



REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

CALENDARIO, 19 Y 20 DE NOVIEMBRE, 1982:
Quintas Jornadas Internas del Ateneo
Argentino de Odontología



ernex

Nuevo concepto en terapéutica orofaríngea



Antiinflamatorio
Antiálgico
de uso tópico

Indicaciones:
ESTOMATOLOGIA:
estomatitis - gingivitis - aftas
muguet - glosodinia -
inflamación e irritación por
prótesis - cirugía
maxilofacial -
radiomucositis
AFECIONES FARINGEAS:
faringitis - amigdalitis viral y
bacteriana - rinofaringitis -
pre y postoperatorio en ORL
- faringodinia
postintubación.

ODONTOLOGIA: gingivitis -
estomatitis - osteitis -
paradentosis - extracciones
simples o complicadas -
tratamiento pre y
postoperatorio.
Fórmula:
Cada 100 ml contiene:
benzidamina ClH₀ 300 g;
Excipientes c.s.p. 100 ml
Posología:
Utilizar en forma de
gargarismos, buches o
topificaciones 2 a 4 veces por día.

Se recomienda utilizar
1 medida (15 ml) de la solución
pura o diluida en partes iguales
de agua.

Presentación:
Envases de 120 ml.
Contraindicaciones:
No posee.

Bibliografía:
A disposición del cuerpo
médico.

CASASCO

OFERTAS - OCTUBRE-NOVIEMBRE OFERTAS

CASA BERNARD SACI Av. San Martín 1463 - Tel. 59-3043/3764 (1416) Capital Federal

de JAPON: YOSHIDA DENTAL

\$ 137.000.000 O financiado en 12 meses a bajo interés

RAYOS X
Panpas
MANUABLE -
EFECTIVO -
POTENTE

Cumple con las normas de
seguridad reglamentadas de
Salud Pública y de control
de Seguridad de USA y Japón.



- Regulador de Voltaje - Voltímetro.
- Amperímetro. • Timer.
- Doble fusible reforzado.
- Protector de caída de Voltaje, con Alarma.
- Brazo extensible hasta 2,20 mts.
- Cabezal con movimiento universal: 360°
- Cono localizador largo, con revestimiento de antimonio y plomo
- Ocupa mínima superficie en el consultorio

Brinda siempre radiografías contrastadas,
por su Timer combinado electrónicamente
con su regulador de Voltaje. **VEALO FUNCIONAR**

de USA: COLUMBUS DENTAL
ESTERILIZACION CON SISTEMA DE PROGRAMACION

- Timer hasta 2 horas
- Corte automático
- Termómetro incorporado
- Termóstato electrónico
- Totalmente en acero inoxidable.
- ETERNA.

CONTADO
DRI - CLAVE
\$ 19.000.000
Modelo 75

\$ 28.000.000
Modelo 150



**BOMBA DE VACIO
DRI - CLAVE**
• Rodante
• 11 ondas de potencia
• 2 canales de absorción
• TODO CIRUJANO
DEPENDE DE ELLA
\$ 25.000.000

**FALCON
MICROMOTOR NEUMATICO
con C/ANGULO y P/MANO**
• Sistema Intra
• De gran torque
• De 4.000 a 20.000 RPM
• Se acopla a cualquier manguera
de Turbina Sistema Borden
EL SET COMPLETO \$ 23.000.000

**TORNO NEUMATICO
PARA PROTESIS**

(Para reemplazar al antiguo e incómodo
sistema de brazo y cuerda).
Modelo especial para acoplar a cualquier
comando de turbina.
Con Pieza de Mano incorporada:
\$ 9.100.000



de U.S.A.

star dental

• **TURBINA CONCENTRIX**
Oferta sólo para
conocedores.
\$ 7.500.000

• **CAJA CONTROL BATTAN 2
NEUMATICA**
Comando con jeringa triple y 2 líneas.
Manómetro lectura horizontal
Presión automática de Spray
\$ 34.500.000 (sin instalación)

• **TURBINA VISTA - L**
Con luz óptica
Completa con transformadores
reductores de 220 V a 4 V y sus
correspondientes mangueras.
\$ 42.000.000

de U.S.A.
Revelador Automático
Precisión
Seguridad
En 7 minutos
**REVELA 8
Peleas**
Radiográficas
de SECO
a SECO
CONTADO \$ 67.900.000

Peri-Pro



Oferta
Especial

de ISRAEL:
Revolucionario:
CAVITACION NEUMATICA:

ADIMEC

PROSONIC



El sistema que reemplaza en eficacia al
ultra sonido.
No mole al paciente ni al profesional.
No quita visibilidad.
Se acopla a su manguera de turbina.
\$ 10.985.000

MICROMOTOR ROCKY
Neumático. - Con velocidad regulable
4.000 a 20.000 rpm. Marcha y contra
marcha. - Con sistema de refrigeración.
Con Pieza de mano incorporada en el
mismo. Adaptable a cualquier manguera
de turbina Sistema Borden 2 agujeros.



\$ 13.700.000
2.500.000
mas 1 c/ángulo
Total \$ 16.200.000

Todos éstos precios son basados en Dólar Oficial \$ 27.750 - Precios sujetos a variantes del Dólar.

Solamente en CASA BERNARD SACI logrará estas ofertas

**MIL OFERTAS MAS COMO ESTAS - EL SURTIDO MAS COMPLETO EN MATERIALES, INSTRUMENTAL
Y EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Miguel J. Stratas
VICEPRESIDENTE: Mario Daniel Torres
SECRETARIO: Mario J. Beszkin
PROSECRETARIO: Edith Losoviz
TESORERO: Carlos Guberman
PROTESORERO: Alberto Baggini

VOCALES TITULARES:

Catalina Dvorkin Saúl Merlin
Diana Kaplan Luis Zielinsky
Beatriz Lewkowicz Alfredo F. Alvarez

VOCALES SUPLENTES:

Oscar Siscar Liliana Doctorovich
Eva Schilman Ricardo Pomeranic
Clara Szeinberg Sofía Vinograd

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES:

Elías Beszkin Henja Rapaport
Jaime Fiszman

SUPLENTES:

Noemí Lisman Natalio Schesak
Silvia Rudy

TRIBUNAL DE HONOR:

Angel Lagorio Sara Sneibrun
Elías Samailovich Lea Casoy
Leonardo Voronovinsky Susana Varan
Rubén Raccagni Nora Kotler
Teresa Israelson

LAS OPINIONES expresadas en esta publicación no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adaptadas por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación. Estarán escritos con máquina de un solo lado y en doble espacio. Llevarán, asimismo, el nombre completo del autor, sus títulos, cargos y su domicilio. No se devuelven originales.

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares.

Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires.

Desideriamo intercambio con rivisti simili.

Deseamos permutar con as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazine.

Un austausch Wird gebeten.

SUMARIO

EDITORIAL

4

INTERACCIÓN DISCIPLINARIA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL ADULTO*

DOCTORES ALBERTO BUSTAMANTE, SALOMÓN DUBIANSKY, MIGUEL ANGEL HADIDA, RODOLFO LÓPEZ OTERO, OMAR RIESGO Y JOSÉ LUIS VALDÉS IRUEGAS

5

PROBLEMÁTICA SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL*

DOCTORES FRANCISCO ARIAS PELLERANO, JOSÉ LUIS CAPUTO, ALFREDO IANUCCI, ROBERTO H. LEMME, HORACIO MAGGIORI, JORGE MAYORAZ Y PEDRO PERETTE

15

SITUACIÓN OCUPACIONAL DEL ODONTÓLOGO JOVEN

42

* RESÚMENES Y TRANSCRIPCIONES DE RELATOS Y TRABAJOS PRESENTADOS EN EL PRIMER CONGRESO INTERDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGÍA (BUENOS AIRES, SETIEMBRE DE 1981).

