerzas extraorales en el tratamiento de las Disgnancias Dentomaxilares / Dres. Ana María Arden, María Teresa Taborda, Carlos Vaserman, Roberto Sturno, Silvia Pesce, Luz Rojas Quintero.

WORKSHOPS

ORTODONCIA
Fuerzas extraorales en el tratamiento de las Disgnancias Dentomaxilares / Dres. Ana María Arden, María Teresa Taborda, Carlos Vaserman, Roberto Sturno, Silvia Pesce, Luz Rojas Quintero.

CAPÍTULO ESTUDIANTIL

Se invita especialmente a los estudiantes de 4º y 5º año de la carrera de odontología a participar activamente presentando sus trabajos de investigación clínica.

ACTIVIDADES YA CONFIRMADAS

CONFERENCIAS

OPERATORIA DENTAL
Alternativas para la restauración de dientes tratados Endodónticamente / Sr. Lisandro Cauzillo (UBA).
Operatoria y Ortodoncia / Dres. Facundo Guardo, Ezequiel Zavala.
Composite en posterior. Técnicas para su aplicación / Dra. Ivana Pecora.

POSTERS

DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES
Disostosis Cleidocraneal / Dra. Silvina Rabinovich.

ESTOMATOLOGÍA
Penfigoide en el adolescente – Caso clínico / Sta. Carla Tetievsky (UBA).
Carcinoma espinocelular de piso de boca / Sta. Romina Iseruk, Sr. Ariel García Haner (UBA).

SALUD BUCAL
Condiciones de Salud para una vida socialmente productiva / Sr. Gustavo Papel, Sr Jorge Dettbarn.
Dra. Leticia Rueda (Asesora científica, UNLP).

PREVENCIÓN
Efectividad de los cambios curriculares en relación con la formación preventiva / Sr. Gustavo Papel, Dras. Leticia Rueda, Etel Mosconi, Nélida Coscarelli (UNLP).

ARANCELES: Odontólogos hasta 3 años de graduados y estudiantes: \$10. -Socios: \$ 20. -No socios:\$ 25

Inscripciones e informes sobre requisitos para presentación de trabajos y participación en exposiciones.
Anchorena 1176 (1425) Cap Fed. Tel/fax. 4962-2727. E.mail: ateneo@canopus.com.ar / www.ateneo-ortodoncia.org.ar

ATENCIÓN DE PACIENTES EN LAS CLÍNICAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

ORTODONCIA

Lunes de 9 a 11 hs - Martes de 9 a 11.30 hs.
Jueves de 9.30 a 12 hs y de 13 a 16 hs.
Viernes de 9.30 a 11.30 hs - Sábados, de 8.30 a 11 hs.

ORTODONCIA EN ADULTOS

Miércoles de 13 a 15.30 hs.

ORTOPEDIA

Lunes de 9 a 11 hs - Miércoles de 8.30 a 11 hs.
Viernes de 12.45 a 15 hs - Sábado de 9 a 12 hs.

SINA - SERVICIO INTERDISCIPLINARIO PARA EL NIÑO

Y EL ADOLESCENTE
Miércoles de 9.30 a 10.30 hs. (cada 15 días).

CIRUGÍA I

Martes de 8.30 a 10.30 hs - Sábados de 8.30 a 12 hs.

CIRUGÍA II

Jueves de 9 a 11 hs.

ENDODONCIA

Miércoles de 12 a 14.00 hs.

PERIODONCIA

Miércoles de 9.30 a 11.30 hs.

OCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Lunes de 10 a 12 hs.

DDF

DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES
12.30 a 15.30 hs. (martes cada 15 días).

OPERATORIA DENTAL

Lunes de 13 a 16 hs.

IMPLANTES I

Viernes de 9 a 11.30 hs.

SIRIA

SERVICIO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA
Lunes y sábados de 9 a 12 hs.

ODONTOPEDIATRÍA

Viernes de 9 a 11 hs.

PATALIN DENTAL

Productos y Equipamientos Odontológicos

Marcelo Patanelli

Dentaurum Argentina

Ortodoncia - Ortopedia - Prótesis

Matrices Metálicas

Matrices en acero inoxidable extrafino. Desarrolladas con exclusivo sistema de fijación incorporado para aplicación en restauraciones Clase II en composites y amalgama.

Ref. 4107 20 Matrices prémolares en acero
Ref. 4108 20 Matrices molares en acero.



Polimax Mini

Discos de fieltro natural impregnados con abrasivo ultra-delgado para pulimento de resinas, amalgama, metales, cerámica y esmalte dentario.

Ref. 3045 Polimax Mini 12 discos + 01 mandril
Ref. 3046 Polimax Mini Reposición 12 discos

Nogoyá 3851/53
V. del Parque (1417) Cap. Fed.

Tel.: 4504-0901/01 (L. Rot.)
Tel./Fax: 4504-0965

Eops: Evidencia observada en el paciente. Infección intrabucal por helicobacter en paciente de sexo masculino.

Adler Isabel*, Denninghoff Valeria**, Alvarez María Inés*, Javier Pecollo**, Eduardo Neffen**,
Avagnina Alejandra** y Elsner Boris**.

Resumen

El *Helicobacter pylori* es una bacteria espiralada Gram negativa anaerobia que coloniza la mucosa gástrica. Algunos investigadores sugieren que la cavidad oral es reservorio del *Helicobacter pylori*, teniendo implicancia en la reinfección.

Objetivo. Determinar si el *Helicobacter pylori* puede ser agente etiológico del ardor lingual y halitosis.

Presentación del caso. Paciente varón de 35 años consulta por halitosis y ardor bucal, acompañado de epigastralgia. Presenta hiperplasia de papilas filiformes en dorso lingual con exámen micológico negativo. La biopsia gástrica demostró una gastritis crónica en actividad por *Helicobacter pylori*. Se realizó la biopsia parcial del área lingual afectada para estudio histopatológico y determinación del *Helicobacter pylori* por Biología Molecular.

Resultados. Histológicamente, la lesión lingual presentaba acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis, identificándose con técnica de Giemsa bacterias espiraladas compatibles con *Helicobacter pylori* adheridas a la superficie de las células epiteliales. La técnica de PCR permitió detectar la presencia del ADN del *Helicobacter pylori*. Mediante tratamiento antibiótico local se logró la remisión de la sintomatología.

Conclusión: Los resultados obtenidos sugieren un rol etiológico para el *Helicobacter pylori* en esta patología. Creemos necesario ampliar el tamaño de la población con efecto de dilucidar si el *Helicobacter pylori* esta relacionado etiológicamente del ardor lingual y halitosis.

Palabras claves:

Helicobacter pylori, ardor lingual, halitosis.

Summary

Helicobacter pylori is a gram-negative anaerobic helical organism involved in colonization of the gastric mucosa. The oral cavity has been suggested to be the reservoir of *Helicobacter pylori* with implications in reinfection.

Objective. To determine whether *Helicobacter pylori* can be an etiologic agent of glosopyrosis and halitosis.

Case description. A 35-year-old male patient presented with halitosis and oral discomfort accompanied by epigastralgia. On the dorsum of his tongue has filiform papilla hyperplasia. Negative mycologic examination was obtained. Gastric biopsy showed chronic gastritis due to *Helicobacter pylori*. Partial biopsy of the affected lingual area was taken for pathological analysis and to determine the presence of *Helicobacter pylori* through molecular techniques.

Results. Histological examination revealed acanthosis, papillomatosis and hyperkeratosis in the lingual lesion. Helical bacteria consistent with *Helicobacter pylori* and adhered to the surface of the epithelial cells were identified with the Giemsa method. Polymerase chain reaction technique allowed the detection of the *Helicobacter pylori* DNA. Local antibiotic therapy contributed to the remission of symptoms.

Conclusion. Our results suggest that *Helicobacter pylori* has an etiologic role in this condition. A larger population is required to confirm the results obtained in our case report and to determine if *Helicobacter pylori* is etiologically associated with glosopyrosis and halitosis.

Key words.

Helicobacter pylori, lingual discomfort, halitosis.

INTRODUCCION

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad concurre al Servicio de Estomatología del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) derivado por su médico clínico con halitosis y ardor bucal, el cual se hallaba exacerbado en lengua. Manifiesta que el tiempo de evolución de este cuadro clínico es de 12 meses. Revela que no fuma ni bebe alcohol, no recibe medicación y presenta ardor gástrico. Antecedentes de colecistectomía.

EXAMEN ESTOMATOLOGICO

Ausencia de caries, restauraciones dentales con amalgama no corroídas e higiene óptima. La exploración clínica de las glándulas parótidas y submaxilares arrojan resultado positivo. En dorso lingual (sector medio y posterior) se encontró hiperplasia de papilas filiformes con una coloración parduzco-amarillenta (Fig. 1).

Figura 1: En dorso lingual sector medio-posterior se observa hiperplasia papilar de coloración parduzco-amarillenta.



DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: CANDIDIASIS.

La rutina de laboratorio (hemograma, eritrosedimentación, glucemia, uremia, uricemia, colesterolemia) arroja resultados dentro de los valores normales. En el hisopado del dorso lingual se realizó para confirmar el diagnóstico presuntivo un examen microscópico en fresco con Hidróxido de Potasio donde no se observaron elementos micóticos y un cultivo donde no se obtuvo desarrollo microbiano. Dado el cuadro clínico y los resultados de los estudios solicitados se decidió hacer una búsqueda de la evidencia disponible para indagar otras alternativas diagnósticas y poder establecer la etiología de la afección del paciente.

PREGUNTAS QUE GENERÓ EL PACIENTE

Paciente con halitosis y ardor bucal con hiperplasia de papilas filiformes en dorso lingual y examen micológico negativo (Población).

¿ Existe algún agente etiológico conocido que provoque un cuadro clínico bucal-gástrico como el descrito? (Resultado).

¿El *Helicobacter pylori* puede ser la causa del ardor en la mucosa bucal-gástrica? (Resultado).

BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA

Se efectuó en COCHRANE DATABASE, Oral Health Group's (On line) una búsqueda de estudios relevantes. Los resultados obtenidos en la búsqueda fueron negativos. La búsqueda en PUBMED se realizó empleando filtros (QUERIES) y límites metodológicos tales como: saliva, placa dental, placa dental y saliva, patologías orales. Se seleccionaron 16 trabajos. No se incluyeron los trabajos con poblaciones menores a 20 pacientes.

HELICOBACTER PYLORI

El *Helicobacter pylori* es una bacteria espiralada Gram Negativa micro anaerobia, que se caracteriza por sintetizar diferentes enzimas: la ureasa hidroliza la urea produciendo amonio brindándole protección, la catalasa descompone el agua oxigenada en agua y oxígeno y la oxidasa que tiene la capacidad de oxidar. Coloniza la mucosa gástrica (esófago, duodeno y divertículo de Meckel) gracias a la movilidad que le brindan sus flagelos polares¹. Fue aislado por Barry Marshall y Robin Warren del Royal Perth Hospital de Sydney, Australia, en biopsias gástricas, quienes lo consideraron patógeno en 1982 y denominaron *Campilobacter pyloridis*². Al conocerse en 1997 su código genético se denomina *Helicobacter pylori* a la especie hallada en el hombre³. La existencia de dos genes: Vac-A y Cag-A determinan la virulencia de la bacteria pues codifican la producción de una citotoxina vacuolizante responsable del edema y de la destrucción celular. Su infección produce una inflamación progresiva que puede adquirirse en la infancia y permanecer asintomática durante muchos años⁴. La infección adquirida por *Helicobacter pylori* está asociada fundamentalmente a cinco patologías: gastritis antral tipo B, úlceras duodenales, úlceras gástricas, adenoma gástrico y neoplasias gástricas (carcinoma y linfoma MALT)⁵. La OMS (IARC) en 1994 lo considera dentro de

12 RAAO • Vol. XL / Núm. 2 • Mayo - Agosto de 2001

los agentes carcinógenos TIPO 16. La prevalencia de la infección en Latinoamérica tiene una media de un 60-80% ⁷. El interrogante que surge es de qué modo se transmite. Algunos investigadores han sugerido que la diseminación oral sería la principal vía del *Helicobacter pylori* y tanto la

placa dental como la saliva podrían actuar como reservorio y tener implicancias en la reinfección una vez erradicada la bacteria ¹³.

Resumen de los trabajos seleccionados:

A - PLACA (Tabla 1)

AUTOR (PLACA)	SHAMER 1989 (15)	MAJMUDAR 1990 (13)	DÁLESANDRO 1992 (12)	BANATVALA 1993 (9)	BANATVALA 1994 (10)	BUTT 1999 (11)
POBLACION	29 CON PG	40*BNSE/ CON PG	29 CON PG	21 NIÑOS SIN PG	54 CON PG	G1: 178 D- G2: 30 D+
TOMA DE MATERIAL	RASPADO	RASPADO	RASPADO	RASPADO	RASPADO	RASPADO
DIAGNOSTICO	CULTIVO	CULTIVO	CULTIVO	PCR	CULTIVO PCR	CULTIVO CITOLOGIA
RESULTADOS	1/29= 3.4%	40/40= 100%	16/20=80%	18/21= 85%	54/0= 0% 39/54=72%	G1: 173/178 G2: 7/20= 35%
PAIS	CANADA	INDIA	ITALIA	INDIA	INDIA	PAKISTAN

B - PLACA Y SALIVA (Tabla 3)

AUTOR (AFTAS)	KRAJEN 1989 (16)	SHIMADA 1994 (17)	SONG-ADLER 2000 (18)
POBLACION	71 CON PG	100	42 CON PG
TOMA DE MATERIAL	RASPADO	RASPADO	RASPADO
DIAGNOSTICO	42 CON PG	PCR	PCR
RESULTADOS	1/71: 1.4%	27/100: 27%	41/42: 97%
PAIS	CANADA	JAPON	ALEMANIA

A - PLACA (Tabla 2)

AUTOR (PLACA)	CORTI 1998 (8)	MATTANA 1998 (14)
POBLACION	20 CON PG	62 SIN PG
TOMA DE MATERIAL	RASPADO	RASPADO
DIAGNOSTICO	CULTIVO	CULTIVO
RESULTADOS	1/20=5%	1/62= 1.6%
PAIS	ARGENTINA	ARGENTINA

C - AFTAS (Tabla 4)

AUTOR (AFTAS)	LEIMOLA 1995 (16)	PORTER 1997 (22)	BIREK 1999 (20)	AVCI BEHCET 1999 (19)
POBLACION	29 AFTAS-HIV+	75 AFTAS 15 ULCER. 41 NO-ULCER. 27 DOLOR 25 CONTROL	23 CANADA 16 ITALIA HIV +	G1: 49 CON UG G2: 20 CON PG
TOMA DE MATERIAL	BIOPSIA	SANGRE	H. AFTA PAC. SALIVA	SANGRE
DIAGNOSTICO	GIEMSA- PCR	IgG	PCR	IgG
RESULTADOS	6/29: 20% 14 GIEM.+	NDS>0.05	32/39:71% NEG. EN S-P	41/43: 83% 13/20: 65%
PAIS	FINLANDIA	LONDRES	CANADA	TURQUIA

D - DISTINTAS PATOLOGÍAS ORALES (Tabla 5)

AUTOR	MRAVAK DIST. PATOLOGÍAS 1998 (23)
POBLACION	161 CP / 20 SP
TOMA DE MATERIAL	CEPILLADO
DIAGNOSTICO	PCR
RESULTADOS	NSD
PAIS	CROACIA

Los resultados de estos trabajos nos mostraron que la patogenicidad del *Helicobacter pylori* en boca es controversial pues la prevalencia oscila entre el 0-100% y ninguno de ellos abordó la problemática de nuestro paciente.

RESOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

En la recolección de placa supragingival de la superficie bucal y lingual de los cuatro primeros molares, la detección del *Helicobacter pylori* por técnica de PCR fue negativa. Con el consentimiento del paciente se realizó la biopsia parcial del área afectada (dorso lingual).

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

La biopsia de la lesión lingual presentaba en el epitelio escamoso acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis. Las células escamosas de los estratos medio y superficial mostraban vacuolización citoplasmática y cambios degenerativos citoplasmáticos y nucleares. Adheridas a la superficie epitelial se observaban grandes colonias bacterianas. Con la técnica de Giemsa se observó tinción positiva de las colonias bacterianas previamente descriptas, identificándose bacterias espiraladas compatibles con *Helicobacter pylori* adheridas a la superficie de las células epiteliales. En el corion existía un moderado infiltrado linfocitario (Fig. 2 y 3).

BILOGIA MOLECULAR

La detección de *Helicobacter pylori* mediante la técnica de la Reacción en Cadena de la polimerasa (PCR) con primer secuencia-específicos para un antígeno especie-específico esta ampliamente descripta en biopsias gástricas. Purificación de ADN. Se purificó ADN a partir de cortes de 7 mm de la biopsia del dorso lingual del paciente en



Figura 2: Epitelio escamoso lingual con papilomatosis, acantosis e hiperqueratosis. En la superficie se observan colonias bacterianas. Hematoxilina-Eosina, 100X.

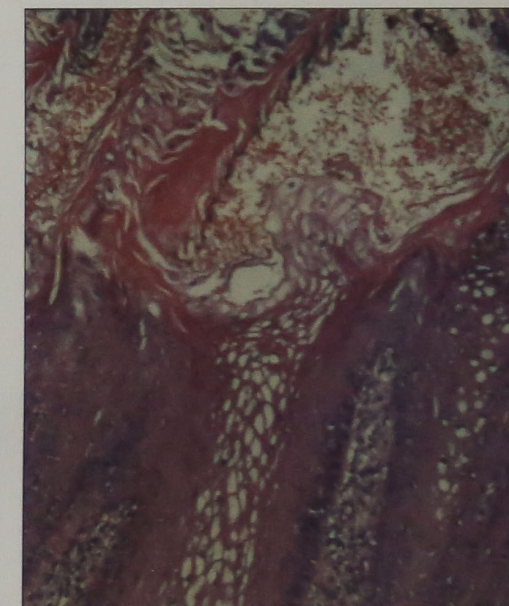


Figura 3: En la superficie de la biopsia se observan numerosas colonias bacterianas. Las células escamosas de los estratos superficiales del epitelio muestran vacuolización citoplasmática. En la porción superficial del corion se observa infiltrado crónico, compuesto principalmente por linfocitos. Hematoxilina-Eosina, 250X.

estudio previamente fijada en formaldehído neutro al 10% e incluida en parafina. Se removió la parafina con Xilol-Etanol 100%. La muestra fue digerida en Buffer-PK (100mM Tris ClH-ph=8, 25mM EDTA, 0.5 % SDS, 0.01% PK) a 42 °C ON. Las fracciones lipo-proteicas fueron extraídas con Fenol-Cloroformo-Isoamílico. El ADN purificado fue precipitado con C1Na/Isopropanol y resuspendido en T10E1.