ILUSTRACIÓN DE TAPA:

MONUMENTO A LA BANDERA.

DIRECCIÓN DE CULTURA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO (ARGENTINA)

DIRECTOR:

Alfredo Fermín Alvarez

CUERPO DE REDACCIÓN:

Carlos Guberman,
Ana María Rodríguez,
Silvia Rudy,
Diana Kaplan.

Correspondencia: Anchorena 1176/78
(1425) Buenos Aires.
Teléfonos: 821-7349 y 0394
República Argentina

Diagramación y dirección técnica:
Antonio F. Tarsitani.
Producción publicitaria:
Antonio Martínez.

ESTE AÑO, EN ROSARIO

El 19 y el 20 de noviembre próximo, todo el ATENEO estará en Rosario. Las QUINTAS JORNADAS es el motivo de la convocatoria, replanteándose la experiencia que la institución ya ha asimilado como acción permanente.

La elección de Rosario como sede de estas JORNADAS no es casual. Funciona en esa ciudad la primera filial del interior que nuclea a los socios del ATENEO con domicilio en la zona del litoral. En sus cortos y profundos tres años de vida, la filial ha desarrollado una tarea de relevantes perfiles. El mantenimiento de una clínica de ortopedia y ortodoncia de carácter permanente, con resultados visibles, y la organización de cursos de odontopediatría, ortodoncia, ortopedia y aparatología, algunos integrales, demuestran su vigencia.

La elección de Rosario fue un acto de reconocimiento hacia quienes administran la filial con probada eficiencia y, sobre todo, hacia los colegas que nutren su andar con el esfuerzo de su presencia renovada, en muchos casos desde zonas muy lejanas. El 19 y el 20 de noviembre —dijimos— todo el ATENEO estará en Rosario. TODO, porque en esos dos días de intenso intercambio, se analizará la tarea científica del último año académico, objetivo esencial de las Jornadas Internas.

Interacción Disciplinaria en el Tratamiento Integral del Adulto

Dictantes:

doctor Alberto Bustamante, doctor Salomón Dubiansky,
doctor Miguel Angel Hadida, doctor Rodolfo López Otero,
doctor Omar Riesgo, doctor José Luis Valdés Iruegas.

Coordinador:
doctor Ricardo Chait.

Doctor

JOSE LUIS VALDES IRUEGAS

Profesor de cirugía buco-máximo-facial
de la Facultad de Odontología de la
Universidad Autónoma de Nuevo León (México).
Secretario de esa Facultad.
Especializado en cirugía buco-máximo-facial
en Buenos Aires, República Argentina.

*Patología quirúrgica más frecuente en adultos.
Quistes: distintas actitudes ante diferentes entidades.
Ayudas quirúrgicas en prótesis.*

La patología quirúrgica bucal más frecuente en adultos está representada por los quistes en sus diferentes variedades. Siguiendo a Shafer, se distinguen el quiste primordial, el dentigero, el radicular con sus variantes apical y lateral, el quiste gingival y el queratoquiste odontogénico, incluyendo el síndrome de Gorlin: queratoquistes múltiples, nuevo basocelular y costilla bifida. Además, se completa el cuadro con el quiste odontogénico calcificante y queratizante.

Desde el punto de vista etiológico, provienen del epitelio relacionado con el apa-

rato dentario. Su comportamiento es variable según sus características histológicas, pudiendo ser agresivos y recidivantes. Los aspectos clínicos son los de toda lesión de los huesos maxilares de crecimiento lento, con aumento de volumen y signos de renitencia y crepitación en estados avanzados. El estudio radiográfico, con todas las tomas e incidencias necesarias, permite analizar forma, tamaño y relaciones. La observación de imágenes radioopacas en la luz de la lesión puede orientar primariamente al diagnóstico de quiste calcificante y quera-

tinizante. La punción exploradora es un recurso diagnóstico significativo. El material obtenido puede indicar si el quiste está o no infectado, e inclusive deducir la presencia de queratina al mezclarlo con agua en un tubo de ensayo, si se observan las laminillas de aquella flotando en el líquido. El estudio histológico es de norma para confirmar las presunciones clínicas.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico, con variables determinadas por el tamaño, ubicación y, especialmente, la variante histológica. Puede optarse entre la enucleación total con cierre primario o secundario, la marsupialización y la descompresión. Personalmente prefiero el cierre secundario en los quistes muy grandes, y el primario en los más pequeños. En los queratoquistes, dado su poder agresivo y recidivante, la enucleación debe ser total, con curetaje prolijo que otorgue cierto margen de seguridad. En todos los casos el seguimiento debe ser tan prolongado como sea necesario para comprobar la reparación ósea.

Es importante señalar en este Congreso Interdisciplinario que el tratamiento de los quistes impone amplia colaboración entre distintas especialidades, orientadas todas al común objetivo de mantener en su mejor estado los tejidos bucales.

De la misma manera ocurre en cuanto al otro tema que se me plantea: las ayudas quirúrgicas en prótesis. La acción del cirujano aquí colabora básicamente con la del protesista y también con la del endodoncista, cuando nos referimos a la prótesis fija.

La relación cirugía-prótesis se inicia desde la exodoncia, pues toda extracción dentaria debe realizarse "pensando en prótesis", con la más cuidadosa técnica para cuidar al máximo la integridad de los tejidos duros y blandos.

La cirugía referente a prótesis odontológica tiene un alto significado plástico.

Así la remodelación alveolar, alveolectomías correctoras o estabilizadoras; eliminación de exostosis; torus mandibulares o palatinos; alivio de líneas milohioideas agudas o de calcificación de las inserciones de apófisis geni, conforman lo fundamental del capítulo de cirugía protética de tejidos duros.

En cuanto a los tejidos blandos, son representativas las lesiones por irritación (acción de retenedores o prótesis desadaptadas), la cirugía de las bridas y de los frenillos. Queda por mencionar las profundizaciones de surco con o sin injertos de piel y mucosa.

Sin duda la colaboración cirugía-prótesis tiene su más relevante exponente en la prótesis inmediata, donde el trabajo interdisciplinario es imprescindible para obtener en la realidad la práctica proyectada.

Completando este esquema, no olvidamos la patología asociada al terreno protético, alteraciones tumorales centrales o periféricas, displasias y dientes retenidos. Ponemos especial énfasis en los dientes retenidos que deben ser cuidadosamente evaluados y tratados por la patología que pueden desencadenar en su relación tanto en prótesis removible (parcial o completa) cuanto en prótesis fija.

Las ayudas quirúrgicas en prótesis fija tienen especial referencia con la cirugía radicular. La patología periapical puede poner en peligro una restauración protética; por lo cual los curetajes apicales, las apicectomías, los sellados con amalgama apicales o laterales y las radectomías constituyen apoyos de indiscutible valor y probada eficacia. La coronoradectomía es un recurso que puede ser de importancia en el planeamiento de una rehabilitación protética.

Por fin, resta mencionar el remodelado de los rebordes con pérdidas de sustancia, mediante autoinjertos óseos.

Doctor
ALBERTO BUSTAMANTE

Profesor adjunto de Periodoncia de la
Facultad de Odontología de la
Universidad de Buenos Aires.
Dictante de posgrado en la A.O.A.
y en el A.A.O

*Disfunción y problemas periodontales en relación a la organización del tratamiento de rehabilitación.
¿Qué debe tener en cuenta el odontólogo general para el diagnóstico precoz de enfermedad periodontal?
¿Qué se debe tener en cuenta al planear una prótesis en un enfermo periodontal?
¿Es recuperable la enfermedad periodontal?*

Las preguntas que se me han formulado las debo contestar desde dos ángulos:

- 1 - En relación a la enfermedad periodontal en sí misma.
- 2 - ¿Qué recaudos debe tomar el odontólogo cuando reconstruye una boca en orden a los tejidos periodontales?

Las respuestas suponen destruir algunos mitos, y supone especialmente conocer la enfermedad periodontal. Los factores que influyen en ella son de tres tipos: microbianos, traumáticos y sistémicos. El factor fundamental es el primero: la placa bacteriana. Los otros factores pueden dar características especiales, pero la existencia de la placa bacteriana es esencial para que haya enfermedad gingivo-periodontal. La placa actúa por penetración y por sus productos, enzimas, toxinas etc., y desarrolla un cuadro inflamatorio: la gingivitis marginal crónica.

La gingivitis marginal crónica produce cambios en la encía normal en cuanto a color, tamaño, forma; hemorragia, supuración, dolor. La hemorragia gingival espontánea o provocada por el cepillado, o al comer, o por examen instrumental indi-

ca encía enferma. Es imprescindible buscar cambios en el surco gingival, ya que la placa bacteriana genera inflamación y ésta, la bolsa gingival que puede derivar en alteraciones óseas: la pérdida ósea horizontal con lo cual estaremos en presencia de un cuadro periodontal. En algunos casos la pérdida ósea puede alterarse y transformarse en vertical.

Dijimos que en cuanto a este tema había que destruir mitos. Uno es el trauma. ¿Qué valor tiene? El trauma no produce cambios gingivales ni bolsas. Produce cambios en el paradocio de inserción pero no en el de protección.

Otro mito es que la enfermedad periodontal es consecuencia de la edad avanzada. Estadísticas confiables revelan que existe un 50 % de gingivitis en niños de 4 a 5 años; que en la pubertad sobrepasa el 60 %; que los adultos de 40-50 años la padecen en un 90 %. En consecuencia, la enfermedad periodontal **es una enfermedad de todas las edades**. Además, por ser una enfermedad bacteriana, tiene especial influencia en lesiones cardíacas, circunstancia que el odontólogo general debe tener muy en cuenta. Por ello es imprescindible insistir que en el instru-

mental de examen (pinza, espejo y explorador) debe incluirse como norma la sonda periodontal.

Otro mito es que la enfermedad periodontal no se cura. Y otro asociado al anterior es que la cura la cirugía. La cirugía periodontal no cura por sí misma; ayuda a cepillar los dientes. El tratamiento de la enfermedad periodontal es, pues, de alto criterio conservador: control de placa; raspaje y curetaje; cepillado y poca cirugía.

El otro punto que debo tratar es la relación entre prótesis y enfermedad periodontal. El mayor esfuerzo en toda rehabilitación debe estar orientado hacia la

parte inflamatoria. Es decir, no construir prótesis sin estar normalizados los tejidos gingivales.

Partiendo de este principio, hay que enseñar a controlar placa bacteriana y cepillado a **todos** nuestros pacientes.

Desde el punto de vista estrictamente protético, no afectar la encía con las restauraciones. El problema no radica en los materiales, sino en los bordes de las coronas o tramos que son "atrapadores" de placa bacteriana. Además, controlar la oclusión.

Contesto, en definitiva, que la clave es ejercer odontología con criterio periodontal.

Doctor
RODOLFO LOPEZ OTERO

**Ex profesor adjunto de Ortodoncia de la
Universidad de Buenos Aires.
Dictante de la Asociación Odontológica
Argentina y de la Sociedad Argentina
de Ortodoncia.**

*Possibilidades de tratamiento ortodóncico en el adulto.
Resistencia al tratamiento ortodóncico ante los
problemas estéticos.
Aspectos histológicos del movimiento ortodóncico
en el adulto.*

Básicamente, un tratamiento de ortodoncia en un adulto no puede ser tomado de otra manera que un tratamiento en un adolescente o en un niño. El tratamiento en el adulto está relacionado con otro tipo de problemas. Uno, el referente a la segunda pregunta, la parte estética. Otro, a la relación con otras especialidades como prótesis, periodoncia o cirugía. Otro, la reacción ósea.

El doctor López Otero ilustró esta primera parte de su relato con una profusa secuencia de casos, analizando en cada uno de ellos las motivaciones del paciente, generalmente estéticas, el análisis pre-

operatorio, la aparatología utilizada con sus fundamentos, la evaluación posoperatoria y las relaciones interdisciplinarias.

Concluyó, entonces, en que la ortodoncia se puede realizar en cualquier etapa de la vida. Es un mito lo del hueso "viejo" o "duro". Además debe entenderse, y en especial debe entenderlo el paciente, que es un tratamiento temporario, condicionado a otros tratamientos, como protéticos, quirúrgicos, periodontales o de operatoria dental.

En lo que se refiere a la parte histológica, se han realizado muchos estudios en ratas; y el doctor López Otero ha re-

gistrado personalmente investigaciones en ese campo, pero es evidente —dijo— que no es comparable la reacción en la rata con la reacción en la persona humana.

Sintetizó su exposición en una respuesta global a las preguntas formuladas. El

Doctor
SALOMON DUBIANSKY

tratamiento ortodóncico en el adulto no sólo es posible, sino necesario, y contribuye a integrar otros tratamientos odontológicos. La resistencia del paciente ante problemas estéticos es innegable y no existen contraindicaciones basadas en aspectos histológicos.

Dictante de la A.O.A. y la S.A.E.

*Adecuación endodóncica ante los requerimientos
protéticos.
Obturaciones endodóncicas en función de la futura
prótesis.*

*¿Siempre se debe realizar endodoncia frente a la
instalación de incrustaciones y coronas?*

El objetivo fundamental de la Endodoncia es preservar la salud pulpar, y cuando ello no es posible, conservar el diente depulpado en su alvéolo con los tejidos periapicales en estado de salud. Debemos aceptar que distintas causas, como caries, fracturas, abrasiones, preparaciones centrales y periféricas producen pérdida del caparazón amelodentinario que recubre y protege la pulpa dental; y que estas pérdidas deben ser restauradas para asegurar el equilibrio anátomo-funcional y estético del sistema estomatognático, objetivo final de la odontología conservadora. Surge así la vinculación de la Endodoncia con otras ramas de la odontología y, entre ellas, la Prótesis.

Si fijamos el concepto de prevención de las afecciones pulpares, las demás disciplinas están relacionadas con Endodoncia cuando deban actuar sobre pulpas clínicamente sanas. Siendo la Endodoncia responsable del tratamiento de pulpas lesionadas, necróticas o con complicación es el paso previo indispensable para la posterior restauración de dichas

piezas. En algunos casos se sugiere, si existe aún una pulpa clínicamente sana, su extirpación preventiva o intencional. Esto sucede, entre otros casos, en dientes ánteroinferiores, cuando por problemas periodontales se los debe ferulizar. Otras veces, cuando se deben utilizar piezas dentarias con cámaras pulpares muy amplias para recubrimiento total o cuanto se hace necesario un gran desgaste para normalizar el plano oclusal o cuando estamos en presencia de dientes muy volcados, necesarios como pilares de puente.