Amplificación por la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). Se analizó la presencia del genoma del *Helicobacter pylori* con primers secuencia-específicos homólogos a una región que codifica para el antígeno especie-específico, cuya secuencia nucleotídica fue la siguiente:

Primer HP3: (5'-TGGCGTGTCTATTGACAGCGAGC-3') y **Primer HP4:** (5'-CCTGCTGGGCATACCTTCAC-CATG-3') que se identifican con los residuos 474 al 496 y 776 al 754 respectivamente. Se amplificó en iguales condiciones un fragmento de 110 pb del gen de la beta-globina humana como control de amplificación, para verificar la ausencia de inhibidores de la PCR en la muestra. Se contaba con control positivo y control negativo. Las PCR fueron evaluadas mediante electroforesis en geles de poliácridamida al 9% en buffer TBE 1X y visualizadas con Bromuro de Etidio bajo luz UV. Los controles positivo, negativo y de amplificación dieron los resultados esperados (Fig. 4).

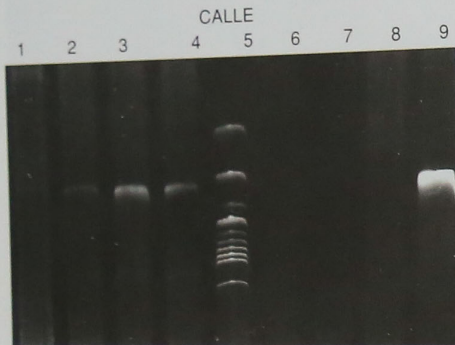


Figura 4: Corrida electroforética en gel de poliácridamida al 9% del producto de amplificación por PCR de la región que codifica para el antígeno especie-específico del *Helicobacter pylori* (298 pb).

Calle 1: control positivo.

Calle 2: control negativo.

Calle 3: blanco de amplificación.

Calle 5: ladder 100pb como marcador de PM.

Calle 6-9: muestra en estudio con ADN en concentración decreciente.



Figura 5: Hiperplasia papilar al momento de la consulta.

Por otro lado se realizó la identificación de HPV en la biopsia lingual obteniéndose un resultado negativo para tal determinación.

Con estos resultados se decidió la interconsulta con gastroenterología donde se realizó una endoscopia cuyo diagnóstico fue gastritis erosiva leve y el estudio histopatológico demostró la presencia de *Helicobacter pylori*. Se decidió la administración de antibiótico local (lesión lingual) y triple terapia (lesión gástrica), acompañado de terapia antimicótica local profiláctica. Se logró la resolución de la lesión lingual (hiperplasia papilar y mancha parduzca) y la desaparición de la sintomatología que motivo la consulta (ardor, halitosis, gusto amargo, sensación de boca pastosa), (Fig. 5 y 6). La patología gástrica se consideró resuelta a los 6 meses con la negatividad del Test del aire espirado.



Figura 6: Evolución favorable a los 15 días postratamiento.

CONCLUSION

Los trabajos existentes hasta el presente son controversiales en cuanto a la presencia del *Helicobacter pylori* en la cavidad bucal. Los resultados indican una prevalencia que oscila entre un 0% y un 100%. Esta disparidad podría relacionarse con las características de las distintas poblaciones estudiadas (con o sin patología gástrica, hábitos de higiene oral, etc) y a la sensibilidad y especificidad de las técnicas empleadas para la detección del *Helicobacter pylori*. Los cambios hallados en la biopsia lingual del paciente consistieron en una hiperplasia del epitelio escamoso, con alteraciones degenerativas de las células de los estratos superficiales consistentes sobre todo en la vacuización citoplasmática. Las colonias bacterianas en las que se identificó el *Helicobacter pylori* estaban en estrecho contacto con la lesión epitelial descripta. En el corion existía infiltrado linfocitario, similar al que aparece en el estómago como consecuencia de la infección por *Helicobacter pylori*. La técnica de PCR desarrollada permitió identificar al *Helicobacter pylori* en la muestra analizada. Los resultados obtenidos de nuestro paciente sugieren ampliar el tamaño de la población con efecto de dilucidar si el *Helicobacter pylori* esta relacionado con la etiología de la patología descripta.

BIBLIOGRAFIA

1. WORKU M, SIDEBOTHAM R, WALKER M, KESHAVARZ T and KARIM Q. The relationship between *Helicobacter pylori* motility, morphology and phase of growth: implications for gastric colonization and pathology. *Microbiology* 145:2803-2811;1999.
 2. WARREN J, MARSHALL B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1:1273-1275;1983.
 3. TOMB J, WHITE O et al. The complete genome sequence of the gastric pathogen *Helicobacter pylori*. *Nature* 388:539-547;1997.
 4. MARSHALL B. *Helicobacter pylori*. *Am J Gastroenterol* 89:116-128;1994.
 5. LAMBERT J, LIN S, ARANDA J. *Helicobacter pylori*. *Scand J Gastroenterol* 30:22-46;1995.
 6. TSUJI S, TSUJI M, TSUN W et al. *Helicobacter pylori* and gastric carcinogenesis. *J Clin Gastroenterol* 25:186-197;1997.
 7. LORENC L. *Helicobacter pylori*. *Presencia Bioquímica*:9-16;1996.
- ### A - PLACA
8. AMÁNDOLA R, ROLDÁN CD, MORGADE L, SOLAGNA A, LINEADO A, MUSI AO, VALERO J, ZERBO O, KOGAN Z, FERRO FE, SCHENONE L, CORTI R. Es la placa dentaria reservorio habitual de *Helicobacter pylori*? *Acta Gastroenterol Latinoam* 28:199-201;1998.
 9. BANATVALA N, LOPEZ CR, OWEN R, ABDI Y, DAVIES

G, HARDIE J, FELDMAN R. *Helicobacter pylori* in dental plaque. *Lancet* 341:380;1993.

10. BANATVALA N, ABDI Y, CLEMENTS L, HERBERT AM, DAVIES J, BAGG J, SHEPHERD JP, FELDMAN RA, HARDIE JM. *Helicobacter pylori* infection in dentists: a case-control study. *Scand J Infect Dis* 27:149-151;1995.

11. BUTT AK, KHAN AA, BEDI R. *Helicobacter pylori* in dental plaque of Pakistanis. *J Int Acad Periodontol* 1:78-82;1999.

12. D' ALESSANDRO. Comparison of three different methods for evaluation of *Helicobacter pylori* (HP) in human dental plaque. *Boll Soc Ital Biol* 68:769-773;1992.

13. MAJUMDAR P et al. Isolation of *Helicobacter pylori* from dental plaque in healthy volunteer. *Indian J Gastroenterol* 9:271-272;1990.

14. MATTANA CM, VEGA AE, FLORES G, DE DOMENICO NI AG, DE CENTORBI ON. Isolation of *Helicobacter pylori* from dental plaque. *Rev Argent Microbiol* 30:93-95;1998.

15. SHAMER et al. Evidence for the occurrence of the same strain of *Campylobacter pylori* in the stomach and dental plaque. *J Clin Microbiol* 27:2849-2850;1989.

B - PLACA Y SALIVA

16. KRAJEN et al. Examination of human stomach biopsies, saliva and dental plaque for *Campylobacter pylori*. *J Clin Microbiol* 27:1397-1401;1989.

17. SHIMADA et al. Detection the *Helicobacter pylori* in gastric biopsies, gastric juice, saliva, dental plaque and feces by polymerase chain reaction. *Gastroenterology* 106:178;1994.

18. SONG Q, LANGE T, SPAHR, ADLER G; BODE G. Characteristic distribution pattern of *Helicobacter pylori* in dental plaque and saliva detected with nested PCR. *J Med Microbiol* 49:349-353;2000.

C - AFTAS

19. AVCI et al. *Helicobacter pylori* and Behçet's Disease. *Dermatology* 199:140-143;1999.

20. BIREK et al. Detection of *Helicobacter pylori* in oral aphthous ulcers. *J Oral Pathol Med* 28:197-203;1999.

21. LEIMOLA et al. Cytomegalovirus (CMV) and *Helicobacter pylori* (HP) found in oral mucosal ulcers. *J Oral Pathol Med* 24:14-17;1995.

22. PORTER SR, BARKER GR, SCULLY C, MACFARLANE G, BAIN L. Serum IgG antibodies to *Helicobacter pylori* in patients with recurrent aphthous stomatitis and other oral disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 83:325-328;1997.

D - OTRAS PATOLOGÍAS ORALES

23. MRÁVAK et al. Detection of *Helicobacter pylori* in various oral lesions by nested polymerase chain reaction (PCR). *J Oral Pathol Med* 27:1-3;1998.

Dirección de los autores:

Galván 4102 (1421) Capital Federal

e-mail: liadler@intramed.net.ar

Morbilidad bucal y perfil de atención odontológica en preescolares y escolares del Área Programática del Hospital Parmenio Piñero.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Dra. Lucila Pazos Hernández**, Dr. Alberto Pascual Valente.***

Resumen

Se realizó un estudio epidemiológico en noviembre de 1999, en una muestra de 240 niños, preescolares y escolares de tres jardines de Infantes (niños de 5 años de edad) y tres escuelas primarias (niños de 12 años de edad) del Área Programática del Hospital P. Piñero, util índice ceo-d y CPO-D respectivamente.

Paralelamente se realizó una encuesta a los padres de familia sobre las características de atención odontológica recibida por los preescolares y escolares según tipo de efector. Los objetivos fueron conocer el estado de salud bucal y perfil de atención odontológica previa, así como describir algunas características de calidad de los servicios odontológicos recibidos.

- La prevalencia de caries dental en preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad, corroboró un índice ceo-d para dientes deciduos o temporales de 4.1, y un índice CPO-D de 4.5 promedio por persona, lo que equivale a una prevalencia moderada y alta respectivamente. La caries dental presenta gran magnitud en la población ya que el 77.5% de preescolares y el 88% de los escolares examinados presentan por lo menos una experiencia de caries. El 79.5% de los primeros molares permanentes presentaron caries.
- De los examinados el 30% a los 5 años de edad y el 10% a los 12 años de edad, nunca tuvieron experiencia de atención odontológica.
- Existe mayor necesidad de atención para la población de 5 años de edad, a pesar de tener un índice de caries levemente menor que los escolares.
- Pese a que el componente caries en los índices epidemiológicos era el 88% y 78% de los preescolares y escolares respectivamente, los padres con-

Summary

In november 1999, an epidemiologic study was carried out, taking a sample of 240 preschool and school children from three kindergartens (5 years old children) and three primary schools (12 years old children) which belong to the Programmatic Area of Parmenio Piñero Hospital, using dmft and DMF-T indexes respectively.

Correspondingly, an inquiry was made among their parents, about the features of dental assistance those preschool and school children had received, according to the type of acting service.

The aim was to know their previous oral health level dental assistance profile, as well as to describe some features of the grade of such dental services. The prevailing dental caries in preschool 5 years old children and in school 12 years old children corroborated a dmft index for deciduous teeth or temporary teeth of 4.1 and a DMF-T index of 4.5 average per capita, which is equivalent to a moderate or high prevalence respectively. Dental caries largely appear in this sample, as 77% of preschool children and 88% of school children show at least one experience of caries. 79.5% of first permanent molars showed caries.

Among the surveyed children, 30% at 5 and 10% at 12 have never had a dental assistance experience. Need of dental assistance is greater among 5 years old children, even though they have an index of caries slightly lower than school children. Notwithstanding the caries component in epidemiologic indexes was 88% and 78% in preschool and school children respectively, parents believe that the assistance they received has covered all their assistance needs in a 75% and 90% respectively.

Bucal de México.

*** Diplomado en Salud Pública. Ex-director Nacional de Odontología de Argentina.

- Recibido para su publicación Abril 2001.

sideran que la atención recibida cubrió en un 75% y 90% respectivamente, todas sus necesidades de atención.

- La mayor demanda de atención la constituyó (70% y 80%) el Hospital Público con sus centros periféricos y las Obras Sociales. Al servicio privado solo concurre el 10%.

- Los servicios odontológicos, son oportunos en la atención de los pacientes, si consideramos el tiempo de demora. Sin embargo no son oportunos en su intervención, dados los índices epidemiológicos encontrados.

- Los servicios en un gran porcentaje identifican las necesidades de atención de los usuarios que acuden a estos servicios, pero no son tratadas.

Palabras claves

- CPO-D y CEO-D índices epidemiológicos - Atención odontológica previa - Calidad de los servicios odontológicos-

INTRODUCCION

Las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública. Según estudios realizados en diferentes países¹, entre las enfermedades bucales de mayor importancia sanitaria, por su magnitud, se encuentra la caries dental y las parodontopatías.

De acuerdo a los datos internacionales¹ que existen se puede mencionar que la caries dental afecta al 95% de la población general de América Latina y el Caribe y que el porcentaje de población menor de 12 años, afectada con caries dental en La República Argentina es del 85%. Para atender este problema en gran parte de los países en desarrollo, se han valido normalmente de una red de prestación de servicios asistenciales con mínimas medidas preventivas. Esta red se conforma con la participación del sector público, la seguridad social, el sector privado y el sector educativo (donde existen instituciones formadoras de recursos humanos) No obstante estos servicios son insuficientes y en muchos casos poco adecuados para atender las necesidades de la comunidad.

Las instituciones de salud no escapan a la crisis económica nacional e internacional, por lo cual la falta de acciones preventivas y la infraestructura de servicios odontológicos, no se ajustan a las condiciones del momento para satisfacer las necesidades de salud bucal que presenta la población.

Los estudios epidemiológicos de caries dental en los cuales se ha medido la variación del indicador promedio

The greater assistance demand was found at Public Hospitals with their peripheral centers, and at Health Care Systems (70% and 80%). Only 10% attends private service.

Dental services are suitable as to the assistance of patients, if delay is taken into account. However, they are not suitable as to their intervention an account of epidemiologic indexes found. A great percentage of services identify the assistance demands of users attending them, but those demands are not met.

Key words

DMF-T and dmft-t epidemiologic indexes - Previous dental assistance - Grade of dental services.

de dientes afectados por individuo, es decir índice de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados en su componente para dentición permanente (CPO-D) y para dentición temporal el índice de dientes cariados, con extracción indicada y obturados (ceod), ha demostrado que a medida que aumenta la edad, se incrementan los valores del indicador, iniciándose el ataque de caries prácticamente desde el comienzo del proceso de erupción dentaria, con mayores aumentos en algunas edades determinadas.

La salud y enfermedad bucal de un individuo, es la resultante de sus condiciones específicas; respuesta inmune, exposición a determinados agentes bacterianos, dietas ricas o carentes de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos, disponibilidad de conocimiento sobre los problemas bucodentales, su práctica en salud, su acceso a los servicios de salud y tipo de servicios y medidas de prevención asequibles. Estas últimas a su vez dependen de las prioridades y asignaciones de recursos otorgados por el Estado, con base en su política y planes de salud o por la existencia de programas no estatales, así como por la modalidad de práctica odontológica vigente, donde la fragmentación del sistema de atención es un elemento que actúa negativamente.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Considerando la magnitud de los problemas de salud bucal (registrados por los odontólogos) que padece la po-

* Presentado en el 21º Congreso de la Asociación Argentina de Odontología para Niños - Septiembre 2000.

** Diplomada en Salud Pública y en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Ex-responsable del Programa Nacional de Salud

blación Argentina, el tipo de servicios odontológicos asistenciales que se proporcionan y a la escasez de recursos disponibles para programas nacionales (preventivos), se puede asegurar que las enfermedades bucales representan un problema de salud pública, que debe atenderse con prioridad e integridad. Por lo anterior, es necesario continuar estudiando la salud bucal que presenta la población, para conocer los cambios y efectos que resultan de la tendencia de las enfermedades y del tipo y las técnicas de tratamiento utilizadas, para contar con datos actualizados y más precisos que permitan planificar programas de prevención y perfiles de servicios que contribuyan a disminuir los índices de las patologías y no solo se modifiquen los componentes de estos.

OBJETIVO

Los objetivos que se contemplaron en el presente estudio fueron:

- 1- Determinar el índice CPO-D y ceo-d de la muestra de preescolares y escolares seleccionados para la investigación.
- 2.- Describir los componentes individuales del índice global para conocer la severidad del daño y los niveles de tratamiento básico recibido.
- 3.- Conocer el perfil de atención odontológica previa, en la muestra de preescolares y escolares de las escuelas elegidas para la investigación.
- 4.- Describir las características de integridad, oportunidad, continuidad y calidad sentida de los servicios odontológicos recibidos por los preescolares y escolares, de acuerdo a lo manifestado por los padres de la población que participa en la investigación.

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal², en el cual el universo lo constituyó una población de 240 preescolares y escolares de sexo femenino y masculino, 120 preescolares de 5 años de edad y 120 escolares de 12 años edad, distribuidos en tres jardines de niños y tres escuelas primarias oficiales seleccionadas para el estudio, del Área Programática del Hospital P. Piñero, en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina en noviembre 1999.

Para obtención de la muestra se consideraron algunos elementos de la metodología exploratoria, siguiendo los criterios del método básico para encuestas de salud bucal

que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ y la Federación Dental Internacional (FDI).

El método usado es una técnica de muestreo por estratificación de grupos, con la finalidad de considerar los grupos poblacionales más importantes en los que existen diferentes niveles de la enfermedad, y cubrir un número estándar de individuos de cada grupo de edad en cada lugar elegido.

Los escenarios de muestreo se seleccionaron siguiendo dos criterios:

- 1.- que proporcionen resultados sobre grupos poblacionales que difieran en tipo de dentición y en grados de enfermedad.
- 2.- que respondan a niveles socioeconómico medio, medio bajo y bajo de acuerdo a los datos que maneja el programa de salud escolar del área Programática del Hospital.

Los grupos de edad que se incluyeron en el presente estudio fueron los siguientes:

- a) Grupo de 5 años: En este grupo de edad encontramos la dentición temporal exclusivamente, lo que permitió conocer la prevalencia y severidad de la caries dental y atención recibida en etapa temprana.
- b) Grupo de 12 años: Se seleccionó como la edad patrón para monitoreo global de caries, para comparaciones internacionales, y para monitoreo de las tendencias de la enfermedad, considerando que a esta edad, ya están presentes la mayoría de los dientes permanentes.