El autor Abraams, afirma "el respeto por la conservación de la estructura del diente se convierte en conservación falsa si por ella corre peligro el pronóstico de todo el mecanismo de masticación. El sentimiento de culpa por el inteligente sacrificio del tejido pulpar cuando está indicado, no se justifica más que el sentimiento de culpa por el desgaste de esmalte y dentina en la preparación de una corona. No obstante, quiero dejar perfectamente aclarado que esta conducta debe estar sustentada clínica y radiográfica-

camente por una exhaustiva, consciente y profunda evaluación de cada caso por que, en definitiva, con respecto a piezas vitales, la restauración coronaria, tanto individual como con finalidad protética, debe rehabilitar la pieza preservando, mientras sea posible, la vitalidad pulpar desde el momento que no hay mejor obturación que una pulpa clínicamente sana y, además, debemos tener siempre presente que jamás debe forzarse su capacidad reaccional hasta límites críticos".

CAUSAS QUE PROVOCAN FRAGILIDAD

Es conocida la fragilidad que presentan los dientes depulpados, que se atribuye a la pérdida de elasticidad debido a la disminución de la humedad. Según Stallard la deshidratación tiene una importancia secundaria, pues la humedad que se pierde es poca y sostiene que el tratamiento ocasiona una pérdida de la vitalidad de la dentina cuya elasticidad disminuye por cambios bioquímicos registrados en la matriz orgánica que toma más quebradiza la estructura. Para Weine, el debilitamiento se debe a la eliminación del techo de la cámara pulpar, que tiene una forma de arco extremadamente resistente a las presiones y tensiones, y al ser eliminada la resistencia intrínseca del diente, disminuye exigiendo un refuerzo yanto interno como externo. Cualquiera sea la causa, lo cierto es que los dientes depulpados son una fractura en potencia, y la restauración debe devolverle la resistencia perdida.

OBTURACIONES ENDODONTICAS EN FUNCION DE LA FUTURA PROTESIS

El uso cada vez más difundido del anclaje intrarradicular ha determinado un

aumento en la utilización de la gutapercha como material de obturación. Sus características hacen que se ubique en lugar de privilegio para la obturación y su posterior desobturación parcial. Personalmente he descartado la técnica seccional con conos de plata por la imposibilidad de su remoción en caso de necesidad y porque dificulta la eventual apicectomía. Los requerimientos protéticos básicos como la longitud, calibre y forma del perno requieren maniobras técnicas manuales y rotatorias dentro del conducto que pueden perturbar y alterar el sellado apical. Entre nosotros Zmener, en 1979, realizó un estudio "in vitro" sobre 64 casos para evaluar, entre otras cosas, cuál es el efecto sobre el sellado apical si la desobturación parcial y posterior preparación protética se realizan en la misma sesión en que se realizó el tratamiento endodóntico llegando a las siguientes conclusiones: que en conductos obturados con conos de gutapercha y condensación lateral y sellado, la filtración apical se redujo considerablemente a medida que el límite de la desobturación parcial y preparación protética se han hecho en el ápice; y que cuando las mismas maniobras se efectuaron inmediatamente después de realizada la obturación sólo se manifestó un ligero incremento en la filtración cuando la obturación remanente fue de 3 a 4 mm, mientras que a mayor distancia no hubo diferencias significativas con respecto a los casos que fueron preparados pasadas las 48 horas.

Por lo expuesto sería conveniente no realizar la desobturación y preparación en la misma sesión en que se realizó el tratamiento de conductos. Cualquiera sea el material utilizado, cuando sólo queda obturado el tercio apical, es recomendable: 1° — sellar con un elemento adicional como el cemento de fosfato de cinc la zona donde se interrumpe la obtura-

ción radicular; 2° — cuidar al máximo la asepsia del conducto.

La longitud del material obturador apical debería ser de 3 a 5 mm. Desde el punto de vista protético, la longitud del perno debe ser mayor que la longitud de la corona clínica, por lo menos una vez y media. Si esta situación es factible, tenemos una relación ideal entre obturación y perno. En innumerables casos, la longitud ideal de la obturación apical se contraponen con las necesidades del protésista.

En tales casos habrá que evaluar con criterio interdisciplinario las actitudes por asumir: reducir la longitud de la obturación apical, abrazar con una preparación en forma de "suncho" o collar el remanente coronario, recurrir a la gingivectomía. Algunos autores, cuando se debe reducir la obturación apical a límites críticos, sugieren recurrir a los implantes endodónticos intraóseos.

Otra observación corriente es la presencia de espacios entre la obturación y el perno. Esto es generalmente producto

Doctor
MIGUEL ANGEL HADIDA

Angustia como mecanismo desencadenante del "stress".

Dolor. Aspectos psicológicos del dolor.

¿Qué se debe tener en cuenta en la preparación previa del paciente adulto?

¿Se deben hacer sesiones de motivación?

En el crecimiento hay un temor de perder aquello que nos viene de nuestros padres. Ese temor nos angustia; por ejemplo, hablar acá me produce cierta angustia, pues tengo que rendir examen, y eso representa, de alguna manera, la posibilidad de perder estima, el respeto, la jerarquía que todos tenemos. Por eso resulta muy frecuente que a cualquier

de mala construcción del anclaje, desaprovechando la longitud obtenida en la preparación del conducto.

PREPARACION DEL CONDUCTO

Debe ser realizada por el endodoncista, y se deben considerar la longitud, el calibre y la forma necesaria. Un perno largo distribuye la tensión por toda la raíz soportando mejor la carga y reduciendo el riesgo de fractura. El calibre será un tercio del ancho mesiodistal de la raíz, controlado radiográficamente. En cuanto a la forma, debe ser ligeramente troncocónica y de paredes lo más lisas posible.

Cuando un diente debe ser preparado para recibir una restauración, la Endodancia y la Prótesis entran a formar parte de una simbiosis con características particulares; donde el tratamiento del conducto conecta al diente con toda la biología y patología periapical, y el anclaje protético con todo el andamiaje coronario individual o colectivo.

Médico psiquiatra

orador se le seque la boca, coma caramelos, fume, tome agua, lo que no se debe al problema físico de hablar sino que todo está vinculado con esa angustia.

Más adelante Freud, que nos trasmite ricas experiencias, y nosotros también nos damos cuenta, que esa explicación del temor de ser separados de los pa-

dres no era suficiente. Y allí si nos dimos cuenta que en algunos crea la represión. Es decir, que aquél temor primitivo de ser separado del objeto del amor, queda quieto en nosotros como algo que puede ocurrir en nuestra existencia y entonces le comunicamos al aparato en relación con el exterior, que es el yo, qué es lo que está pasando en nosotros, porque el yo es el que tiene elementos como para decir esto es o no es peligroso. Y aquellas experiencias que hemos ido capitalizando en nosotros, mandan la información al yo, que entonces siente peligro. Frente a este peligro, nos defendemos. Por ejemplo, un peligro del exterior muy importante significa la huida; un peligro del interior muy importante significa la represión. Y de alguna forma, esa señal de peligro que nos da el aparato yoico con respecto a los impulsos y señales que estamos constantemente recibiendo, nos dice que algo puede ser dramático o trágico.