GRUPO ETARIO	INSTITUCIÓN	Nº DE PERSONAS	TOTAL
5 AÑOS	Jardín de infantes Nº 2	40	
	Jardín de infantes Nº15	40	
	Jardín de infantes Nº24	40	
	Número de niños de 5 años		120
12 AÑOS	Escuela primaria Nº 4	40	
	Escuela primaria Nº 15	40	
	Escuela primaria Nº 24	40	
	Número de niños de 12 años		120
Total de la muestra			240

Para realizar el cálculo de la muestra se consideraron los siguientes parámetros y restricciones¹:

- La prevalencia de caries dental estimada para la Argentina fue del 85%, de acuerdo a los datos de la OMS y FDI, y se clasificó como prevalencia moderada.
- Con base en una prevalencia moderada se calculó una muestra para cada grupo de edad y escuela que participa de 40 unidades de observación de acuerdo a la metodología utilizada.
- El nivel de precisión para la estimación de CPO-D por tamaño de muestra de ± 0.5 de acuerdo a la metodología que se consideró.

La muestra quedó conformada en 40 unidades de observación en cada conglomerado en estudio, lo que nos dio como resultado un total de 6 conglomerados con una muestra total de 240 personas, quedando distribuidos de la siguiente manera.

Las variables consideradas en el presente estudio fueron:

- a) Variables cualitativas o atributos.
 - Sexo.
 - Ocupación (responsable económico de familia).
 - Tipo de servicio por el que recibió atención odontológica.
 - Motivo por el cual solicitó atención odontológica.
 - Necesidades de atención cubiertas por el servicio de odontología.
 - Información proporcionada por el odontólogo sobre la atención y cuidado bucal.
 - Satisfacción sentida por la atención odontológica recibida.
- b) Variables cuantitativas discretas y continuas.
 - Nivel de instrucción (Madre).
 - Prácticas de salud (Cepillado dental).
 - Índice epidemiológico CPO-D y ceo-d.
 - Tiempo transcurrido de la última atención odontológica.
 - Demora en la atención odontológica de preescolares y escolares.
- c) Criterio de inclusión para la selección de preescolares y escolares:
 - Preescolares de 5 años de edad de sexo femenino y masculino con dentición temporal exclusivamente.
 - Escolares de 12 años de edad de sexo femenino y masculino.

La captación de los datos se realizó por medio de encuestas individuales (estado de salud bucal y perfil de atención odontológica recibida) y la técnica aplicada fue

* Dra Patricia Mancini. Salud Escolar Área programática del Hospital P. Piñero.

la entrevista y el examen bucal individual (de acuerdo al criterio diagnóstico internacional) y un cuestionario estructurado sobre la atención odontológica recibida por los niños, el cual fue enviado a los padres de familia para su respuesta (considerando las características de calidad de los servicios⁴).

Para la descripción de los índices epidemiológicos se utilizó un sistema de codificación numérico para registrar el estado de la dentición permanente y un sistema de codificación alfabética para los dientes deciduos (de acuerdo al criterio internacional⁵).

Los recursos humanos que participaron en el estudio fueron: Para el trabajo realizado en las escuelas participaron tres odontólogos, dos en el levantamiento de los índices epidemiológicos para el estudio diagnóstico de salud bucal (examen y registro) y el tercer odontólogo* realizó y organizó el material que se entregó a los preescolares y escolares para la promoción de la salud bucal.

El material utilizado fue: cuestionarios para la encuesta epidemiológica y para la encuesta de perfil de atención odontológica, espejos bucales planos descartables y exploradores, baja lenguas, toallas de papel y jabón, recipientes para instrumental descartable, gasa para remover resto de alimentos, compresas, bolsas de residuos, lámpara y cepillos dentales que se entregaron a todos los niños examinados, así como material de oficina. El costo del estudio fue solventado por los odontólogos investigadores.

EJECUCIÓN

Para el relevamiento del estudio, las escuelas se seleccionaron con relación a los datos proporcionados por el programa de Salud Escolar, de acuerdo a la clasificación socioeconómica de cada zona, de tal forma que se eligió un Jardín de Infantes y una escuela primaria pública de una zona socioeconómica baja, media baja y media.

Con el apoyo de los directores y docentes de cada escuela, se obtuvieron de listas y registros escolares los niños que cumplían con la edad de los grupos etarios seleccionados para el estudio.

Fueron incluidos en la encuesta grupos de 5° y 6° de cada escuela de educación primaria y 3° de cada jardín de infantes, en forma aleatoria se eligieron alumnos de sexo femenino y masculino que cumplían con la edad y criterio establecido.

Durante el examen bucal se proporcionó a todos los

niños examinados que requerían atención, un listado de instituciones con servicios odontológicos (con las que se estableció coordinación previa) donde podían acudir para la resolución de su patología.

El levantamiento de datos lo realizaron dos odontólogos calibrados que cumplieron con lo estipulado en el protocolo de investigación de acuerdo a los criterios internacionales.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La información revisada pasa al procesamiento de datos y tratamiento estadístico por medio de programas de computación. Las técnicas utilizadas en el análisis del estudio fueron: frecuencias relativas para la escala cualitativa como proporciones y porcentajes. Para la escala cuantitativa se utilizaron porcentajes, medidas de tendencias centrales (promedio y modo) y medidas de dispersión (desviación estándar, curva normal) y datos de asociación en diferente tipo de escala.

RESULTADOS

Durante el estudio se visitaron tres Jardines de Infantes y tres Escuelas Primarias del Área Programática del Hospital P. Piñero, se examinaron un total 120 preescolares (niños de 5 años de edad) y 117 escolares (niños de 12 años de edad) por la inasistencia de algunos escolares.

Cuadro 1
Relación porcentual de población examinada por sexo. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs. As. 1999.

Examinados	Por Sexo		% Total
	Femenino	Masculino	
Preescolares	48.3%	51.7%	100%
Escolares	56.9%	43.1%	100%

En los porcentajes presentados se observa que existe una relación aceptable en la proporción de los dos grupos de edad, según el sexo en la muestra seleccionada. Frecuencia de cepillado dental:

Para esta variable se realizó la evaluación basándose únicamente en la frecuencia de cepillado que respondieron

los propios escolares encuestados, sin incluir el examen bucal. Los preescolares no se incluyeron en esta variable, por considerar que no podrían reconocer claramente el número de prácticas de cepillado diario que tienen.

Cuadro 2
Relación porcentual de práctica de cepillado en escolares. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs. As. 1999.

Se cepillan	No se cepillan
93.1%	6.9%

Cuadro 3
Relación porcentual de escolares que se cepillan los dientes. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs. As. 1999.

EN OCASIONES	UNA VEZ AL DIA	MAS DE UNA (DOS V)
8.4%	21.3%	70.3%

Los resultados generales obtenidos, permiten observar que el hábito de higiene bucal de los escolares es tan solo aceptable, esto puede deberse a que no han recibido suficiente orientación acerca de higiene bucal, ya que las actividades de educación para la salud en las escuelas son esporádicas en general. Asimismo la orientación de higiene bucal en los servicios de atención odontológica se realiza solo en algunas ocasiones, por lo cual el cepillado no logra integrarse como un hábito.

Asimismo podemos observar al analizar los resultados por escuela, que el nivel socioeconómico e instrucción de la madre, van a influir en la higiene bucal de los niños. los resultados de la frecuencia de cepillado se pueden comparar cuando se analiza el índice CPO-D por escuela, ya que los alumnos de la Escuela N° 15 (nivel socio-económico medio) presentan el índice CPO-D más bajo y el mayor porcentaje de prácticas de cepillado que refirieron, así como la más alta instrucción educativa de la madre.

INDICES EPIDEMIOLÓGICOS

De acuerdo al índice de Knutson modificado (es la proporción de individuos con CPO y ceo mayor o igual que 1; es decir, que tienen por lo menos un diente afectado por caries) encontramos los siguientes resultados:

Gráfico 1

Relación de nivel de estudio de la madre con frecuencia de cepillado en escolares del Área programática del Hospital P. Piñero. Bs. As. 1999.

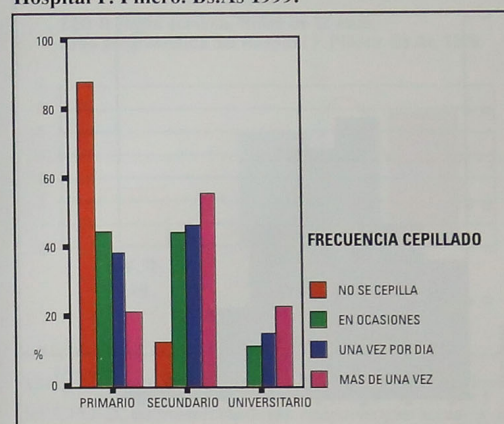
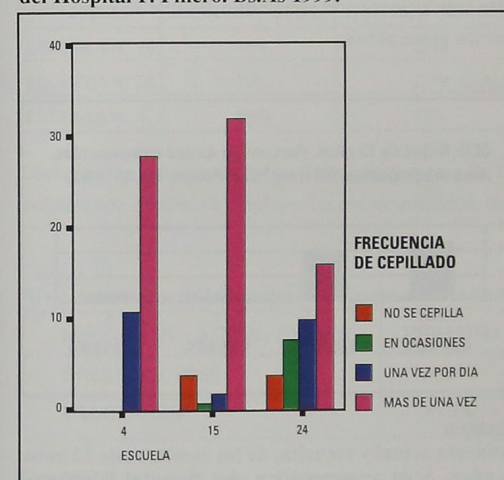


Gráfico 2

Relación de frecuencia de cepillado en escolares de 12 años de edad por escuela primaria. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs. As. 1999.



Cuadro 4

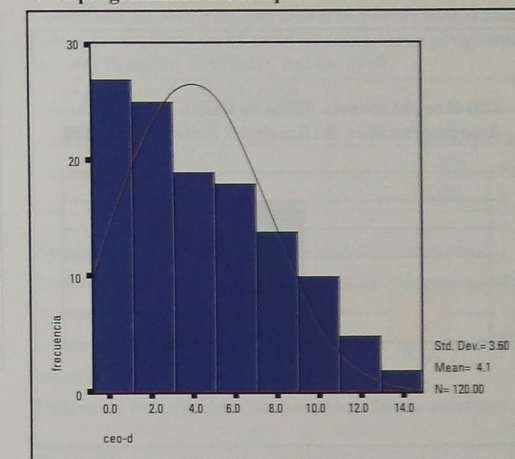
Índice de Knutson modificado de la población preescolar y escolar. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

POBLACION	AFECTADOS POR CARIES	BOCA SANA
PREESCOLARES	77.5%	22.5%
ESCOLARES	88.8%	11.2%

El índice ceo-d del total de preescolares (niños de 5 años de edad) examinados es de 4.1, la media se encuentra en 4.0 la desviación estándar es de 3.60 y el error estándar es de .33.

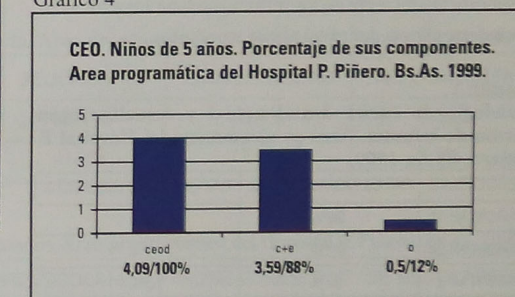
Gráfico 3

Índice ceo-d de preescolares examinados de 5 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs. As. 1999.



De acuerdo a sus componentes individuales encontramos: que los dientes cariados y con extracción indicada son el 3.59 lo que configura el 88% del ceo-d; y el 0.5 de dientes obturados corresponde al 12% de ese índice. Esto significa dentro del indicador de enfermedad que el 88% de la patología no ha sido resuelta.

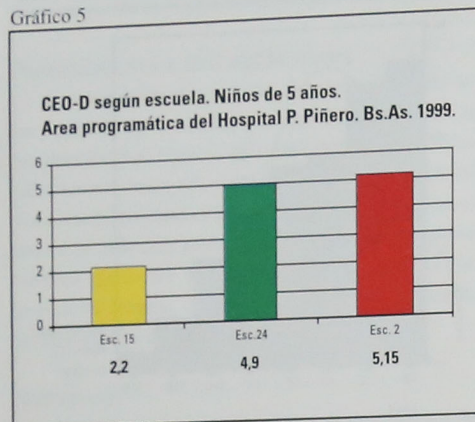
Gráfico 4



Si analizamos el índice ceo-d obtenido por jardín de niños, encontramos que en el jardín N° 15 el índice fue de 2.2, en el jardín N° 24 el índice corresponde a 4.9 y en el jardín N° 2 el índice obtenido fue de 5.15. Estos resultados podemos relacionarlos con el nivel socioeconómico con el

que se clasificó cada escuela y así observamos que la escuela clasificada en el nivel socioeconómico medio presenta el índice ceo-d más bajo, así mismo el índice que sigue en forma ascendente correspondería a la escuela de nivel socioeconómico medio bajo y el índice ceo-d más alto, es el resultado de la escuela de nivel socioeconómico bajo.

Gráfico 5



Si bien los índices de patología varían según escuela, una vez instalada ésta no existe diferencia significativa por institución entre enfermedad actual y resuelta. Analizando los componentes de cada índice obtenido, verificamos que los dientes con caries y extracción indicada los encontramos presentes en mayor porcentaje y que las piezas dentales obturadas son un porcentaje mínimo, lo que nos indica la ausencia de políticas y prácticas preventivas y una respuesta insuficiente de los servicios odontológicos, siendo independiente del nivel socio-económico.

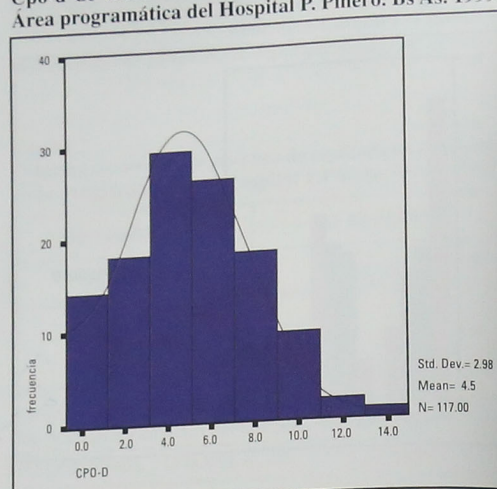
Cuadro 5

Patología de caries dental actual y resuelta según jardín de infantes. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

ESCUELAS	PATOLOGÍA ACTUAL	PATOLOGÍA RESUELTA
JARDÍN N° 15	80%	20%
JARDÍN N° 24	91%	9%
JARDÍN N° 2	87%	13%

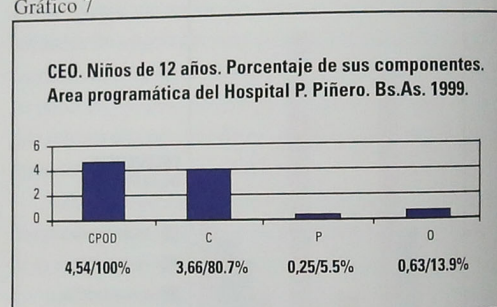
Respecto a los resultados obtenidos de los escolares examinados encontramos, que el índice CPO-D del total de los escolares (niños de 12 años de edad) es de 4.5, la media se encuentra en 4.0 la desviación estándar es de 2.98 y el error estándar es de .28.

Gráfico 6
Cpo-d de escolares examinados de 12 años de edad.
Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.



Con relación a los componentes individuales encontramos que los dientes afectados son el porcentaje mayor del índice, por lo cual la patología actual es igualmente elevada y las conclusiones son similares a las que se expusieron para los preescolares.

Gráfico 7



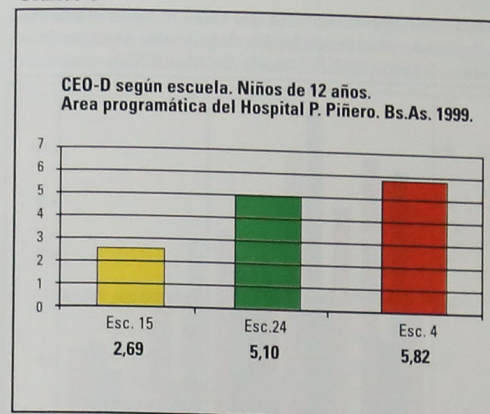
Cuadro 6

Patología actual y resuelta. de los escolares de 12 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As.1999.

PATOLOGÍA ACTUAL	PATOLOGÍA RESUELTA
80.7%	19.3%

En el índice CPO-D obtenido por escuela, guarda relación con el nivel socio-económico, como se observa con los preescolares, considerando que la población de más escasos recursos presenta un índice CPO-D más alto.

Gráfico 8



Analizando por institución los componentes individuales del CPO-D, e interpretándolos en patología actual y resuelta encontramos:

Cuadro 7

Patología actual y resuelta según escuela primaria.
Área programática del Hospital P. Piñero. Bs.As. 1999.

ESCUELA	PATOLOGÍA ACTUAL	PATOLOGÍA RESUELTA
ESCUELA N° 15	78%	22%
ESCUELA N° 24	79%	21%
ESCUELA N° 4	85%	15%

Con relación a los primeros molares permanentes de los escolares de 12 años de edad que fueron examinados, con-

Cuadro 10

Nivel de estudios de las madres de la población examinada. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

MADRES DE LA POBL. EXAMIN.	PRIMARIO	SECUNDARIO	UNIVERSITARIO	NO CONTESTA
PREESCOLARES	34.5%	53.4%	8.6%	3.5%
ESCOLARES	35.3%	41.2%	17.6%	5.9%

Cuadro 11

Ocupación de los padre o responsable económico de examinados. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

OCUPACION	PADRE O RES. ECO. DE PREESCOLARES	PADRE O RES. ECO. DE ESCOLARES
PATRON O EMPLEADOR	10.5%	14.7%
OBREIRO O EMPLEADO	45.6%	36.8%
TRAB. POR SU CUENTA	29.8%	25%
TRAB. SIN SALARIO	1.8%	8.8%
DESOCUPADO	12.3%	14.7%

siderando la importancia que tienen estos órganos dentales para evaluar la salud bucal, las acciones preventivas, la oportunidad de los servicios y el tipo de atención proporcionada, encontramos que solo el 21% de los molares son sanos y el 79% se encuentran afectados.

Cuadro 8

Condición de los primeros molares permanentes afectados de escolares de 12 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs.As. 1999.

1° MOLARES AFECTADOS	%
CARIADOS	39.2%
EXTRAIDOS	27.8%
OBTURADOS	33.0%

Nivel de estudio de las madres de los examinados:

Resultados de la encuesta sobre atención odontológica en preescolares y escolares.