Todo esto no es, tal vez, del ámbito de los odontólogos, pero esto es lo que les trae un paciente al consultorio. Este es el hombre que viene a la consulta del médico, del psicoanalista, del odontólogo; que viene con un sinnúmero de experiencias inscriptas en su historia, entre las que la angustia significa prácticamente una de las formas que tiene de reaccionar ante el peligro. ¿Por qué les digo esto? Frecuentemente he oído hablar a los odontólogos y además he ido al odontólogo. El odontólogo, a veces, olvida que es médico y entonces, aun cuando tiene conocimientos de los aspectos habituales que utiliza la medicina para conocer al paciente, no los usa. Frecuentemente no hace la historia clínica o el reconocimiento reglado del paciente. Nosotros, los psicoanalistas, decimos que lo más importante en cualquier acto es escuchar. Cuando olvidamos que somos "escuchas", estamos olvidando uno de

los momentos más trascendentes de la medicina.

Otra de las cosas que me parece muy importante como psicoanalista, es qué significa la boca para un individuo. Podría suponerse que la boca, por la asociación que hace una persona, está categorizada como un órgano que no es exclusivamente masticatorio. Es el primer órgano que utilizamos para nuestro acercamiento al placer. Placer que conlleva, además, la conservación. Si nos ponemos a pensar que vamos a operar con un órgano tan importante para la historia del placer de una persona como es la boca, sabremos que esa boca está cargada con una suerte de riqueza mucho mayor de lo que puede significar la agresión bacteriana, las dificultades de una inyección o una mala experiencia endodóntica. Por ello es que muchos de nosotros tenemos frente a la relación con el odontólogo, muchísimas más dificultades que frente a la relación con otros médicos.

Me interesa llamar la atención, básicamente, sobre que la relación del odontólogo con un paciente, pasa por las mismas reglas y fundamentos que la relación médico-paciente de todo el ejercicio de la medicina. Es decir: escuchar qué nos trae el paciente; tener anamnesis para conocer de aquél que viene que es alguien que trae una historia al odontólogo. Y tener suficiente criterio como para detectar aquellos síntomas que no están exclusivamente vinculados al dolor bucal sino que compromete a todo el organismo humano.

Otra cosa que deseaba destacar, es tener respeto por algo que no siempre los médicos respetamos: el dolor es psíquico. El dolor puede deberse a las respectivas funciones de los aferentes y eferentes, que transmiten el mensaje a las distintas áreas donde el dolor puede ser mensurable. El dolor está vinculado

con una representación. No es exclusivamente una estimulación nerviosa, sino que ingresa como algo mucho más rico, con diferentes apreciaciones. Nunca podemos decir frente al dolor que es poco o es mucho, sino que debemos aceptar lo que el paciente dice del dolor. Si nosotros podemos comprender que el dolor es una representación psíquica, vamos a poder manejarlos con un elemento que nos va a ofrecer mejores posibilidades de cooperación. Cuando se habla de un duelo, se habla de un dolor sentido. La

angustia, el duelo y el dolor están unidos con objetos más o menos discriminados, pero están juntos. Son tres características mágicas que el enfermo que concurre al tratamiento odontológico va a traer consigo. Angustia por el peligro de la separación que él siente que se va a producir. Duelo, porque teme, muchas veces con bastante exactitud, que va a perder una parte de su cuerpo. Dolor, porque, de alguna manera, cualesquiera de esas operaciones alguna forma de dolor le va a producir.

Doctor
OMAR RIESGO

**Profesor Adjunto de la Cátedra de Materiales Dentales de la Universidad de Buenos Aires.
Presidente del Centro de Estudios de Cerámica Dental.**

**Dictante del Ateneo Argentino de Odontología y del Círculo Argentino de Odontología.
Investigador de la Comisión Nacional de Energía Atómica.**

¿Cuál es la importancia de la reconstrucción de la arquitectura oclusal y cuál es la forma oclusal que ha de reproducirse?

¿Cuánto debe levantarse la oclusión en una pérdida real de dimensión vertical y cuáles son las referencias que deben tomarse para no invadir el espacio libre interoclusal?

Importancia del cementado en la terminación protética.

¿Qué vigencia tienen las incrustaciones en la construcción de puentes?

En materia de reconstrucción oclusal, nuestro concepto básico es tratar de imitar a la naturaleza. Seguiremos las ideas del doctor Le Pera. Las alteraciones en el nivel oclusal repercuten en la trayectoria condílea, y así en bocas juveniles con armonía oclusal las trayectorias tendrán

similar inclinación de ambos lados, lo que no ocurre en bocas con deterioro oclusal. La reconstrucción de la arquitectura oclusal debe adaptarse a cada caso, a cada boca y a cada biotipo, tomando de éstos los tres básicos, para cada uno de los cuales Le Pera determinó angulaciones

cuspidéas. No es igual la manera de masticar de un individuo típico del sur de Italia que uno del norte de Europa. La tarea de reconstrucción oclusal tiene como objetivo otorgar eficiencia masticatoria sin producir alteraciones bucales o a distancia, además de estética.

Respecto de la pérdida de dimensión vertical, hay divergencias de opinión. Hay autores que dicen que si bien los dientes se desgastan también hay destrucción ósea que hace que la DV, de alguna manera, no se altere. Nosotros encontramos que en la inmensa mayoría de los casos, la reconstrucción anatómica de la altura del diente perdido por abrasión influye en el funcionalismo, la estética y el confort del paciente. Esto lo afirmamos a través de comprobaciones clínicas y de estudios de su funcionalismo mandibular a través de pantografías. El estudio del movimiento mandibular permite orientar

la reconstrucción y controlar si no se ha interferido patológicamente en ese movimiento.

Entrando en el tema de las incrustaciones, consideramos que es un recurso sumamente útil. La incrustación tiene la ventaja de no invadir zonas críticas como la gingival y permitir mayor conservación de tejido dentario.

El doctor Riesgo ilustró su relato con una variada secuencia de diapositivas, referentes a los temas de las preguntas que se formularon. Así relacionó las características oclusales con los distintos biotipos, desarrolló el estudio del movimiento mandibular como elemento de diagnóstico y para encauzar la restauración protética, se refirió a las condiciones de las incrustaciones como integrantes de puentes y abundó en los aspectos referentes a soldaduras y cementado con oportunos comentarios.



VITADENT

Laboratorio Dental E. C. Colángelo

TECNICA Y PRECISION
EN PROTESIS

CERAMICA Y CROMO COBALTO

Centenera 3443, Capital
T.E. 91-9549



ANDRAK
S.R.L.
presenta su **BANQUETA**
PARA ODONTOLOGIA

Práctica y cómoda, moderno diseño, ruedas super deslizables reforzadas. Óptima estabilidad. Altura y respaldo regulables. Varios colores, modelo de lujo y modelo standard.

Construida **PARA DURAR**.

Fabrica, distribuye y garantiza:

ANDRAK S.R.L.
San Lorenzo 360 (1874). Villa Domínico
Prov. de Buenos Aires. Tel.: 207 - 3118.

Problemática Sobre el Ejercicio Profesional

PANEL

Presidente:
doctor Carlos Alberto Giribaldi

Relatores:
doctores Francisco Arias Pellerano,
José Luis Caputo, Alfredo Ianucci,
Roberto H. Lemme, Horacio Maggiori,
Jorge Mayoraz, Pedro Perette.

Coordinador:
doctor Saúl Merlin

Doctor Carlos Alberto Giribaldi: presidente de la Confederación General de Profesionales de la República Argentina. Doctor Francisco Arias Pellerano: presidente de la Fundación para el Estudio de los Problemas Argentinos. Doctor José Luis Caputo: presidente de la Asociación de Abogados de Buenos Aires, Conjuez de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Doctor Alfredo Ianucci: presidente del Colegio de Graduados en Ciencias Económicas. Docente de la Facultad de Ciencias Económicas de la U.B.A. Doctor Roberto H. Lemme: presidente de la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA). Doctor Horacio Maggiori: secretario de la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA). Doctor Jorge Mayoraz: presidente de la Sociedad Argentina de Ortodoncia, representante de la Federación Odontológica de la Ciudad de Buenos Aires (FOCIBA). Doctor Pedro Perette: secretario adjunto de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).

CUESTIONARIO

- 1 — ¿Puede describir el estado actual de la práctica de su profesión?
- 2 — ¿Cuáles son las perspectivas del ejercicio liberal en su área?
- 3 — ¿Existe legislación vigente para el trabajo en relación de dependencia en su profesión? ¿Cuál es su opinión?
- 4 — ¿Cuáles considera que son los conductos de participación profesional en los planes de desarrollo nacional?

- 5 — *¿Cuál es su opinión sobre la situación del recién egresado? ¿Cómo revertir su frustración y lograr su aporte al desarrollo nacional?*
- 6 — *¿Cuáles son los aspectos centrales para una propuesta de desarrollo nacional desde la óptica de su profesión?*
- 7 — *¿Cuáles son las propuestas generales que deberían partir de las profesiones universitarias organizadas?*
- 8 — *Recursos humanos. Plétora o carencia. Situación actual y perspectiva de desarrollo.*
- 9 — *Distribución de la matrícula.*

Después de la Apertura del Panel, a cargo de su presidente, el Coordinador formuló la primera pregunta a cada uno de los Relatores. En una segunda ronda, cada uno de los integrantes contestó el resto del cuestionario.

Doctor
CARLOS ALBERTO GIRIBALDI
(Presidente del Panel)

Al saludar al calificado panel y al calificado público presente, quiero felicitar al *Ate-
neio Argentino de Odontología* por haber tenido esta feliz idea de intercalar en este congreso científico del más alto nivel temas relacionados con nuestra vivencia diaria de profesionales universitarios en la República Argentina. Intercalar estos temas para que analicemos nuestra problemática desde el enfoque gremial y también dirigir nuestra mirada al contexto que nos rodea para decir qué podemos hacer aquí, ahora y desde este momento, para contribuir al desarrollo armónico, continuo y eficaz de nuestro país.

Hablar de la problemática profesional hoy es mirar esa realidad geo-sociopolítica y económica en la cual estamos imbricados. No podemos separar nuestra problemática de nuestra realidad. Y para dar un breve enfoque de esa situación,

tenemos que analizar un país que se debate en un problema económico, político y social. Y desde el punto de vista económico tenemos que observar lo ocurrido en estos últimos años, en los cuales hemos visto decrecer nuestro producto bruto interno, decrecer la actividad de las economías regionales, decrecer nuestra actividad agropecuaria y crecer en su lugar la actividad financiera y de servicios. Esto ha dado como resultado un grado importante de desocupación en todo nivel, y esa desocupación también ha afectado al sector profesional. Le preocupa en este momento al gobierno la tasa de desocupación. Le preocupa la profunda recesión. Nosotros, los profesionales universitarios, tenemos la obligación moral, por la capacitación que hemos recibido en nuestras universidades, de dar una respuesta más allá del ámbito de nuestras profesiones para poder encau-

zar al país juntamente con todos los demás sectores.

Con ese objetivo, hace un mes invitamos a los profesionales universitarios del país, a través de sus entidades, a hacer un análisis no solamente desde el enfoque gremial sino desde nuestra realidad política, económica y social. Las conclusiones de ese Congreso, que vamos a llevar a todos los sectores de la Nación, son bastante elocuentes para significar nuestra gravísima problemática. Desde el enfoque gremial, podemos decir que nuestra actividad profesional se ha reducido, que estamos padeciendo la situación juntamente con todos los demás. Esta situación se agudiza en el caso de los profesionales jóvenes, que no pueden desarrollar la capacidad que tienen y para la que fueron preparados en la Universidad.

Señores: los profesionales universitarios tenemos la obli-

gación para con nuestro país de emitir nuestra opinión clara, prudente, razonada.

Se habla de plétora de profesionales, aunque sabemos que esto es cierto en los grandes centros urbanos, no ocurre en el interior, donde vastos sectores carecen de atención en salud.

Se desalienta el ingreso a la universidad dejando grandes sectores de jóvenes frustrados después de muchos años de estudio, sin siquiera una carrera intermedia que les sirva para ganarse la vida.

No existe la participación de los profesionales en el manejo de la Universidad, cuando son ellos, a través de sus organizaciones, quienes conocen las necesidades sobre el tipo de profesional que necesita cada región del país. Las entidades gremiales y de libre agremiación han tomado a su cargo, cada vez con mayor énfasis, la formación de posgrado, reemplazando uno de los déficit de la Universidad. Es por eso que tenemos que estimular la incorporación de los profesionales a sus respectivas instituciones, para fortalecerlas y permitirles ejercer su papel protagónico con masiva representatividad.

No puede ser que se establezcan políticas de seguridad social sin participación profesional. No puede ser que se emitan leyes sobre aranceles mínimos sin participación profesional. No puede ser que se elaboren planes de desarrollo sin participación de las profesiones afines. No puede ser que se proyecten sistemas de vivienda sin participación de las entidades que agrupan a los arquitectos.

Señores, al agradecerles su atención, quiero invitarlos, jun-

ta a todos los profesionales argentinos, de pie mirando al futuro, tratemos de colaborar para emerger de esta situación preocupante en que vive nuestra Patria.

1ª PREGUNTA:

¿Puede describir el estado actual de la práctica de su profesión?

Doctor LEMME

Creo que cada miembro de esta mesa tendrá algo distinto que contar, porque cada profesión tiene sus problemas propios: sociales, económicos, de ejercicio profesional.

Desde el punto de vista de la odontología, tenemos un común denominador con las demás profesiones en su problemática actual: el problema tan vapuleado de la plétora. Tenemos una plétora profesional correspondiente a un país desarrollado, pero dentro de un país en desarrollo. Además la ya mencionada problemática de la distribución. La relación índice odontólogo por habitantes varía de 1-500 a 1-4.000 ó 5.000 según las regiones del país.

Yo querría expresar también que cada profesión representa un grupo de poder, un elemento de presión. Aquí los odontólogos son unos 20.000, los médicos son mucho más del doble de los odontólogos; todos juntos con las distintas profesiones debemos ser factores de poder y quizá no lo seamos por balanzas propias, por no saber aglutinarnos, no saber defendernos, no saber respetarnos como universitarios y no saber la vinculación íntima que tenemos con la comunidad.

Los problemas para analizar son muchos: ¿qué pasa con el

odontólogo generalista; con el intrusismo, nunca debidamente combatido, y quizá alentado a través de algunos intentos de crear carreras intermedias?

Los consumidores, que son quienes asisten a nuestra consulta, cada vez se organizan mejor: las obras sociales, los sindicatos. Los odontólogos no siguen el mismo ritmo. Las presiones de los poderes públicos son cada vez mayores, pues los poderes públicos reciben la presión de los consumidores y no la nuestra.

A partir de este punto lo dejo al doctor Maggiori para que continúe con el tema como Secretario de la Confederación Odontológica.

Doctor MAGGIORI

Yo me quisiera referir específicamente a lo que se ha referido el doctor Giribaldi: que nuestra profesión no escapa al problema general del país y a la crisis socio-económica por la que estamos atravesando; esto ha condicionado, evidentemente, el ejercicio de nuestra profesión y ha sumido a todos los profesionales en una crisis para la cual estamos, la profesión organizada, tratando de darle los paliativos necesarios ya que las soluciones no son sencillas.