La encuesta realizada a los padres de los niños examinados arrojó los siguientes resultados:

Padres de los examinados que saben leer y escribir:

Cuadro 9

Relación porcentual de los padres que saben leer y escribir de la población examinada. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

PADRES DE LA POBLACIÓN EXAMINADA	SABE LEER Y ESCRIBIR	NO SABE LEER NI ESCRIBIR
PREESCOLARES	100%	0%
ESCOLARES	100%	0%

La ocupación del padre o responsable económico por escuela se presenta en los siguientes gráficos:

Gráfico 9
Relación de ocupación del padre o responsable económico de preescolares de 5 años de edad según jardín de infantes. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

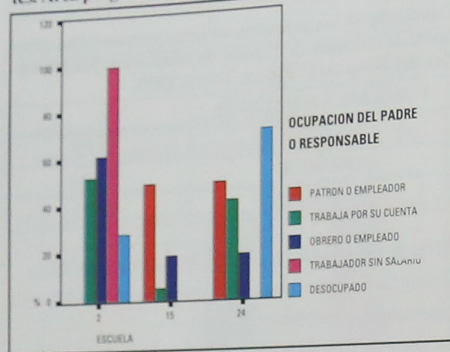
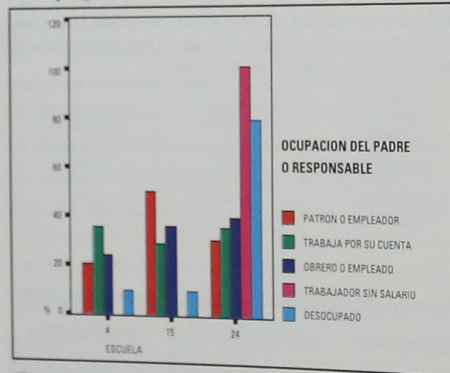


Gráfico 10
Relación de ocupación del padre o responsable económico de escolares de 12 años de edad según escuela primaria. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.



Tipo de servicio que utilizan los examinados para su atención odontológica:

Cuadro 12
Tipo de servicio que utilizan los preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad para su atención odontológica. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

TIPO DE SERVICIO	PREESCOLARES	ESCOLARES
HOSPITAL PUBLICO	31.3%	32.4%
OBRA SOCIAL	28.4%	47.1%
PRIVADO	10.4%	8.8%
NUNCA CONCURRIO	29.9%	11.9%

Gráfico 11
Relación de tipo de servicio que utilizan los preescolares de 5 años de edad según jardín de infantes. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

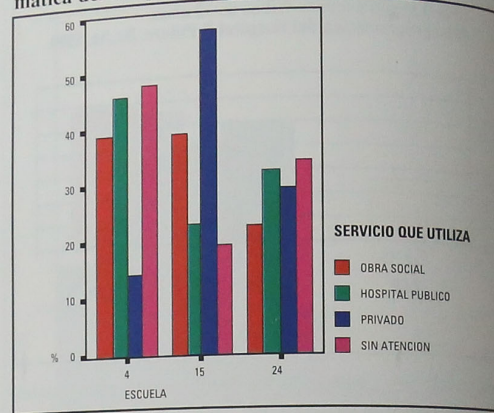
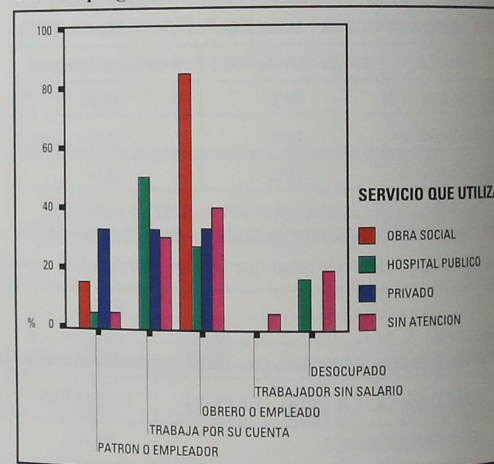


Gráfico 12
Relación de servicios que utilizan los preescolares de 5 años de edad según ocupación del padre o responsable económico. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.



Tiempo transcurrido de la última atención odontológica de los examinados:

Cuadro 13
Tiempo transcurrido de la última atención odontológica de preescolares y escolares. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

TIEMPO TRANSCURRIDO	PREESCOLARES	ESCOLARES
ULTIMOS 6 MESES	66.7%	58.3%
ULTIMOS 12 MESES	16.7%	10.0%
MAS DE 12 MESES	16.6%	31.7%

Gráfico 13
Relación de tipo de servicio que utilizan los escolares de 12 años de edad según escuela primaria. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

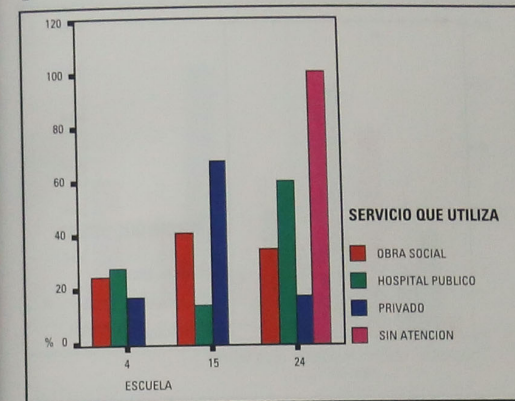
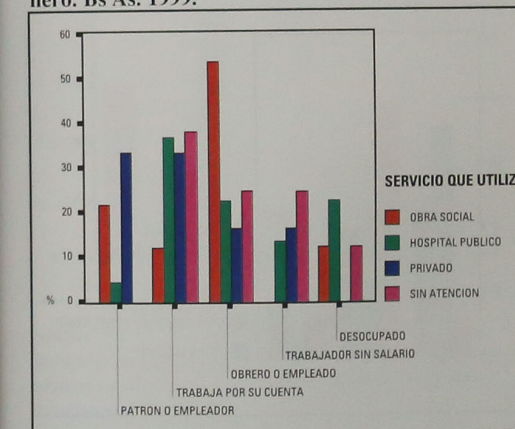


Gráfico 14
Relación de servicios que utilizan los escolares de 12 años de edad según la ocupación del padre o responsable económico. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.



Motivo de la última consulta odontológica de los examinados:

Cuadro 14
Motivo de la última consulta odontológica de preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

MOTIVO DE ULT. CONS.	PREESCOLARES	ESCOLARES
URGENCIAS	19.5%	15.0%
REV. PERIOD. O TRAT. COMPLETO	48.8%	55.0%
OTROS MOTIVOS	31.7%	30.0%

Gráficos 15
Tiempo transcurrido de la última atención odontológica de preescolares de 5 años de edad según tipo de servicio que utiliza. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

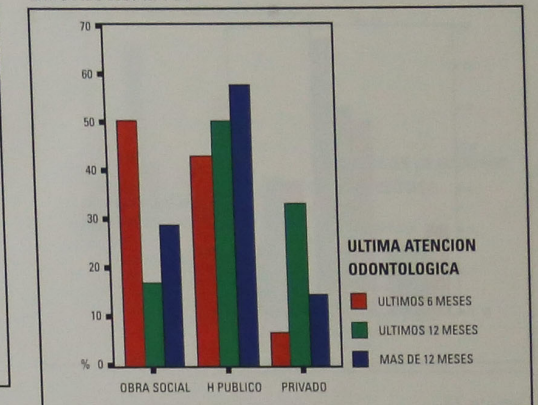
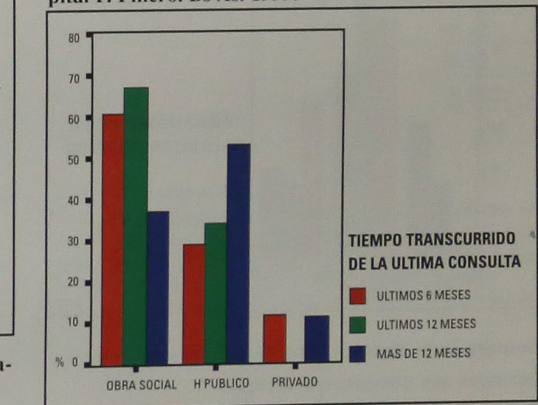


Gráfico 16
Relación de tiempo transcurrido de la última atención odontológica de escolares de 12 años de edad según tipo de servicio que utiliza. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.



Cuadro 15
Porcentaje de necesidades de atención odontológica cubiertas por los servicios en la población preescolar y escolar. Área programática del Hospital P. Piñero, Bs As. 1999.

NECESIDADES DE ATENCION	PREESCOLARES	ESCOLARES
CUBRIERON NECESIDADES	77.5%	90%
NO CUBRIERON NECESIDADES	22.5%	10%

Gráfico 17
Relación de tiempo transcurrido de la última atención odontológica de preescolares de 5 años de edad según motivo de atención. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

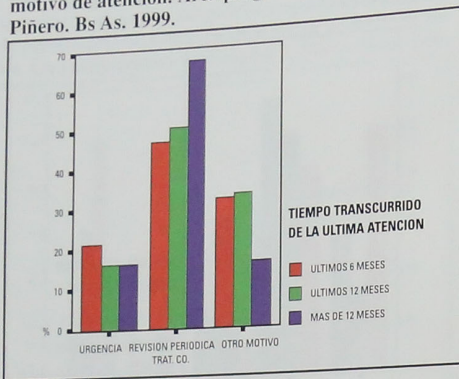
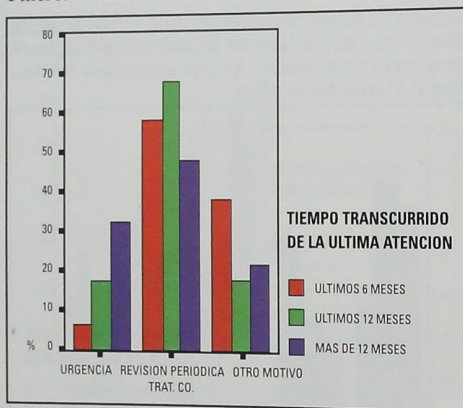


Gráfico 18
Relación de tiempo transcurrido de la última atención odontológica de escolares de 12 años de edad según motivo de consulta. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.



Demora en la atención odontológica de preescolares y escolares que demandaron atención.

Cuadro 16
Demora en la atención odontológica de preescolares y escolares. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

DEMORA	PREESCOLAR	ESCOLAR
MISMO DIA	28.6%	31.7%
DE 2 A 4 DIAS	38.0%	25.0%
DE 5 A 8 DIAS	4.8%	23.3%
MAS DE 8 DIAS	28.6%	20.0%

Gráfico 19
Relación de motivo de la última consulta odontológica con servicio utilizado por los preescolares de 5 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

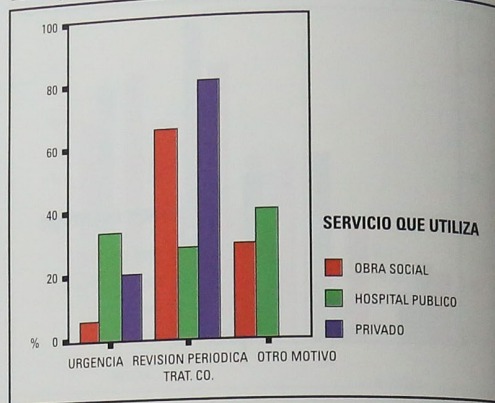
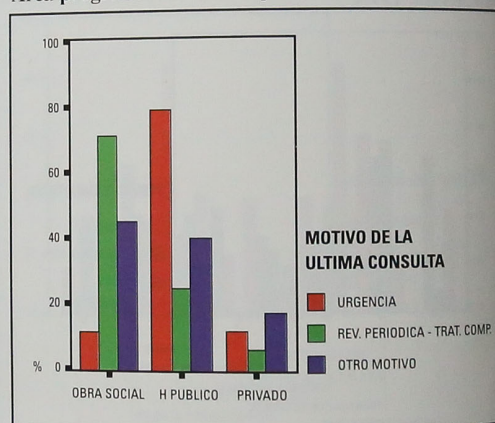


Gráfico 20
Relación de motivo de la última consulta odontológica con servicio utilizado por los escolares de 12 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.



Información proporcionada por el odontólogo sobre la atención y cuidado de la salud bucal.

Cuadro 17
Tipo de información proporcionada por el odontólogo sobre la atención y cuidado bucal a preescolares y escolares. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

TIPO DE INFORMACION	PREESCOLARES	ESCOLARES
SUFICIENTE	71.4%	81.7%
INSUFICIENTE	21.4%	11.7%
NO INFORMO	7.2%	6.6%

Gráfico 21
Relación de necesidades de atención cubiertas por tipo de servicio odontológico que utilizan los preescolares. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

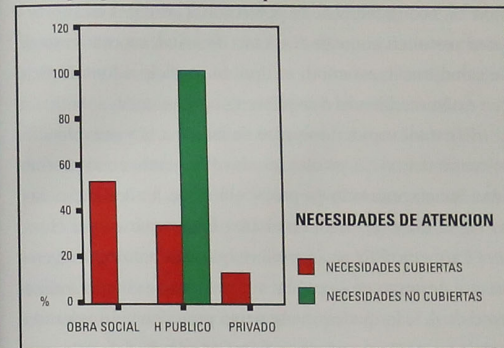


Gráfico 22
Relación de necesidades de atención cubiertas por tipo de servicio odontológico que utilizan los escolares. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

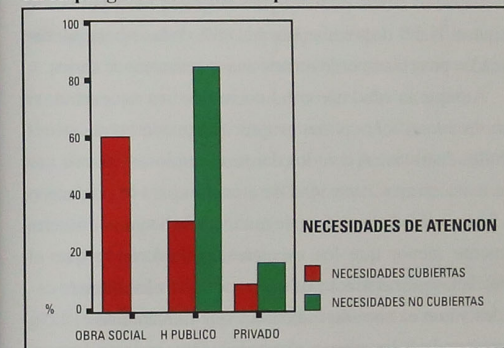


Gráfico 23
Relación de demora en la atención odontológica de preescolares de 5 años de edad por tipo de servicio utilizado. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

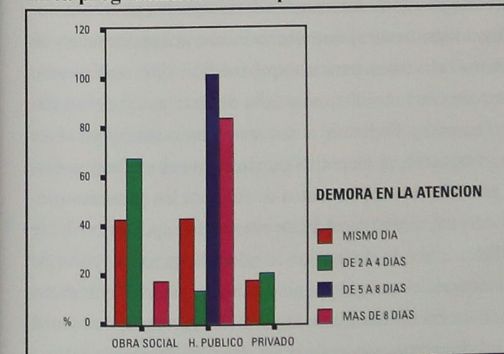
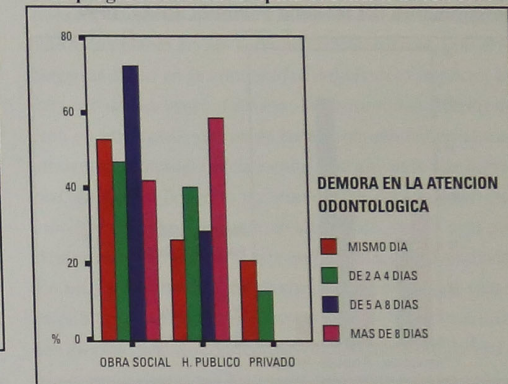


Gráfico 24
Relación de demora en la atención odontológica de escolares de 12 años de edad por tipo de servicio utilizado. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.



Calidad sentida en la atención odontológica recibida por los preescolares y escolares.

Cuadro 18
Calidad sentida en la atención odontológica de los preescolares y escolares. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

CALIDAD SENTIDA	PREESCOLAR	ESCOLARES
MUY BUENA	45.2%	43.3%
BUENA	38.1%	48.3%
REGULAR	14.3%	8.4%
MALA	2.4%	

Gráfico 25
Relación de tipo de información proporcionada por el odontólogo sobre atención y cuidado bucal por servicio que utilizan los preescolares de 5 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

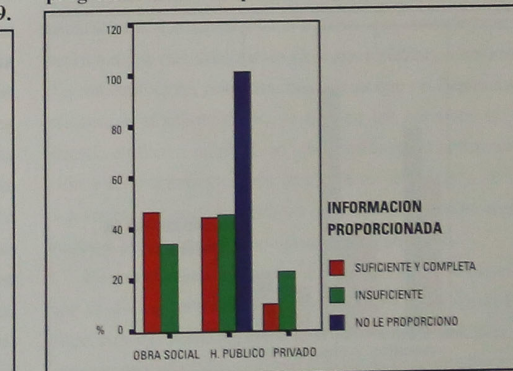


Gráfico 26
Relación de tipo de información proporcionada por el odontólogo sobre atención y cuidado bucal por servicio odontológico que utilizan los escolares de 12 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.

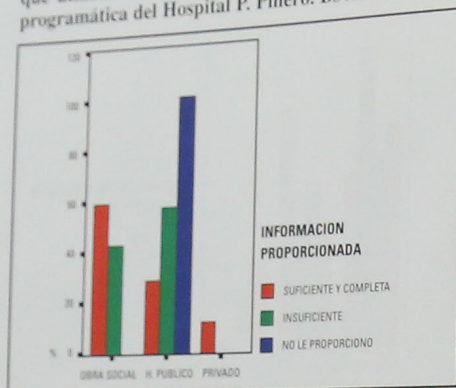


Gráfico 27
Relación de calidad sentida en la atención odontológica según servicios que utilizan los preescolares de 5 años de edad.

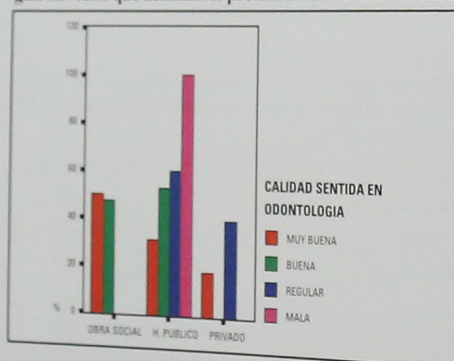
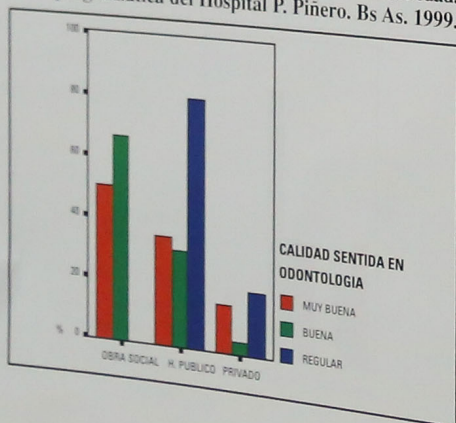


Gráfico 28
Relación de calidad sentida en la atención odontológica según servicios que utilizan los escolares de 12 años de edad. Área programática del Hospital P. Piñero. Bs As. 1999.



CONCLUSIONES

Los estudios epidemiológicos entre usuarios y no usuarios de los servicios, nos permiten determinar con más definición las necesidades de la población. Los datos de morbilidad permiten conocer el estado de salud, en este caso el de salud bucal, así como el tipo de servicio odontológico que están recibiendo o requiere la comunidad.

El estudio epidemiológico de incidencia y prevalencia de caries dental (la patología más frecuente, en la morbilidad bucal), realizado en preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad, en el área Programática del Hospital Parmenio Piñero, corrobora que esta patología se encuentra presente en la población preescolar con un índice cpo-d de 4.1, lo que equivale a una prevalencia moderada y en los escolares con un índice CPO-D de 4.5, con una prevalencia alta, de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial De La Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI).

La caries dental presenta gran magnitud en la población ya que el 77.5% de preescolares y el 88% de los escolares examinados presentan por lo menos una experiencia de caries.

Aunque la edad como tal no indica una necesidad, permite identificar ciertos grupos que pueden tener necesidades distintas. Así en los datos obtenidos, se puede ver que existe mayor necesidad de atención para la población de 5 años de edad, a pesar de tener un índice de caries levemente menor que los escolares, considerando que el 88% de las piezas afectadas corresponden a los dientes cariados y con extracción indicada y que únicamente el 12% corresponde a las piezas obturadas. Otro aspecto importante a considerar en este grupo de edad, es el porcentaje (30%) de niños que nunca tuvieron atención odontológica.

La salud bucal de los menores de 5 años y su visita al odontólogo no resulta tan prioritaria para los padres de familia, lo que resulta contradictorio con la importancia y el número de visitas para control médico que realiza este grupo de edad. Asimismo la falta de derivación del médico (General y Pediatría) a los servicios odontológicos es muy frecuente, si bien en algunos casos el médico pediatra prescribe los suplementos de flúor en los primeros meses de vida, como medida de prevención, posteriormente no lleva a cabo la derivación al odontólogo como parte de las normas del control del niño sano, lo anterior con motivo de no existir coordinación entre los recursos humanos de las diferentes especialidades, área, instituciones, etc.

Por otra parte no podemos dejar de reconocer la necesidad de atención odontológica para los niños de 12 años de edad y la población en general.

El desempeño de los servicios odontológicos, lo analizamos en consistencia con los hallazgos de la encuesta aplicada a los padres de familia de los examinados y los resultados del estudio de morbilidad bucal realizado.

De acuerdo a lo informado por los padres de familia de los preescolares y escolares, los servicios de odontología cubrieron en un 75% y 90% respectivamente todas sus necesidades de atención. Los servicios de odontología en un gran porcentaje pueden identificar las necesidades de atención de los usuarios que acuden a estos servicios, sin embargo si analizamos el estado de salud bucal de los examinados, nos damos cuenta que las necesidades son identificadas pero no tratadas, ya que el porcentaje de piezas obturadas es mínimo con relación a la patología presente. Asimismo podemos observar la falta de un manejo integral, donde sea prioritaria la prevención y se controlen las patologías bucales (caries principalmente). Por lo anterior se puede mencionar que solo se soluciona el motivo de la consulta y no se proporciona una atención integral.

En los datos obtenidos observamos que los pacientes que son derivados a otros servicios es un porcentaje mínimo, corresponden a la clase media y requieren de un tratamiento de especialidad como es el de mal oclusiones, en la mayoría de las ocasiones.

Analizando la oportunidad de los servicios odontológicos, encontramos que son oportunos en la atención de los pacientes, si consideramos el tiempo de demora según necesidad y prioridad (urgencia o consulta rutinaria). Sin embargo los servicios no son oportunos en su intervención, dados los índices epidemiológicos encontrados, y sobre todo sus componentes. Así como al analizar el estado de salud de los primeros molares permanentes, confirmamos que el 79.5% de los primeros molares de los escolares examinados, están afectados y llegan con una patología moderadamente avanzada a los servicios, lo que nos indica que la oportunidad esta fallando desde el punto de vista de intervención.

Con relación a la continuidad de los servicios odontológicos, podemos decir que de acuerdo a los resultados entre 50% y 60% de los examinados (preescolares y escolares) acudieron en los últimos seis meses al odontólogo, asimismo que el 50% acudió para su revisión periódica o

tratamiento completo. Sin embargo la discontinuidad puede ocurrir en diferentes momentos del proceso y obedecer a distintas causas. Si analizamos los datos de la encuesta antes mencionados, podríamos decir que existe una continuidad aceptable en los servicios odontológicos, sin embargo las fallas en la continuidad del servicio implican la mayoría de las veces, fallas en la oportunidad (intervención en este caso), ya que de haber continuidad en el tratamiento la patología sería menor, considerando que la población estaría llegando oportunamente para la intervención (prevención o tratamiento temprano), con lo cual podemos concluir que no ocurre en la población examinada. En un sistema de oferta y demanda de servicios de salud, la población de bajos ingresos es más probable que sufra los efectos de la discontinuidad (incumplimiento parcial o el no tratamiento) por los gastos adicionales como son los bonos, copagos, etc., que cada vez son mayores en los servicios de salud de obras sociales y prepagas ya que cuando se tiene que pagar por una prestación, el servicio es poco equitativo, por la distancia que se va haciendo entre los que tienen y los que no tienen para afrontar el gasto. Por otra parte, las prestaciones cada vez más limitadas por usuario y periodo de tiempo en los servicios odontológicos, provocan que el tratamiento sea cada vez más prolongado, lo que favorece la deserción.

Respecto a la calidad sentida, recordemos que las relaciones interpersonales entre odontólogos, auxiliares y los usuarios dependen en buena parte la satisfacción de estos últimos.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, los padres de familia manifestaron que entre un 70% y 80% la atención recibida en los servicios de odontología es buena y muy buena, lo que nos indica que existe eficacia humana en estos servicios y que el grado de impacto del servicio es satisfactorio. Lo anterior no implica que existan buenos servicios, ya que analizando las características mencionadas anteriormente, podemos mencionar que no llegan a ser eficaces y efectivos estos, ya que en los servicios no se atiende en forma integral, no son oportunos en la intervención y los tratamientos son parciales en la mayoría de las ocasiones, por ende los índices de patología bucal son elevados y la patología va en aumento anualmente.

Respecto a la utilización de los servicios se observa que se divide en forma equivalente entre el Hospital Público con sus centros periféricos y las Obras Sociales, al servicio privado solo concurre el 10% de la población exa-

minada de este estudio. Sin embargo, un aspecto de suma importancia es que un tercio de la población preescolar nunca ha recibido tratamiento odontológico de ninguna especie, quedando completamente desprotegida.

Es de suma importancia que la salud bucal se promueva en una labor de coordinación y articulación intrasectorial como extrasectorial. Desde el punto de vista intrasectorial como extrasectorial. Desde el punto de vista intrasectorial como extrasectorial. Desde el punto de vista intrasectorial como extrasectorial.

La población escolar necesita una respuesta mas eficaz, considerando que es una población que puede seguirse por siete años, lo que significa una gran oportunidad para llevar a cabo medidas educativo-preventivas y de tratamiento temprano, para evitar complicaciones, considerando que las más frecuentes patologías bucales (caries dental y enfermedad periodontal) son infecciones crónicas que pueden evitarse o deben ser tratadas una vez que aparecen para limitar el daño.

Una de las máximas prioridades de la odontología es mejorar y conservar la salud bucal de la población, por lo cual es recomendable la implementación de acciones con base en los principios de la prevención integral, que incluya medidas masivas de prevención como es la fluoruración de la sal o del agua, acciones cuya accesibilidad no es limitada por barreras geográficas o económicas, con lo cual en los próximos años se tendría la posibilidad de que la caries dental no fuera el mayor problema, y así la fuerza de trabajo profesional dispondría de las posibilidades para ampliar la cobertura de atención para otro tipo de problemas.

Asimismo los patrones de práctica odontológica deben ser modificados para que sean accesibles a amplios sectores de la población y que la naturaleza de los servi-

cios y la forma en que son ofrecidos en muchas de las instituciones deberán ser remplazados por formas más adecuadas y accesibles, considerando que no solo es necesario incorporar a los sistemas de atención acciones curativas, restaurativas y de rehabilitación basadas en servicios personales, sino que además deben soportarse con medidas de educación para la salud y prevención integral.

COLABORACION

El presente estudio se llevo a cabo con la colaboración de las siguientes instituciones:

Secretaría de Salud.

- Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital P. Piñero.

- Departamento de Odontología del Hospital P. Piñero.

- Centros Periféricos con Atención Odontológica del Área Programática del Hospital P. Piñero.

Secretaría de Educación.

- Dirección de Nivel Inicial; Jardines de Infantes N° 2,15 y 26.

- Dir. de Nivel Primaria; Escuelas Primarias N° 4,15 y 26.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Global Data on Dental Caries Prevalence (DMFT) in Children aged 12 years. 2000. Publicación de Global Oral Data Bank. Oral Health Programme. Organización Mundial de la Salud
2. Juan Samaja. 1995 Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Editorial EUDESA.
3. ENCUESTAS DE SALUD BUCAL. 1994 Organización Mundial de la Salud. Editorial Univ. Autónoma Metropolitana. México.
4. Fayad Camel. 1999 Estadística Médica y Planificación de la Salud. Univ. de los Andes. Consejo de Publicaciones, Merida Venezuela.

Dirección de los autores

Cachimayo 301 CP (1424)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

FOTOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Stella Maris Santana

- > Escaneado de diapositivas
- > Duplicados
- > Trabajos en consultorio



Anchorena 1341 piso 8 b - Cap Fed - tel 4822.4174 - e.mail: santanastella@hotmail.com

REXART CONSTRUCCIONES



BERNARDO FURMAN
arquitecto

UN LUGAR PARA PROFESIONALES REALIZADO POR PROFESIONALES

Av. San Martín 3533 (1416) Capital Federal | Tel 4582-7955 | 4585-5610 | celular 15-4479-6738
e.mail: rexart@arnet.com.ar | web: www.rexart.com.ar



LABORATORIO NAF LIDER EN PREVENCION ODONTOLÓGICA

— TRATAMIENTO EFICAZ PARA
LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL —



Gel dental

Pompa plástica por 60 gramos que asegura la biodegradabilidad de sus componentes

Contiene

Nitrato de potasio 5%
Fluorato de Sodio 0.24%
Xilitol 10%
gel Neutral
Baja Abrasividad
Sabor: Vainilla Mercurio



PERIOBACTER

SIN ALCOHOL
Diguconato de Clorhexidina
Xilitol al 10%
Sabor menta, en dos presentaciones.

Colutorio
0,12% de Clorhexidina

Gel
1% de Clorhexidina

LABORATORIO NAF : LAMADRID 1263/65 - (1653)- VILLA BALLESTER- ARGENTINA - TEL.: 4768-4441.

Universidad Latinoamericana y salud de la población: Retos y Desafíos hacia el siglo XXI.*

Algunos elementos para comprender América Latina frente a la pobreza y el desempleo.

Conferencia presentada por el
Dr. Fortunato Mallimaci.
Decano de la Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad de Buenos Aires – Argentina.

INTRODUCCIÓN

La situación por la que atraviesa A.L. y el Caribe luego de años sucesivos de democracia y al haber dejado atrás décadas de dictaduras y autoritarismos se presta a varias lecturas.

Asumir esas varias lecturas supone afirmar la imposibilidad de presentar una "sola verdad" de lo que acontece y por ende, evitar todo tipo de "sentidos únicos" tanto en el pasado como en el presente. Supone dejar de lado paradigmas "culturales evolucionistas" (los que creen que la humanidad avanza de la barbarie a la civilización o que sigan afirmando la presencia de razas o culturas o sistemas políticos económicos superiores a otros o anuncian el fin de la historia) o "científicos biológicos" (es decir que niegan lo social, las relaciones simbólicas, de género, etéreas, que han suprimido el concepto de clases sociales y analizan la sociedad en términos de patología, desviación y que tienen como sueño descubrir el ADN de la pobreza, la delincuencia, la rebeldía y crear así la vacuna que elimine esos problemas...)

No estamos viviendo una de las periódicas crisis coyunturales del modelo capitalista sino la aparición de nuevas formas de organización social, económica y política. Lo nuevo que está naciendo se presenta como crisis global dado que las dificultades afectan en varias dimensiones el complejo mundo de la vida: en las organizaciones responsables de crear consenso y coerción (crisis del estado y las representaciones políticas); en el modelo de acu-

*Conferencia realizada en la Habana (Cuba) del 16 al 19 de Nov. Del 2000 con el auspicio de UDUAL, OPS, OMS, OFEDO, MINSAP. Recibido para su publicación en Marzo del 2001.



mulación (crisis en la relación estado-nación, mercado y sociedad); en las instituciones dadoras de sentido (crisis en las familias, iglesias, sindicatos, medios de comunicación) y en los modos que se forman subjetivamente las identidades individuales (crisis del sujeto).

Además el conocimiento y la información son hoy fundamentales para el avance de una sociedad. Pero frente al optimismo sobre el rol "igualador" de las mismas, una vez más la realidad nos mostró sus complejidades: "una sociedad y una economía basadas en el uso intensivo de conocimientos produce simultáneamente fenómenos de más igualdad y de más desigualdad, de mayor homogeneidad y de mayor diferenciación" (Tedesco, 2000)

Por todo ello, ponemos una lectura de A.L. que parta de otros supuestos teóricos – metodológicos. Ellos son:

- 1) No a la naturalización de los hechos sociales que tiene como pre-supuesto que "siempre fue así".
- 2) Que de cuenta de la historia compleja y diversa de cada uno de nuestros países.
- 3) Que diga si al mundo de la vida y por ende rechace la utilización de paradigmas epistemológicos y teóricos que



Suscripción de socios

- ☐ Deseo asociarme al ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, abonando \$ 120.- por año o pagando \$ 30.- iniciales y luego \$ 10.- por mes.
Ser socio de la institución tiene como beneficio la suscripción gratuita de la revista, acceso a cursos programados para el año 2001, con o sin práctica clínica, congresos y jornadas del Ateneo, búsqueda bibliográfica en nuestro Centro documental y defensa del ejercicio profesional.

Suscripción sólo a la revista

- ☐ Deseo suscribirme sólo a la REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, por un año (3 números) al precio especial de \$ 59.-, para el año 2001.

Lugar y fecha
Nombre/s y apellido/s
Calle
Loc. Prov. C.P. Tel.
M.P.Nº Firma
Domicilio (en que desea recibir la correspondencia)
Loc. Prov. C.P.
Horarios

realizado profundas transformaciones a fin de estar presentes en un mundo más globalizado sobretudo a nivel financiero y comunicativo, la brecha que separa los que más tienen de los que menos tienen se ha agravado.

Varios países de A.L. viven hoy en tensión dado que sus clases dirigentes no logran "hacer felices a sus ciudadanos". Conflictos abiertos en Colombia donde la Operación Colombia, el narcotráfico y la violencia cotidiana son el emergente de una crisis más profunda; inestabilidad social en Ecuador, Perú, Bolivia y Paraguay, entre otros, debido a temas de corrupción, represión y deslegitimidad; crisis económica acelerada en Argentina a partir de una recesión que no cesa y que afecta a sus socios del Mercosur, en especial el Brasil; flujos migratorios de México, Caribe y otros países de A. Central hacia los EE.UU, seducidos por el "pleno empleo" de dicha nación; Venezuela con la crisis de sus antiguas clases dirigentes y surgimiento de nuevas expresiones políticas en búsqueda de su propia

provincia más poblada y rica de la Argentina se pronuncia casi diariamente sobre este tema a partir de las encuestas que muestran que dichas declaraciones suman votos: "Esos bárbaros homicidas tienen que estar más años en prisión. No me vengan a hablar de que se están regenerando porque cada vez que salen de las cárceles son peores". (Gobernador C. Ruckauf, diario La Nación, 11-11-2000)
Proyectos neoliberales y democracias están revelando una contradicción antagónica como lo demuestran numerosos trabajos. (Boron, 1991; Haggard, 1995; Sader, Emir, 1998). Democracias impotentes y a veces indiferentes ante la injusticia, ciudadanías empobrecidas, mercados concentrados y ávidos de mayor ganancia a toda costa, ¿Qué tipo de cultura y lazos solidarios puede construirse desde allí?

¿Cuánta desigualdad toleraran nuestras democracias?
¿Cuánto tiempo se soportará las promesas incumplidas de estas nuevas democracias? Cuánta decadencia soportaran ciudadanías con cada vez más inseguridad

des sobre su futuro? ¿La justicia social, la justicia distributiva no puede llevarse adelante en las actuales democracias? Cuanto tiempo más puede durar la paradoja donde nuestros gobiernos son elogiados por las autoridades monetarias internacionales y rechazados por las opiniones públicas nacionales.

UNA MIRADA SOBRE LA VIDA COTIDIANA

Recorriendo numerosos países, ciudades, espacios rurales lo que primero llama la atención es el contraste entre situaciones similares de abundancia, opulencia y riqueza junto a privaciones, necesidades y pobreza múltiples y diversas. Vivimos una sociedad dual, a varias velocidades, donde conviven en equilibrio inestable incluidos y excluidos, ciudadanos y consumidores, con una mayor población cada vez más vulnerable y con incertidumbres sobre su futuro, donde las estructuras y relaciones sociales dominantes acrecientan los actuales problemas. Los acelerados descubrimientos en biotecnología, genética, comunicaciones e informática – símbolos del actual progreso – han disparado los potenciales productivos pero no benefician al conjunto.

La vida cotidiana de la mayoría de la ciudadanía todavía no se ha mejorado con esos adelantos científicos puesto que el modelo de acumulación que prima produce empobrecimientos y una aguda desigualdad que la genera, la reproduce y la amplía. Situación que, si bien no es nueva, se ha ido agravando en los últimos años al ampliarse las angustias del presente y las incertidumbres sobre el futuro a amplios sectores de la población.

Debemos ser cautos en las conclusiones de esta situación para la vida cotidiana de los ciudadanos dado la actual fragmentación y diferenciación social internas en nuestros países. La disminución de la inflación y la estabilidad monetaria generaron amplias adhesiones, especialmente en los sectores populares. Del mismo modo, los procesos privatizadores de antiguas empresas estatales en la década anterior funcionaron en los imaginarios populares como dadores de nuevas posibilidades, especialmente para aquellos que no estaban relacionados con el Estado.

Por otro lado, el creciente desempleo en las áreas urbanas está generando un proceso de exclusión no conoci-

do en la región que deteriora poco a poco el tejido social. Algunos autores llaman a este proceso la crisis de la sociedad salarial y que crea una situación de “desafiliación” con respecto a las instituciones más significativas en ese sector: empresa, sindicato, rol integrador del trabajo, barrio, etc. (Castel, 1995). La ruptura de los lazos sociales que produce la exclusión por desempleo o por no empleabilidad especialmente en los jóvenes, dificulta la acción colectiva dado que no hay “enemigos” precisos a quien demandar ni posibilidades de crear organización que perdure en el largo plazo. La explotación del capital creaba conflictos y sentidos de lucha, en el que se destacaba el sindicato como herramienta principal. La exclusión genera quiebres de vida y sobretodo, angustia e impotencia frente a la enorme dificultad de poder cambiar la situación y por ende refugio en uno mismo.