Fundamentalmente, el ejercicio profesional en el país está volcado casi en su mayoría a la atención de pacientes a través del sistema de Seguridad Social, o sea, de Obras Sociales; este sistema que, actualmente, está atravesando por una crisis financiera, dado los índices de desocupación y los bajos salarios, hacen que la recaudación de las obras sociales no sean de los niveles adecuados.

dos. Esto incide en el profesional en los magros aranceles que están retribuyendo el trabajo de la profesión toda. La CORA trabaja en este tema en el INOS, en un marco de una "concertación", así entre comillas, ya que no está oficialmente reconocida, pero sí se han constituido comisiones de trabajo para tratar de jerarquizar, al menos en alguna parte, la profesión en este aspecto de la seguridad social, dado que la odontología se incorporó tarde, por así decirlo, a la atención de afiliados de Obras Sociales: cuando ya la profesión médica estaba atendiendo desde hacía varios años antes que los odontólogos. Nosotros habíamos permanecido un poco ajenos a este sistema y solamente se habían integrado, en forma individual, algunos odontólogos atendiendo Obras Sociales en sus consultorios, como una ayuda o un trabajo más, pero no como su principal fuente de recursos. Así es como, en este momento, el sistema de Seguridad Social se ha constituido en la principal fuente de recursos para la mayoría de los odontólogos del país; podríamos decir que, para el 70 % u 80 % de los odontólogos esa es la principal fuente de ingresos. Como nos referíamos a los aranceles que se están pagando en este sistema, dado la escasez de recursos que el mismo tiene, están llevando al profesional a una situación económica que le impide estar satisfecho en su profesión y debe realizar múltiples tareas, demasiadas horas en su consultorio, para poder tener una retribución decorosa. Reitero, el trabajo que estamos tratando de hacer en el INOS es modificar el nomenclador odontológico que ha quedado obsoleto con el paso del tiempo,

ya que el que rige actualmente debe tener entre 15 y 20 años. Es que estamos tratando de incorporar todas las nuevas prácticas y técnicas que la odontología moderna nos brinda para posibilitar en este sistema la facturación de todas las prácticas que realiza el odontólogo a los afiliados de Obras Sociales. De la misma manera, estamos tratando de mejorar ese arancel como un reconocimiento del tiempo, de los insumos, del insumo indirecto que nunca nos fue reconocido; pero, entendemos que es una lucha bastante difícil dado los tiempos que están corriendo y el estado financiero al que me refería anteriormente de la mayoría de las Obras Sociales que a pesar de que puedan coincidir en nuestro justo pedido de incremento de aranceles, no pueden verlo satisfecho por la situación que está atravesando el país todo.

Esta situación del ejercicio profesional a través del sistema de Obras Sociales se da, en general, en todo el país a través de contratos suscriptos por las entidades profesionales que tienen nucleado en su seno el 80 % y el 90 % de los profesionales de cada jurisdicción. No se da el mismo caso en Capital Federal donde, realmente, la Federación tiene un 5 %, de acuerdo con las estadísticas de la CORA, y un 5 % de la población cubierta por obras sociales pasa por la Federación de la Provincia de Buenos Aires, siendo las restantes obras sociales las que mantienen contratos en forma individual con odontólogos de zona o consultorios propios, ya que en la Capital Federal hay muchísimas obras sociales que tienen consultorio propio y en las cuales pagan salarios bastante magros a los profesionales para dema-

siadas horas de trabajo y pacientes para atender, pero tal cual está dada la distribución profesional en nuestro país, como se refirió el doctor Lemme, con la concentración de profesionales acá, en Capital Federal, es fácil para las Obras Sociales posibilitar ese tipo de atención sin necesidad de recurrir a la entidad profesional con un listado abierto y por libre elección. Es una situación que la Capital Federal tendrá que revertir con el tiempo; es un compromiso de sus dirigentes y esperamos que esto se logre con el transcurso del tiempo y con el apoyo de todo el país que tiene una experiencia bastante vasta en este tema.

Ya que estamos en la problemática del ejercicio profesional, una referencia a otro tipo de ejercicio, a través del sistema de Salud Pública, donde un 30 por ciento de los odontólogos del país está en relación de dependencia en este sistema, a pesar que la capacidad instalada es de un 10 %. Quiere decir que teniendo el Estado una capacidad instalada insuficiente, tiene trabajando para él una cantidad considerable de odontólogos. En estos últimos tiempos hemos visto, además, que ha habido un avance del poder público en la desjerarquización de la odontología. Han tratado de rebajar las categorías de las Direcciones de Odontología al nivel de Departamentos y aun evitar la equiparación en esos cargos con las demás profesiones. La Confederación Odontológica está empeñada en contribuir a revertir esa situación que creemos totalmente injusta.

Doctor MAYORAZ

Pido tocar el aspecto formal del ejercicio de la profesión;

ya que se ha hablado sobre el aspecto económico en sentido general y en lo que a nuestra profesión se refiere, pero hay otro aspecto muy importante: qué es lo que ofrece la profesión actualmente, precisamente, con todos esos problemas que tiene. Creo que, en esto somos un poco culpables todos los odontólogos, por diversas razones: no tenemos exactamente una reglamentación para ese ejercicio profesional; nosotros, no el poder público, nosotros mismos no tenemos perfectamente claro cómo debe ser ejercida nuestra profesión y tenemos que tenerlo en cuenta porque eso nos da también la categoría suficiente como para poder discutir el aspecto económico de todas estas cosas. Yo me refiero, específicamente, al ejercicio de las distintas especialidades de la Odontología; porque una especialidad es válida cuando realmente se la ejerce con capacidad y no cuando se la ejerce sólo porque actualmente la reglamentación lo deja hacer porque "la vio" en el plan de estudios. Creo que tenemos que organizar esa parte para poder dar calidad en el trabajo odontológico en general y que no ocurra como actualmente que uno de los problemas, precisamente, es que se ofrecen a través de esas instituciones especialidades, de las que habló el doctor Maggiore, y no están ejercidas por especialistas y, realmente el paciente (que es el primer actor en todo esto) no recibe lo que debe recibir y, en cierta medida, también desprestigia nuestro trabajo. El esfuerzo que realizan las instituciones odontológicas en la organización de Congresos como éste en que el colega concurre a tratar de informarse técnica-

mente, a veces se diluye porque el sistema no permite que uno pueda ejercer lo que aprendió y, lamentablemente, los colegas siempre se acercan a los cursos que los capacitan no porque no los capacitan sino porque le falta lo otro para el real ejercicio de su profesión; es decir, el interesarse por todos estos problemas que estamos tratando nosotros ahora. Porque las instituciones necesitan de sus socios; porque los dirigentes que ya llevamos unos cuantos años, no nos sentimos respaldados, como creo que también le debe pasar un poco a las organizaciones gremiales cuando necesitan discutir en otros niveles que no es el propio de su profesión, a veces no se sienten respaldados por los propios colegas. Debemos organizar nuestra profesión y tratar de defenderla todos porque el problema económico también hace bajar la calidad de ese ejercicio profesional. Ya está ocurriendo que a nuestra profesión la están manejando los que entienden de administración porque quieren (valga la redundancia) administrar el sistema. Entonces, se retacea la posibilidad del ejercicio de la profesión, de manera que, cuando se tiene que discutir el caso particular de los convenios con las Obras Sociales, se debe tener una organización y una calidad de trabajo, y se tiene que tratar de defender esa calidad de trabajo. Ese fue un poco el espíritu con que se trabajó en Santa Fe con el Nomenclador Odontológico: darle el vuelo del año 81 a ese nomenclador odontológico; luego, si por factores ajenos a la odontología se ve cercenado, la responsabilidad de los odontólogos como dirigentes está salvada, pero no

seamos nosotros los que estemos bajando nuestra calidad de trabajo y en eso mucho importa la circunstancia de que las especialidades sean ejercidas por especialistas.