La vida cotidiana vista desde los sectores empobrecidos, discriminados y excluidos muestra también resistencias, creación de organizaciones y de redes tanto a nivel material como simbólico, múltiples iniciativas y articulaciones sociales, económicas y culturales donde se destaca en las que perduran en el tiempo, la combinación de elementos afectivos, emocionales y reivindicativos.

Ningún análisis de A.L. puede ignorar todas estas capacidades puesto que desde allí deben crearse actores sociales significativos.

OTRAS CIFRAS DEL TEMOR Y EL DESENCANTO

La región ha mejorado muy poco sus niveles de productividad y ha perdido posiciones en competitividad frente a otras regiones del globo. “En 1999, por segundo año consecutivo, la economía regional mostró una importante desaceleración de los niveles de actividad, que se tradujo en un virtual estancamiento del producto bruto interno (0,4 %), después de una expansión de 2,1 % en 1998 y de 5,5 % en 1997”. Dado el alto crecimiento demográfico de la región, estos resultados provocaron una caída del producto por habitante de -1,2 % en 1999, por lo cual el mejoramiento de este variable en la década es de sólo un 15 % (Cepal, Síntesis. Estudio económico de A. L y el Caribe, 1999-2000, Chile, 2000)

En un informe conjunto de la OPS y el Cepal se afirma:

“Se observa en casi todos los países de la región un incremento en enfermedades no transmisibles crónicas asociadas con alimentación y nutrición. Las medidas de ajuste implementadas por los países han afectado la disponibilidad nacional de alimentos y han tenido repercusiones negativas sobre el poder de compra de los grupos más pobres, amenazando la seguridad alimentara”.

El Fondo de Población de la ONU nos recuerda que entre 1990 y 1997 descendió el consumo total de calorías per capita promedio en A.L.. **Argentina, caracterizada en una época por sus niveles de industrialización, de educación y de integración debe hoy responder al creciente desempleo con miles de toneladas de alimentos repartidos por el gobierno en municipios, comedores, escuelas y cajas especiales.**

La CEPAL, el BM y diversos organismos internacionales nos muestran recuperaciones económicas junto a una situación cada vez de mayor desigualdad y riesgos en todas las clases sociales, destacándose el crecimiento de la pobreza, el desempleo y la vulnerabilidad. Sin embargo esas realidades no son tenidas en cuenta dado que no puede comprenderse por parte de los sectores dominantes, cómo si los “mercados funcionan bien los pueblos estén tan descontentos”. Tal es una de las conclusiones de un reciente informe de BM que utilizaremos en este trabajo (Banco Mundial, 2000) dicen allí: “a pesar de estas mejores oportunidades –en A.L. predomina una fuerte percepción de inseguridad económica en la región. De hecho, se cree en general que la inseguridad económica es tan profunda que podría llegar a socavar el apoyo social y político prestado al proceso de reforma en curso, e incluso interrumpirlo”.

Dado que no hay movilidad social ascendente ni mejor distribución del ingreso, el actual proceso de exclusión social está gestando una creciente rotación de los hogares en torno a la relación con la pobreza o de pérdida del empleo, creando la posibilidad de ser mañana una de las nuevas víctimas de la actual situación.

La magnitud de la pobreza llega hoy a casi 220.000.000 de personas (cerca de 45% del total de la población), donde la enorme mayoría son niños de 0 a 12 años (el 58% según las últimas cifras de la CEPAL, 2000) viviendo en áreas urbanas. Es decir la mayoría de los pobres son niños y la mayoría de los niños son pobres. Además hacen falta entre 10 y 14 años (según países) de educación para tener buenas probabilidades de no caer en la

pobreza y sigue existiendo –con matices– una relación estrecha entre el nivel educativo que se posee y el ingreso ocupacional que se recibe.

Creo importante mostrar la magnitud de la falta de empleo, especialmente en los países más industrializados de la región y los cambios en el mundo del trabajo como una situación distinta a la pobreza estructural conocida de décadas anteriores. Hay casi un 50 % más de desempleados en 1999 que en los 80 en toda la región. En algunos países esas cifras son más alarmantes. En el informe citado de la CEPAL comparado 1989 y 1999, la Argentina pasó del 2,6 al 14,3 %, en Brasil del 6,3 al 7,6 % en Colombia del 10 al 19,4 %, en Ecuador del 5,7 al 14,4 % en Panamá del 9,9 al 14 % en Uruguay del 8,5 al 13,3 % en Venezuela del 6 al 14,9 % etcétera.

Estos cambios aparecen en las últimas cifras sobre la distribución de la fuerza de trabajo en América Latina. El nivel superior abarca a poco más del 9% de la fuerza de trabajo; el nivel intermedio solo reúne el 14 % y el nivel inferior, cada día más heterogéneo, llega al 77 %, de los cuales un 39 % son trabajadores en el comercio, obreros artesanos y operarios y el otro 35 % son trabajadores de los servicios personales y agrícolas.

SABER DE DONDE VENIMOS

PARA VER HACIA DONDE VAMOS

Profundizar en las causas de esta situación se hace prioritario. No podemos seguir repitiendo políticas que no hacen “felices” a la mayoría de la población. No todos coinciden en los porqué de esta situación. Más aún, en ciertos círculos académicos o políticos o culturales, pareciera que esta vedado “cuestionar el pensamiento único” que se ha hecho hoy hegemónico y que se resume en pocos conceptos tomados como “verdades absolutas e incuestionables”: ajustar, privatizar, disminuir el Estado, desregular. Si hoy estamos mal, se nos dice, es porque no se ajustó y desreguló lo necesario, hay que “hacer más lo mismo”, no hay “otra alternativa”.

De a poco, pero vigorosamente, circula en A.L. literatura crítica proveniente tanto de grupos, organismos internacionales como de universidades en las cuales se cuestionan estas nuevas “idolatrías de mercado”.

No podemos negar que vivimos en un mundo cada vez más globalizado, donde las relaciones tiempo - espacio tienden a desaparecer, todo aparece como instantáneo

como fruto de la revolución informática; donde los estados nación surgidos en el siglo XIX están en un profundo proceso de reestructuraciones (especialmente los que no pertenecen a la triada USA - Europa - Japón y asociados privilegiados junto a la China), ya no tienen el poder de controlar eficazmente los flujos financieros y productivos y por ende son jaqueados por esa enorme concentración de poder diariamente; donde las comunicaciones satelitales permiten consumos e información simultáneas en cualquier parte del planeta, etc. Sin embargo, como lo muestra la extensa historia del capitalismo, esos beneficios no fueron equitativamente distribuidos y exige investigaciones concretas para saber quienes, cómo, donde, a través de cuales mecanismos y quienes se benefician actualmente, evitando así reduccionismos estériles.

La caída del bloque socialista, del muro de Berlín y la crisis externa de la deuda, aceleró este proceso. El llamado Consenso de Washington integrado por los gobiernos ligados a la OCDE, los organismos internacionales como el BM y el FMI, los grandes grupos financieros crearon una "hegemonía socio-económica" que, a partir de la debilidad por endeudamiento de la mayoría de los países del planeta, fue aplicada como única receta.

Recordar ese consenso nos será útil para buscar otras propuestas innovadoras frente al actual crecimiento del desempleo, pobreza y exclusión.

Podemos resumirlo en:

- Reducción de los gastos del Estado al mínimo para superar el déficit fiscal, a fin de invertir esos fondos en: redimensionamiento de la economía a partir de su inmediata apertura y pagar las cuantiosas deudas externas. La palabra que resume esta concepción es: AJUSTE.
- Desregulación de todos los mecanismos de control financiero, laboral, empresarial a fin de dejar paso a "la iniciativa individual".
- Focalización y abandono de las políticas sociales universales acusadas ahora de "gastar fondos innecesarios en sectores que no lo necesitan". Se supone "focalizar" el gasto social para "compensar" los costos del ajuste.
- Privatizaciones para abrir paso al "mercado". Para ello se comenzó con las empresas estatales, luego la educación, la salud, el habitat y ahora siguen los sistemas previsionales,

los servicios básicos (agua, electricidad, transporte, etc.)

Un ejemplo concreto de la aplicación de estas políticas globales en A.L. lo vemos en las recomendaciones del Banco Mundial y que fueron llamadas "reformas de primera generación". Hoy, frente a las dificultades que las mismas están teniendo dado el crecimiento de la pobreza, el desempleo y el malestar de amplios sectores de ciudadanos, se llama a proseguir con las "reformas de segunda generación" y que apuntarían a combatir por un lado la corrupción y buscar mayor transparencia en el ejercicio de la gestión pública pero también a terminar aspecto de las reformas no alcanzadas en la década anterior, en especial las referidas a la desregulación total del mundo del trabajo.

El primer tipo de reformas llevó a bajar los salarios vía procesos de inflación y continua devaluación monetaria. Al estabilizarse las monedas y reducirse la inflación al mínimo, no queda otra política que el desempleo y la desregulación. Es decir, si las empresas pudieron competir bajando los salarios, para seguir insertas en este tipo de

globalización excluyente deben hacerlo echando a sus trabajadores. Esta es la propuesta del BM en el libro citado: "a la medida que la inflación disminuye en Argentina, México, Perú y Venezuela el ajuste no parece realizarse tanto por medio de los salarios, y solo Colombia y México, al parecer lo hacen en una medida mayor que la prevista recurriendo al desempleo". Es decir, "los ajustes se producen principalmente porque la inflación ha bajado sin reformas profundas de las instituciones del mercado laboral".

Por ello, hoy los difusores en cada uno de nuestros países del pensamiento único hacen suya esta propuesta del BM: "A.L. ha pasado de un modelo de desarrollo dirigido por el Estado a un paradigma económico de mercado que ha tornado obsoleto los componentes clave del antiguo sistema de protección del ingreso, como las restricciones por despido y el Estado como empleador de última instancia".

Dado que el desempleo constituirá el nuevo desafío en los próximos años, es fundamental conocer las propuestas dominantes a fin de comenzar a plantear alternativas. Las transformaciones en la organización del trabajo aparecen en toda su magnitud. Allí es donde se da hoy el

debate a fin de generar el consenso hegemónico y que, al igual que hace años con las privatizaciones, puede contar con apoyo societal puesto que son presentadas como los remedios a la falta de empleo.

Las cuatro premisas básicas son:

- 1) Reducir los costos laborales, lo que incluye la eliminación de las rigideces institucionales que obstaculizan la flexibilidad salarial.
- 2) Reducción de las contribuciones a la seguridad social que son interpretadas como causa del desempleo.
- 3) Reducción del costo del despido dado que es una barrera al empleo.
- 4) Descentralización de la negociación colectiva que reducirá al costo laboral, el incremento global de la demanda de trabajo y una mayor actividad económica.

Sin embargo, las investigaciones realizadas en nuestros países como la experiencia en los países centrales (Galín, 2000) nos muestra otras realidades:

1. Los países con salarios mínimos relativamente altos tienen menos desigualdades de ingresos, disminuye las diferencias de ingresos entre diferentes grupos y la pobreza de las familias trabajadoras (OCDE, 1998).
2. En el caso argentino, la reducción de las contribuciones a la seguridad social cuyo costo entre 1995-99 fue de US\$ 19.000 millones y al mismo tiempo disminuyó el empleo formal en un 5,6 %. Se argumenta que la existencia del impuesto al trabajo es una de las causales de la informalidad en el empleo y se dice que por lo tanto una disminución de las cargas patronales reduciría el incentivo de mejorar la competitividad a través de la no declaración del personal ocupado. En nuestro país, por lo contrario, el crecimiento del trabajo informal fue indiferente a las mayores deducciones impositivas sobre los salarios (UADE, 1999)

3. Se constata poca o ninguna vinculación entre lo estricto de las regulaciones sobre las indemnizaciones por despido y preaviso y los contratos temporarios y el desempleo global. Además los efectos de las reformas del régimen jurídico de protección del empleo que facilitaron despidos y contrataciones flexibles fueron indudablemente negativos sobre la creación de empleo.
4. No hay relaciones estadísticamente significativas entre

la performance económica y la negociación colectiva. Hay una clara y robusta relación entre la desigualdad de ingresos y la estructura de negociación. Los que coordinan y centralizan la negociación observan menor desigualdad de ingresos y menor desempleo. (OCDE, 1997).

5. En el mundo globalizado coexisten diversas estrategias con respecto a los trabajadores. Una de las grandes diferencias de USA sobre Europa y Japón consiste en que las empresas de USA tienen mayor libertad para contratar y despedir, pagan indemnizaciones mínimas o ninguna, los obreros trabajan un 30% más que los europeos, disponen de una a dos semanas de vacaciones frente a las 4 o 6 de los europeos, las pensiones son menores frente a los estatales y poderosos fondos europeos y tienen servicios médicos mínimos. Por otro lado, los estatales europeos mantienen numerosos servicios y empresas en sus manos.

PRINCIPALES DESAFÍOS Y ALTERNATIVAS DE CARA AL FUTURO

Poco a poco van surgiendo propuestas alternativas a los modelos hegemónicos. Sin embargo, para ser efectivos deben generar otro clima cultural, otros consensos e imaginarios en los que se reconozcan la validez de ciertos cambios que han favorecido iniciativas populares pero se rechace el "fundamentalismo de mercado". Este nuevo consenso deberá ser asumido por la mayoría de los actores sociales interesados y en especial, por las distintas víctimas del modelo neoliberal a fin de evitar nuevas frustraciones.

1. Solo una visión global de los problemas a enfrentar y el abandono de paradigmas neoliberales en las políticas económico-sociales pueden abrir un camino diferente. Hay distintos tipos de globalización y no debemos

"naturalizar" la neoliberal como la única y posible. Urge así implantar una nueva regulación pública y social, mundial y nacional, que descarte privilegiar la actual acumulación "salvaje" por parte de los grandes grupos transnacionales, que respete la sustentabilidad de la naturaleza y, sobre todo, que tenga como objetivo satisfacer las necesidades materiales y simbólicas del conjunto del planeta.

2. Fortalecer la democracia con nuevas formas de hacer política que fomenten la participación ampliando los derechos de ciudadanía, permiten el debate amplio y pluralis-

"Fortalecer la democracia con nuevas formas de hacer política que fomenten la participación ampliando los derechos de ciudadanía, permiten el debate amplio y pluralista valorando todo tipo de diversidades y creando otros modelos de acumulación"...

ta valorando todo tipo de diversidades y creando otros modelos de acumulación donde se priorice un crecimiento con equidad y distribución que brinde empleo digno y estable para el conjunto de la población. Se requiere una radical revolución democrática social, política y ética.

3. Fortalecer el Estado para recrear una nueva relación con los ciudadanos y las empresas. Por un lado hacerlo cercano al conjunto de la población dando respuestas a sus demandas, por otro lograr mayor regulación de los sectores privatizados, promover políticas activas con propuestas universalistas a nivel de alimentación, salud, educación y creación de empleo, completando con el mercado y no abandonándolo todo al lucro y el beneficio. Las políticas sociales deben acompañar las políticas económicas o en otras palabras si no cambian los modelos económicos que excluyen y empobrecen no hay política social que pueda dar cuenta de la actual situación de desempleo y empobrecimiento.

4. Luego de años que los funcionarios internacionales recomendaban una y otra vez "focalizar" para lograr mayor eficacia en gasto social, la realidad muestra el fracaso de tales opciones, especialmente en el tema de salud. "Una vez superada la crisis de los años ochenta en

muchos ámbitos, parece importante recuperar algún grado de universalidad de las políticas sociales, especialmente en áreas tan sensibles como la salud". (Cepal, 2000).

La experiencia muestra que la única garantía de calidad de las prestaciones de salud para los pobres es que estas prestaciones sean universales. Caso contrario, son prestaciones de salud pobre para los pobres.

5. Un párrafo especial sobre el cada vez más importante rol de las comunidades universitarias en la sociedad del conocimiento. Esto exige tanto ganar reconocimiento social como el sumir que hacen falta cambios internos urgentes en las curriculas a fin que respondan a otros proyectos de sociedad, en un mayor acceso a las universidades, en las prioridades de investigación, en abandonar autoritarismos y corporativismo aún vigentes, en la necesidad de producir más y mejor conocimiento y sobre todo lograr una mayor democratización en todos los niveles de enseñanza, investigación y extensión. Hay una campaña

que apunta a privatizar las mismas o a arancelarlas bajo la consigna de "lograr que los ricos paguen" y destinar esos fondos a "los pobres que van a la primaria y secundaria". Debemos dejar claro que sin mayor masa crítica formada en las universidades y en la educación pública, sin un aumento de los proyectos de investigación y desarrollo, sin una producción de conocimientos críticos en nuestras sociedades NO HAY POSIBILIDAD DE SALIR DEL DESEMPLEO Y LA DECADENCIA. Esta tarea no puede estar en manos del mercado sino debe ser una prioridad de los Estados.

6. Rediscutir la problemática de la deuda externa en el marco de una reforma financiera global y vinculándola con la corrupción, la pobreza y el futuro de la democracia. Esto significa, entre otros temas, recrear nuevas relaciones con los organismos internacionales y con actores no estatales (banca privada, sector empresarial, organismos no gubernamentales, partidos políticos). Es todo un síntoma de la actual crisis de la clase política que en la mayoría de nuestros países sean los líderes religiosos, en especial

el papa Juan Pablo II, quienes realicen la mayor crítica a dichos pagos, denunciando la inmoralidad de la misma y la consecuencia sobre la vida cotidiana de los pueblos.

7. Ampliar los espacios religiosos como el Mercosur a

fin de ampliar el poder de los estados nacionales y crear espacios no solo a los negocios sino a las articulaciones culturales y sociales.

8. Fortalecer las organizaciones populares y los movimientos sociales en sus relaciones locales, nacionales, regionales y mundiales evitando discriminaciones y xenofobias. Las transformaciones deben provenir de las articulaciones de todos aquellos que sean víctimas de los actuales modelos neoliberales y de los que se hagan solidarios de sus causas. Tarea nada fácil dada la actual fragmentación social y la seducción en algunos sectores populares por ciertas promesas neoliberales de progreso y combate a la pobreza o de "mano dura" y reafirmación "nacionalista". Por eso, ejemplos como el Foro Social Mundial contra el neoliberalismo a celebrarse en Porto Alegre en enero de 2001 es una oportunidad para construir alternativas viables entre actores y grupos pluralistas de diversos países del planeta.

9. Rehacer una justicia global limitando la creciente tentación imperial de EEUU. Evitar la alternativa de elegir entre defender la soberanía o defender los derechos humanos y sociales. El secretario General de la ONU, Kofi Annan acaba de manifestar (Clarín, octubre 2000) que no se puede invocar a ningún principio jurídico para proteger a los autores de crímenes contra la humanidad. Los casos de los dictadores Pinochet de Chile, de los torturadores como Cavallo de Argentina (detenido en México) o Montesinos (todavía prófugo) en Perú, muestran la necesidad del castigo "global". Al mismo tiempo distinguir los "intereses de la humanidad" de los intereses de los EEUU, principal potencia militar y económico del mundo, tal cual sucedió en Kuwait primero, luego en Kosovo...

10. Rehacer nuevas identidades que nos fortalezcan como individuos y sociales cosmopolitas, crear nuevas sensibilidades que valoren la riqueza de la diversidad y del placer, donde reconozcamos la importancia de las clases sociales, de las relaciones de género y la dominación masculina, del reconocimiento de los pueblos indígenas y de los valores de las distintas culturas presentes en A.L. de las diferentes opciones religiosas desde la memoria de desaparecidos, muertos, torturados y de las víctimas de tantas dictaduras y autoritarismos... desde estos espacios y lugares, volver a construir proyectos que encanten, den esperanzas, muestren que aquí y ahora, tiene sentido vivir en una sociedad donde entremos todos y todas, solidarios y felices. En ningún lugar está escrito que esto no sea posible...

GLOSARIO DE SIGLAS

BM – Banco Mundial.

OPS – Organización Panamericana de la Salud.

CEPAL – Comisión Económica para América Latina.

ONU – Organización de Naciones Unidas.

FMI – Fondo Monetario Internacional.

OCDE – Oficina Europea de Comercio.

UADE – Universidad Argentina de la Empresa.

OFEDO – Organización Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología.

CEAL – Centro de Estudio de América Latina.

UDUAL – Unión de Universidades de América Latina.

AL – América Latina.

MINSAP – Ministerio de Salud Pública de Cuba.

NOTAS

1. Banco Mundial, Asegurando el futuro en una economía globalizada, Puntos de vista, Washington, 2000.
2. Boron, Atilio, Estado, capitalismo y democracia en A. Latina, Buenos Aires, UBA, 1991
3. Bourdieu, Pierre, Choses dites, París: Minuit, 1987
4. Castel, Robert, Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado, Buenos Aires: Paidós, 1997
5. Cepal, Panorama social de América Latina, 1999-2000, Santiago, Chile, 2000.
6. Coulon, Alain, La etnometodología, Bs.As.: Catedra, 1995.
7. Forni, Floreal, Estrategias de recolección y estrategias de análisis en la investigación social en Métodos cualitativos II, Bs.As.: CEAL, nº 57, 1992.
8. Galín, Pedro, Situación laboral hoy, IV Jornadas de Sociología, UBA, 2000, mimeo.
9. Giddens, Anthony, Las nuevas reglas del método sociológico, Bs.As.: Amorrortu, 1987.
10. Haggard, Stephan y Kaufman, Robert, The political Economy of Democratic transitions, Princeton University, 1995.
11. OCDE, Employment Outlook, 1997.
12. OCDE, Employment Outlook, 1998.
13. Sader, Emir (comp.) Democracia sin exclusiones ni excluidos, Caracas, Nueva Sociedad, Clacso, Alas, Unesco, 1998.
14. Tedesco, Juan C., Educar en la sociedad del conocimiento, Bs.As. FCE, 2000.
15. Universidad Argentina de la Empresa, Informe Annual, Buenos Aires, 1999.
16. Vasilachis, Irene, Método cualitativos I, Bs.As., 1992.

DIRECCIÓN DEL AUTOR:

Marcelo T de Alvear 2230 (1122)

Ciudad Autónoma de Bs.As.

Correo electrónico: decano@decano.fsoc.uba.ar



Autorizada provisionalmente por
Res. MC y E N° 1.246/92 y 1515/98

Cursos Segundo Semestre



Personería Jurídica 1232
Fundado en 1953

ACTIVIDADES - 2001

TRATAMIENTO ORTODONCICO DEL PACIENTE ADULTO (ASISTENCIA MENSUAL).

Dictantes: Beatriz Lewkowicz, Susana Zaszczynski, Rosana Celnik y Maria Concepción Cocco.
Teórico: Viernes 10 a 17 hrs y sábados de 10 a 14 hrs. 12 sesiones. *Inicia:* 13/7

ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA INTEGRAL DE FAMILIA Y AUDITORIA EN SALUD BUCAL.

Directora: Beatriz Lewkowicz. Teórico con práctica clínica. Viernes de 9.30 a 15 y sábados de 9 a 13 hs.
3 semestres. *Inicia:* 10/8.

INTEGRAL DE CIRUGÍA BUCAL.

Dictantes: Mario D. Torres y Jorge M. García. Teórico con demostración práctica. Sábados de 8.30 a 12.30 hs.
18 sesiones. *Inicia:* 11/8

ESTOMATOLOGÍA PARA EL PRÁCTICO GENERAL. PATOLOGÍA INFECCIOSA DE FRECUENTES CONSULTA.

Dictante: Isabel Adler. Teórico. Sábados de 12.30 a 14.30 hs. 5 sesiones. *Inicia:* 11/8

INTEGRAL DE OCLUSIÓN, DISFUNCIÓN, ATM Y DOLOR CRÓNICO OROFACIAL.

Dictantes: Luis Zielinsky y Graciela Encina. Teórico (con opción a pasantía). Lunes de 11 a 12.30 hs. 10 sesiones. *Inicia:* 13/8.

APARATOLOGÍA REMOVIBLE

Dictantes: Moira Bent, Elías Beszkin, Jorge Coimbra, María Elisa Crosetti. Teórico-práctico.
Martes y jueves de 9 a 12 hs. 7 sesiones. *Inicia:* 17/7

CEFALOMETRÍA DE RICKETTS Y HOLDAWAY. V.T.O.

Dictantes: Elías Beszkin, Amanda Rizzuti y Gema Brizuela. Teórico-práctico. Lunes y miércoles de 11 a 14 hs.
Parte I: 5 sesiones, *inicia:* 18/7. Parte II: 5 sesiones. *Inicia:* 19/11

CEFALOMETRÍA DE BJÖRK-JARABAK, MCNAMARA Y FRONTAL

Dictantes: Liliana Periale, Stella Maris Flores de Suárez y Edith Losoviz. Teórico y práctico.
Lunes y miércoles de 11 a 14 hs. 4 sesiones. *Inicia:* 15/8

ACTUALIZACIÓN PERIODONTAL PARA EL PRÁCTICO GENERAL

Director: Isaac Rapaport. **Dictantes:** Osvaldo Adrián, Magdalena Braun, Mirta D'Amore y Angela Vallone.
Teórico: Jueves de 12.30 a 14 hs. 7 sesiones. *Inicia:* 16/8

PREVENCIÓN DE LAS MALOCCLUSIONES. TERAPIA INTERCEPTIVA.

Dictante: Henja F. de Rapaport. Teórico. Viernes de 12 a 15 hs. 4 sesiones. *Inicia:* 7/9

ACTUALIZACIÓN DE ALAMBRES EN ORTODONCIA

Dictante: Marta Sarfatis. Teórico-práctico. Lunes de 9.30 a 12.30 hs. 4 sesiones. *Inicia:* 10/9.

MONTAJE EN ARTICULADOR PARA DIAGNÓSTICO ORTODÓNICO.

Dictante: Graciela Resnik. Teórico-práctico. Martes y jueves de 9 a 12 hs. 5 sesiones. *Inicia:* 27/9.

BIOMECÁNICA DE LOS MOVIMIENTOS DENTARIOS Y SUS RESPUESTAS BIOLÓGICAS.
Dictantes: Elías Beszkin, Eduardo Muño, Marta Sarfatis y Graciela Iglesias.
Teórico: Miércoles de 8.30 a 11.30 hs. 5 sesiones. *Inicia:* 7/11.

TÉCNICA DE MULLIGAN

Dictante: Julio C. Lalama. Teórico. Martes de 11 a 13 hs. 3 sesiones. *Inicia:* 6/11.

Cursos desarrollados por Convenio suscripto por el A.A.O con la Universidad Favaloro.

Informes e inscripción: Anchorena 1176 (1725) Capital. Tel/fax: 4962-2727.
E-mail: ateneo@canopus.com.ar / www.ateneo-odontologia.org.ar



EXAMENES INTERNACIONALES

Capacitación en INGLÉS para profesionales.

Representantes exclusivos de exámenes G-Telp
College of Extended Studies, San Diego State University

El Ateneo Argentino de Odontología nos confía sus cursos de Inglés de posgrado.

Informes 4833-2564

exint@ciudad.com.ar

ORTHO HOUSE

AHORA PUEDE HACER SU PEDIDO FACILMENTE

Comuníquese al tel. / fax: (5411) 4881-6168

IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA

PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL



ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

Consultorio de Radiología Dento-Máxilo Facial

*37 años acompañando como especialidad
a los otontólogos y médicos argentinos*

ARANCELES PREFERENCIALES A SOCIOS DEL ATENEO

**RADIOGRAFIAS • TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIOS
CEFALOMETRICO CONVENCIONALES Y COMPUTADOS
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS CONDILOGRAFIAS
IMPLANTEGRAMAS: INTRAORALES Y EXTRAORALES**

Prof. Dr. Angel J. Vázquez y Dr. E.R. Cura

Horario: de lunes a viernes de 9.30 a 19 hs.
Sábados, de 9.30 a 12.30 hs.

Corrientes 2362, 1º A • Tel. 4951-4532 (1046) Capital Federal

LABORATORIO "Del Ateneo"

**Aparatología de Ortopedia Funcional
y Ortodoncia en toda su variedad**

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176 • Teléfono 4963-6802

FOCIBA Y LA SITUACIÓN NACIONAL.

Nuevamente la decepción

Después de muchos años de destrucción del entramado social y entrega de las "joyas de la abuela", en las postrimerías del año 1999 una coalición de fuerzas políticas aparentemente progresistas, convocó a la ciudadanía para iniciar un período de gobierno que prometía terminar con la inequidad de un proceso económico que privilegió la acumulación privada en manos de unos pocos, destruyó el estado y colocó a la nación al borde del colapso y el decrecimiento de la convivencia democrática.

Lamentablemente ya transcurrida casi la mitad de su posibilidad constitucional, el gobierno elegido no sólo no enfrentó las situaciones apuntadas sino que ahora acude a los ingresos de los jubilados y de los trabajadores para enjugar los déficits que produjo el modelo económico heredado.

Tal situación crea un sentimiento de honda decepción: nos sentimos traicionados. Tanto tiempo de luchas y esperanzas para arribar a esta realidad.

No obstante no debemos permitir que nos derroten haciéndonos abandonar nuestros principios y nuestra lucha.

Hoy más que nunca esta profesión debe unirse y profundizar su organización gremial para posibilitar el logro de las conquistas que permitan condiciones de trabajo dignas. Que este llamado no se considere un agravio ni un desacato. La profesión organizada siempre ha colaborado sin pedir más que justicia. Únicamente deseamos que las Autoridades que elegimos, no se equivoquen de enemigo.

Declarar la Independencia significa mucho más que solucionar un desequilibrio presupuestario que no fue generado por los que menos tienen.

Alguien dijo que el pueblo vota cada 2 o 4 años y el mercado vota todos los días. Debemos luchar para revertir esta situación exigiendo el debido respeto por que de lo contrario veremos llegar más decadencia ya que si bien no existe sociedad sin economía, no puede haber economía sin sociedad organizada.

Por ello debemos motivar fuertemente a la profesión para exigir a la coalición gobernante que oriente su hoja de ruta y desaliente la pérdida de las ilusiones.

Federación Odontológica de la Ciudad de Buenos Aires.
Julio 2001.

Resolución de la fdi

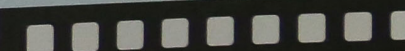
ASAMBLEA GENERAL, PARIS, 28/11/00.

Ante una propuesta de declaración presentada por la Federación Odontológica Latinoamericana y Organización Regional Latinoamericana de la FDI (FOLA / ORAL), la asamblea general aprobó por 93% de votos a favor y 6% en contra la siguiente resolución:

"La FDI, profundamente preocupada por el impacto negativo que la mala salud bucal tiene sobre la calidad de vida de las personas y sobre la economía de los países, dirige la atención de los gobiernos del mundo hacia la gravedad de esta situación y los alienta a todos ellos para que asignen apoyo político y económico adicional a los servicios dentales, poniendo énfasis en la prevención de la enfermedad dental, particularmente en cuanto ella afecta a los más desfavorecidos."

Nota de la dirección:

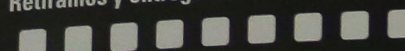
Es importante destacar que actualmente el presidente de FOLA / ORAL es el Dr. Enrique Cister de Argentina, colega que ejerce la profesión en la ciudad de Chascomús en la Provincia de Buenos Aires.



**REVELAMOS
DIAPOSITIVAS**

Tel 4524.2459

Retiramos y entregamos en su consultorio.



Noticias del Ateneo.

Acto de entrega de Certificados de especialista en Ortodoncia y de cursos integrales de Ortopedia y Ortodoncia.

El 21 de Junio a las 12.15 horas, se llevó a cabo el acto académico de entrega de Certificados de Especialista en Ortodoncia, a los colegas que cumplieron satisfactoriamente con las pruebas de evaluación teórico-prácticas del Curso Integral del Tratamiento de las Maloclusiones 1999-2000, correspondiente al Curso Integral de Ortodoncia 1998-1999-2000, del Curso Avanzado de Especialización en Ortopedia y Ortodoncia.

Ante la presencia de autoridades del A.A.O., docentes, familiares y amigos, el presidente del A.A.O., Dr. Armando Pollero y la presidenta de la S.O.R.A. (Sociedad de Or-

todoncia de la República Argentina), Dra Graciela Resnik, dirigieron una emotivas palabras a los presentes y felicitaron a los profesionales que completaron importantes etapas de capacitación en sus carreras. Asimismo se los convocó a seguir participando y permaneciendo en la institución.

En nombre de los egresados habló la Dra Lidia Moscattelli que agradeció a los docentes todo lo recibido tanto desde el punto de vista académico como humano.

Luego de la entrega de los Certificados se invitó a los presentes a participar de un cordial brindis. Felicitaciones a los nuevos egresados!!!



Nuevos especialistas en ortodoncia

MARIA CAROLINA ETCHEPARE - SILVINA GALE - MARIA ALEJANDRA GONZALEZ
ALEJANDRA LOPEZ GUERRERO - ELIANA E. LOZADA CUESTAS - MARINA MANGANIELLO
MARIO J. MEZA COLMENARES - CLAUDIA ALEJANDRA MORON - LIDIA BEATRIZ MOSCATELLI
ANA MARIA O'CONNELL RAMIRO RIOS HINOJOSA - JAVIER E. SALTOS RUILOVA
CLAUDIA MARIA F. SIMARO - MARIA ROSA VALSANGIACOMO.



Dra Graciela Resnik (Presidenta de S.O.R.A.), Dr. Armando Héctor Pollero (Presidente de A.A.O.), Dra Liliana Periale (Secretaria de S.O.R.A.), en el acto de entrega de certificados de Especialistas en Ortodoncia a nuevos egresados.

CONVALIDACION DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA EN BRASIL.

Otorgado por el Ateneo Argentino de Odontología.

El Dr. Osvaldo Bosi quien obtuvo el título de especialista en ortodoncia a través de la S.O.R.A en el año 1995 nos comunica la convalidación del título en su país, Brasil.

Transcribimos la carta recibida:

Caixas do Sul, 08 julio 2001.

Estimados

Doctores y Amigos del Ateneo:

Estoy escribiendo para comunicar a los doctores del Ateneo que he recibido la convalidación del título de especialista en Ortodoncia y Ortopedia. Después de expedido el Título de especialista en Ortodoncia por S.O.R.A Seccional del Ateneo Argentino de Odontología, tuve que certificar las firmas del presidente S.O.R.A en el Ministerio de Salud y Acción Social, después al Ministerio del Interior, Ministerio de Relaciones Exteriores, y al fin en el Consulado de Brasil. Al llegar a Brasil tuve que hacer la traducción de todo el Programa Analítico detallado del curso, así como todos los certificados con la duración total de horas. Entonces

solicité junto al Consejo Federal de Odontología Brasileño la convalidación. Los trámites tardaron cinco años. Solamente ahora recibí la respuesta de que me habían convalidado el título. Me gustaría compartir con ustedes esta alegría. Me gustaría también continuar manteniendo contacto con ustedes para saber cuando hay cursos, congresos o jornadas para actualización, y también si es posible recibir la revista de ustedes. Sinceramente gracias y cariño.

Atte. Dr. Osvaldo Bosi.

VISITANTES A NUESTRA SEDE

Concurrió al Ateneo Argentino de Odontología el día 11 de julio pasado el Decano de la Facultad Mayor de San Simón de Cochabamba, Bolivia, Dr Juvenal López Miranda, para concretar la realización del dictado de cursos de posgrado por parte del A.A.O en dicha Universidad, en el marco del acuerdo firmado en el año 2000. Acompañaron al Sr. Decano el Licenciado Carlos Cuenca y el Sr. Javier Rodríguez, representante del Comité Ejecutivo de la Universidad de Bolivia.

El día 29 de Junio ppdo. nos visitó la Dra Ulla Schroder, Directora del depto. de Odontopediatría de Malmo, Suecia, quién dio una conferencia sobre "Prevención de Maloclusiones y Terapia Interceptiva", para este A.A.O.

INAUGURACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

Con motivo de adecuar el área de cirugía a las necesidades de la especialidad y a las normativas en bioseguridad, el A.A.O. diseñó e inauguró un centro de cirugía dentomaxilo-facial, en el que se podrán realizar todas las intervenciones quirúrgicas que emerjan de las distintas patologías de la región, como así mismo las intervenciones implantarias.

Dicho centro cuenta con una oficina de recepción y de tareas administrativas, un consultorio con dos equipos para las tareas de consulta, curaciones y preparación prequirúrgica del paciente y anestesia.

Un área de apoyo quirúrgico permite el almacenamiento de instrumental, lavado y vestimenta del personal, y a la sala de cirugía que cuenta con dos quirófanos, aspiración central, iluminación proveniente del techo, y un aparato de Rx de transportación aérea, que permiten una muy buena circulación.

En el marco de esta adecuación, se reubicó en la planta baja del edificio, las áreas administrativas de cursos, la

caja y la gerencia de la institución.

Y acorde con las tareas docentes que se realizan en la casa, se rediseñó el área de biblioteca y centro documental, contando el mismo con sala de lectura, sala de archivo, y oficina de la bibliotecaria donde se canalizarán las búsquedas a través del material bibliográfico y/o internet.

Comisión de Clínicas.



Libros y publicaciones



"La odontología en Argentina del curanderismo a la consolidación profesional."

Autor: Marta V. Schapira.*

Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.

Este libro, publicado por la UNR en noviembre de 2000, reconoce como punto de partida la Tesis de Maestría en Salud Pública (UNR) de la autora, denominada "Proceso de profesionalización de la Odontología Argentina 1880-1940". En el mismo reconstruye el surgimiento de la odontología como ocupación y recorre los avatares de su consolidación como profesional liberal en nuestro país, atravesada por condiciones políticas, gremiales, económicas, académicas, ideológico-culturales y corporativas. Bajo una perspectiva de construcción social e histórica, el abordaje epistemológico y teórico planteado se inscribe en el campo de la sociología y la historia de las profesiones, de escaso desarrollo en nuestro medio. Sin embargo, este trabajo logra sintetizar las principales corrientes conceptuales vinculadas a esa perspectiva que fueran aportados por autores anglosajones, particularmente direccionados al estudio de la profesión médica. Estos desarrollos operan en el trabajo como referentes conceptuales permanentes a partir de la crítica que realizan a las posiciones funcionalistas. Se reconoce, con matices diferenciales, un "enfoque de poder", representado por un conjunto de autores que centran el análisis en las relaciones entre el poder, el conocimiento específico, la ideología de

servicio social, el prestigio, los recursos simbólicos, la tendencia a la formación de corporaciones y el papel del Estado para la obtención de legitimidad en el alcance del monopolio en el ejercicio profesional y de la autonomía orientada a la regulación del propio trabajo.

En la misma línea se identifican mecanismos demarcatorios: exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación que los grupos profesionales despliegan hacia otras profesiones y ocupaciones, con el fin de asegurarse una jurisdicción exclusiva, en el marco de contextos históricos particulares. En capítulos posteriores se reconstruye la conformación y los cambios en las ocupaciones vinculadas a la cura durante el medievo europeo y en periodos pre-industriales. Se abordan también algunos aspectos de las transformaciones sufridas por estas ocupaciones durante la emergencia y consolidación del capitalismo industrial en el siglo XIX, dando lugar a las "profesiones modernas", teniendo en cuenta la particularidad de estos procesos en el mundo anglosajón y en Europa continental, considerando la desigual presencia del Estado y el peso de tradiciones culturales. Con alto grado de especificidad el texto da cuenta de las particularidades que adquiere la profesionalización de la odontología en Argentina, originada en ocupaciones no eruditas, de origen artesanal y mercantil entre 1880 y 1940.

Teniendo como marco de referencia a los procesos europeos y norteamericanos, se explora el pasaje de esta práctica-artesanía, hasta alcanzar su inclusión entre los "ramos menores" de la Medicina y, posteriormente la dinámica de su conformación como profesión autónoma. En su recorrido histórico la autora analiza cómo el origen plebeyo de la práctica y el conocimiento odontológico, compartido con otros practicantes de las gildas medievales ha conformado una tradición ocupacional marcada por una prolongada actividad artesanal con prácticas técnicas específicas, orientada a un amplio mercado de servicios. Esta dilatada tradición, centrada en la posesión de habilidades manuales perduran más allá de la desaparición de las corporaciones de artesanos y comerciantes libres y pasan a conformar tardíamente las llamadas "ramas menores" de la medicina, de modo subordinado a la aristocracia

* Lic. en Antropología por la UNR, Magister en Salud Pública, UNR. Docente e Investigadora de la Facultad de Odontología de la UNR.

y a las élites eruditas – de la que la medicina era parte... La hipótesis que emerge es que este origen, ligado a la coexistencia prolongada de un conjunto abigarrado de prácticas curativas con un extendido reconocimiento social, intervino en la producción de ciertos efectos en el proceso de profesionalización de la odontología.

Por un lado, contribuyó a prolongar una etapa pre-profesional, en tanto que es recién en el siglo XIX cuando su enseñanza se incorpora a la Universidad. Por otro y, por contraposición a la medicina, en tanto profana, carecía del carisma institucional de la educación religiosa y de los recursos emblemáticos que ésta otorgaba como elemento caracterizador de una elite. Además, este origen, desligado del carácter religioso que impregnaba el hecho de "profesar una vocación" y vinculado a prácticas mercantiles, permitió visualizar la persistencia de la lucha por la obtención de ventajas económicas y sociales, por parte de odontólogos. Este fenómeno opacó el peso del discurso altruista y de servicio social, característico de la medicina, esgrimido como fundamento de las prerrogativas de autonomía profesional.

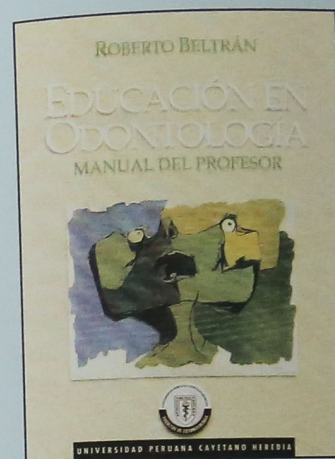
Teniendo en cuenta el peso de estas huellas de identidad con que este grupo ocupacional se construye históricamente, es posible comprender el enorme esfuerzo de los odontólogos para consolidar su profesión. El logro de una jurisdicción exclusiva que definiera el monopolio del ejercicio profesional y el alcance de la autonomía, dirimida en el marco de las relaciones con el Estado y jugada en el ámbito de la universidad y de las organizaciones gremiales, cobró características peculiares. Fue la Universidad el escenario central en el que los profesionales desplegaron su esfuerzo para lograr el monopolio de su competencia en una jurisdicción exclusiva. Su inclusión en este ámbito desde la creación de los primeros cursos y escuela, a fines del siglo XIX, dependientes de las Facultades de Medicina, apuntó en un inicio a incrementar la visibilidad profesional, dado que la titulación universitaria encarnaba la autoridad de la ciencia como único sistema de conocimiento, considerado como garantía definitiva de validez. La posesión de conocimientos y destrezas especializadas, construidas y transmitidas por la formación universitaria legitimada por el Estado constituyó un mecanismo clave en la convalidación de una posición de privilegio en el mercado de trabajo, lo que permitió obtener recompensas sociales y económicas.

La instancia académica se erigió en la bisagra de un pro-

yecto profesional orientado a asegurar un sistema de educación monopólica capaz de producir recompensas ocupacionales. Sin embargo, la educación universitaria por sí sola no configuró una condición suficiente para la conformación de un espacio jurisdiccional propio. Un primer obstáculo a enfrentar estuvo constituido por la hegemonía científica, política y académica de la medicina, que a la vez representaba para los odontólogos un modelo a imitar en razón de la conjunción lograda entre la autonomía técnica y los privilegios alcanzados a partir de sus funciones ideológicas. Esta relación ambivalente y contradictoria, a fines de la década del '30 alcanza cierto equilibrio inestable a partir de que los odontólogos logran asegurar mecanismos de reproducción académica con un importante grado de singularidad e independencia. Este hecho que consolidó el proceso de profesionalización y contribuyó a la definición de un campo de conocimiento e intervención exclusiva fue producto de la adopción de ciertos modelos científicos vigentes en la época que sustentaron la teoría de la infección focal, lo que permitió construir un modelo que otorgaba mayor legitimación al "cirujano dentista". En la década del '40, los odontólogos logran exitosamente impulsar mecanismos de clausura dual que por un lado tendieron a impedir la hegemonía médica en su propio espacio cognitivo y de intervención y, por otro apuntaron a lograr la subordinación de los mecánicos dentales tras sostener un prolongado conflicto. En el período que el texto recorre, frente al lugar central de la universidad como legitimadora y escenario privilegiado de pugnas demarcatorias, las relaciones con el Estado, mediadas por la actividad de las asociaciones gremiales, aparecen un tanto opacadas en el nivel de registro analítico alcanzado. Se describen demandas de reglamentación del ejercicio profesional a fin de proteger intereses corporativos y se visualiza la presencia de un débil movimiento gremial con escasa participación colectiva.

Ante las propuestas de intervención creciente del Estado en el campo de la salud en torno a los años '40, en particular en lo referido a los planes de "oficialización o semisocialización" de la odontología, se evidencia lo limitado de la presencia de un discurso de compromiso con la salud pública que permitiera develar con un mayor nivel analítico, las conexiones establecidas con la esfera estatal.

Comentario del Dr. Alberto P. Valente.



Educación en Odontología: Manual del Profesor.

Autor: Roberto Beltrán

Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La universidad Peruana Cayetano Heredia ha editado un importante libro sobre Educación en Odontología del Profesor Roberto Beltrán, odontólogo Peruano de gran trayectoria en educación desde su juventud hasta nuestros días, que cumple funciones de consultor/asesor en organismos internacionales, como la OPS/OMS, la OFEDU/DUAL y la FOLA, además de publicar más de 50 artículos sobre Educación, Medicina, Patología y Cirugía bucal y Salud Pública.

El libro cuya tapa está ilustrada con un grabado de Oswaldo Guayasamin, el extraordinario pintor ecuatoriano y una contratapa que expresa claramente un resumen del contenido del libro que se transcribe a continuación: "La presente obra constituye el primer libro dedicado en forma amplia y exclusiva a temas relacionados con la educación universitaria del Cirujano Dentista. Único en la literatura mundial, se presenta en forma de manual de fácil

consulta. Reúne por un lado información recogida de diversas fuentes, y por otro, el fruto de la experiencia y reflexión de una persona que ha dedicado buena parte de su vida a buscar formas de elevar la educación odontológica a los niveles que le corresponde, dentro del concierto de las profesiones universitarias dedicadas al cuidado de la salud de la población. Contiene siete capítulos con un total de sesenta títulos que cubren aspectos teóricos y prácticos. Su objetivo es servir de ayuda al profesor de Odontología que desee convertir su actividad cotidiana en una experiencia intelectualmente estimulante; en una actividad profundamente humana de acercamiento a la juventud; en un afán de búsqueda permanente de mejores estrategias para que el alumno aprenda y desarrolle lo mejor de su potencial intelectual y afectivo, que lo capacite para adquirir las destrezas que se requiere para atención del enfermo, y lo habilite para descubrir en su función profesional la auténtica dimensión social que le cabe como ciudadano responsable. Cada título de los sesenta que contiene la obra está preparado para ser útil en sí mismo, de modo que se pueda leer separadamente. En cierta forma, se trata de una serie de ensayos basados en la reflexión a partir de la lectura, la experiencia personal y del diálogo con profesores, administradores, colegas y alumnos."

La obra consta de siete capítulos, apéndice, y una bibliografía general de gran utilidad para los docentes de pregrado y de posgrado, en odontología. Los capítulos son: I. La Universidad, II. Conocimiento y Aprendizaje, III. Dominios del Aprendizaje, IV. Universidad y Sociedad, V. Planificación Educativa, VI. Evaluación y VII. Hoy y Mañana.

Esta importante publicación puede solicitarse a través de cada facultad y/o institución de Posgrado a: Universidad Peruana Cayetano Heredia – Av. Honorio Delgado 430 – San Martín de Porres – Lima – Perú.

Comentario del Dr. Ariel Oswaldo Gómez.

Correo de lectores

Queremos conocer su opinión sobre RAAO, los trabajos que publicamos, el contenido, el formato, etc. Sus comentarios y propuestas son importantes para nosotros. Escribir a Correo de lectores.

Anchorena 1176 (1425) Capital Federal - Tel/fax 4962.2727
Correo electrónico: ateneo@canopus.com.ar

Correo de lectores

Sr. Presidente del Ateneo Argentino de Odontología
Dr. Armando H. Pollero.

Estimado colega:

Faltan apenas unos días para que concluya este año, y no queremos que este culmine sin antes expresarles nuestra más sincera gratitud por todo el apoyo y la incalculable ayuda que durante todo este tiempo nos han estado brindando, para que nuestra biblioteca cuente en sus fondos con bibliografía actualizada que satisfaga las demandas informativas de nuestros investigadores, especialistas, profesores y estudiantes.

Queremos en nombre de nuestro Centro de Información de Ciencias Médicas y en el mío propio, desearles para el nuevo año muchos éxitos en la vida personal y profesional de cada uno de ustedes, quienes día a día aportan su granito de arena para engrandecer la amistad y la solidaridad entre los pueblos.

Lic. Mercedes Herrera R.
Holguín - Cuba.

At. Sr. Presidente del A.A.O
Dr. Armando H. Pollero.

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. Con el motivo de comunicarles que el Círculo Odontológico de Junín se encuentra abocado en la formación de una biblioteca a la que puedan acceder todos los odontólogos de la ciudad y sus alrededores.

Por tal motivo, nos complacería poder contar en nuestra entidad con la publicación de su prestigiosa revista, como así también información ligada a actividades del área odontológica.

Debido a que la biblioteca está en plena formación nos sería de gran utilidad, en la medida de sus posibilidades poder contar con algunos ejemplares atrasados.

Desde ya quedamos sumamente agradecidos por su colaboración, la cual va a servir para ampliar nuestros conocimientos, y nos va a permitir poder mantenernos actualizados en forma continua. Saludan a Ud. Muy atentamente.

Dr. Daniel C. Renda.
Círculo Odontológico de Junín.

Sres. Revista del Ateneo de Odontología.

Solicito a Uds. tengan a bien informarme en que índices esta indexada vuestra prestigiosa revista.

Agradezco que Uds. nos la hagan llegar. Atte.

Prof. Dr. Ramón Fuentes

Director Depto. Odontología

Universidad de La Frontera - Temuco - Chile.

Nota: La revista de la A.A.O está indexada en la Biblioteca de la American Dental Association (ADA) bajo el ISSN 0326-3827. (www.ada.org) y en la base de datos LILACS de la OPS en www.bireme.br/bvs/E/ebd.htm.

Recibimos confirmación de recepción de la revista de las siguientes instituciones y bibliotecas:

-Universidad Nacional de Rosario.

Dra. María E. Cerioni (Directora de Biblioteca).

-Univesidade Estadual da Paraíba, Brasil

Prof. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas

(Chefe do Depto Odontología)

-Sociedad Odontológica de la Plata.

Dr. Aníbal Inchausti. (Director de Biblioteca de la Sociedad Odontológica de La Plata)

-Sociedade Caruaruense de Ensino Superior- Faculdades de Direito e de Odontología de Caruaru. Brasil
Ana Lúcia Amorim. (Bibliotecária CRB4-1138)

-Universidad Nacional de Rosario.

Dra. María E. Cerioni (Directora de Biblioteca).

-Universidad de La Plata. Facultad de Odontología.

Nelly Rosa Piro. (Directora de Biblioteca Interina)

Agenda de Congresos y Jornadas*

EN LA ARGENTINA.

6º JORNADAS DE DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR Y DOLOR OROFACIAL.

10 y 11 de agosto de 2001.

Informes e inscripción: Círculo Argentino de Odontología.
Eduardo Acevedo 54. Capital Federal.

Te.(54.11) 4901-9311 / 5488.Fax 4903-7064.

XXI JORNADAS DEL INTERIOR DE LA SAP Y CIRCULO ODONTOLÓGICO DE MISIONES.

16 al 18 de agosto de 2001.

Lugar: Hotel Sheraton Internacional. Iguazú Resort.

Informes e inscripción: Junín 959 5º piso (C1113AAC)
Buenos Aires. Te. 4961-6141 - Int. 204.

Fax: Int. 222. E-mail: sap@aoa.org.ar

Ayacucho 1446 (3300) Posadas, Misiones.

Te. (03752) 440777

EXPONENT 2001.

16 al 19 de agosto de 2001.

Lugar: Feriari Córdoba.

Informes: Sr. Armando Stritzke. Av. Colón 1996 - (5000)
Córdoba. Te.0351-489-6977.

JORNADAS DE PERIODONCIA DEL INTERIOR.

23 al 25 de agosto de 2001.

Lugar: Misiones.

Informes e inscripción: SAP.

Junín 959 (C1113AAC) Buenos Aires.

Te. (54.11) 4961-6141 Int. 204. Fax: (54.11) 4961-1110.

CONGRESO INTERNACIONAL 40 AÑOS DE LA FOLP.

35 AÑOS DE LA PRIMERA PROMOCION.

25 al 28 de septiembre de 2001.

Informes e inscripción: Calle 51 e/ 1 y 115 (1900)

La Plata. Bs. As.

Te/fax. (54-221) 4236776/5.

E-mail: postgrado_folp@yahoo.com

JORNADAS CIENTÍFICAS 75º ANIVERSARIO DEL

CIRCULO ODONTOLÓGICO DE CONCORDIA.

3 al 5 de octubre de 2001.

Lugar: Instituto de Investigaciones Científicas.

Informes e inscripción: 25 de Mayo de 520,

Concordia, Entre Ríos.

Te. (0345) 4217311

1º JORNADAS INTERNACIONALES DE ACTUALIZACIÓN PARA EL ODONTÓLOGO GENERAL. 2º JORNADAS PARA LA

PRÁCTICA DIARIA DEL ODONTÓLOGO JOVEN.

6 y 7 de octubre de 2001. Sede: Hotel Castelar.

Informes e Inscripción: Círculo Argentino de Odontología.

E. Acevedo 54. Capital Federal. Buenos Aires. Argentina.

Te. (54.11) 4901-9311 / 5488 / 4903-7064.

ENCUENTRO NACIONAL DE FUNCIONALISTAS Y JORNADAS ANIVERSARIO.

Sede: C. Odontológico de Paraná.

Informes: Corrientes 218 (3100) Paraná.

Te. 0343-4318362 / 4231497.

XVIII JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DEL HOSPITAL RAMOS MEJIA.

24 y 25 de octubre de 2001.

Informes e inscripción: Área programática.

Te. 4931-6971.

XVII JORNADAS INTERNAS INTERDISCIPLINARIAS Y I JORNADAS ESTUDIANTES DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA.

26 y 27 de octubre de 2001.

Sede: AAO.

Informes: Anchorena 1176 (1025) Ciudad de Buenos Aires.

Te. 4962-2727.

E-mail: ateneo@canopus.com.ar

BECAS PARA RECIÉN EGRESADOS

Invitamos a los cursantes del último año de la Carrera de Odontología de la U.B.A. a participar del sorteo de becas que anualmente otorga esta

institución a los recién egresados. Para mayor información dirigirse al Departamento de Cursos del Ateneo Argentino de Odontología.

Aprobado por 

Antibioticoterapia de elección en odontología



2 **tomas**
diarias



875 mg de Amoxicilina
por comprimido



AmoxidalDuo®

Comprimidos recubiertos

**Eficacia en la profilaxis y tratamiento
de la infección osteodental**

**Máxima compliance con el mayor
cumplimiento terapéutico**

Óptima tolerabilidad y seguridad



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

www.roemmers.com.ar