Voy a hablar de algo que conozco y que me toca muy de cerca, como es la Ortodoncia. Lamentablemente, en los casos en que es ofrecida por algunos sistemas de salud no hay quien controle que en esas listas cerradas de trabajo, estén verdaderamente los especialistas. Esa pregunta, alguna vez se la hicimos a algún funcionario. Se sorprendió de que se la hicieran; nunca habían pensado que tenían que ver si realmente lo que se ofrecía era lo exacto y lógico.

Doctor PERETTE

Nosotros creemos que es conveniente que se caracterice a nuestra profesión, la profesión nuestra, la médica, que está muy relacionada con todo lo que aquí se ha hablado de lo que se refiere a las profesiones que están en la rama de la salud, creemos que es sumamente dinámica en la renovación de los conocimientos técnicos y prácticos y que está sujeto a una fuerte presión social.

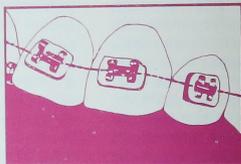
Esas dos características, la renovación del conocimiento y la fuerte presión social hay que tenerlas en cuenta para contestar esta pregunta. Dentro de este marco, nosotros decimos que hay cuatro ángulos de enfoque: el laboral, el organizativo, el económico y el educacional. Laboralmente, para el profesional médico, el estado actual muestra una tendencia a dos cosas importantes, a la superespecialización y a la fragmentación tecnológica del conocimiento. Esto preocupa porque está de-



EFICIENTE Y DURADERO SISTEMA DE RETENCION

Concise

ORTHODONTIC BOND SYSTEM



Tratamiento previo con sistema de adhesión al esmalte para fijación de brackets.

- Elimina la necesidad de bandas
- Provee la retención mas segura
- Evita la descalcificación del esmalte
- Los arcos pueden ser colocados 10 minutos despues de fijado el bracket.
- Un sistema rapido, facil de usar y economico.

3M

LABORATORIOS RIKER SA
División Productos Dentales

AVDA. DEL TRABAJO 5620 - (1439) BUENOS AIRES - TEL. 68-3136/3234/9451

AL SERVICIO DE LA ODONTOLOGIA

terminado, en el caso de nuestra profesión, la desaparición paulatina del medico de práctica general y la subyacente idea de que la medicina puede alcanzar el grado de algo que consideramos sumamente grave, de oficio mecanizado, es decir técnica de curar en vez de arte de curar y, de esta manera, se comprueba la aparición de la tecnología masiva como un factor desequilibrante. ¿Que pasa con nuestra profesión organizativamente? Preocupa la falta de un contexto ordenado y homogéneo; el médico se ve obligado a ejercer su profesión en múltiples sectores de atención bajo muy distintas reglas de juego: el hospital, la seguridad social, las entidades comerciales, el consultorio privado. Desde el punto de vista organizativo, podemos decir que se desenvuelve "en múltiples medicinas", económicamente, dos son los factores más remarcables: uno es la sustitución del ingreso por vía directa (como era antes), por la vía indirecta que, fundamentalmente, ha provocado la seguridad social; otro fenómeno para considerar es la caída del valor retributivo de la contraprestación y la aparición de médicos jóvenes en condiciones de desempleo o de subempleo.

Y, educacionalmente, lo que preocupa es que ante una aceleración de los conocimientos y técnicas médicas no esté planificada y priorizada la Educación de Posgrado. En estas condiciones, pedirle a un médico que se vaya hacia el campo o se aleje de las grandes urbes (como decía el doctor Giribaldi) es sinónimo de un desamparo educativo.

Doctor IANUCCI

Evidentemente, hay muchos aspectos comunes que atañen

a todas las profesiones; yo quiero referirme a un caso concreto de nuestra profesión, que es reciente. Es una encuesta realizada por nuestro Colegio de Graduados sobre la "Situación ocupacional" de los profesionales en Ciencias Económicas. Sospechábamos que, de alguna manera, la crisis en que está envuelto el país tenía que afectarnos; queríamos ver en qué medida y en qué forma estaba afectando el desarrollo profesional. En la respuesta a esta encuesta podemos llegar a algunas conclusiones: en esta profesión que en su origen era típicamente liberal, podemos afirmar en estos momentos que solamente un 50 por ciento de quienes ejercen la profesión lo hacen en forma independiente, un 47 % lo haría en relación de dependencia y se estaría detectando un nivel de desocupación del 3 %, este nivel estaría por debajo del nivel nacional de todo técnico trabajador. Es importante detectar que dentro de los profesionales que desarrollan su labor independientemente, un 23 % podemos catalogarlo en condición de subempleo; por empezar, no poseen estudio propio, no tienen empleados y, por el tipo de tareas que desarrollan, se está categorizando realmente una subutilización de su capacidad universitaria adquirida.

Dentro del cuestionario pudimos detectar que la satisfacción en cuanto al nivel retributivo por ejercicio de la profesión, un 80 % estaba disconforme con el mismo y se consideraba entre niveles de mediano y debajo de dicho nivel. En cuanto a la gratificación por la tarea realizada, solamente un 25 % se encontraba realmente gratificado por la misma y con-

sideraba que no podía estar desarrollando todos los conocimientos que había adquirido.

En cuanto a la incidencia de la crisis, solamente un 13 % determinaba que no tenía incidencia sobre el ejercicio de su profesión y, en cuanto a las perspectivas futuras, solamente un 20 % tenía algún grado de optimismo.

Todo esto nos lleva a hacer un pequeño resumen: concretamente, a los profesionales en relación de dependencia, los problemas que los afectan personalmente son un estancamiento en la retribución, una mayor responsabilidad y precisión en el trabajo, problemas de racionalización y achicamiento de la Empresa con la posibilidad de pérdida de su trabajo. A su vez, por racionalización y achicamiento de las empresas, un mayor trabajo por concentración de tareas sin la retribución acorde; además, la crisis del mercado laboral, lo que crea incertidumbre, inseguridad, la imposibilidad de crecer o cambiar de trabajo, menos poder de negociación, desvalorización de la tarea.

En cuanto al profesional independiente, los problemas que lo afectan personalmente, son: una menor distribución (desde ya) y con problemas en el cobro y en la actualización de los honorarios; todo esto contrapuesto a una mayor responsabilidad, un mayor trabajo, dentro de un grado de complejidad de normas, elevado costo de estructuras, una situación económica personal comprometida, gran incertidumbre sobre el futuro, relaciones tensas con sus clientes.

Nada de esto nos toma por sorpresa y tampoco consideramos que es patrimonio propio de nuestra profesión, dentro de

este problema, en una reunión con colegas, tratamos de analizar cursos de acción o cuales podían ser las posibilidades. Comprendo que cada profesión tiene sus particularidades y sus problemas internos en cuanto a su organización o desarrollo de sus conocimientos, pero hay un problema global (que atañe a todas las profesiones) y que, en definitiva, concierne a todo el país, y que si no se soluciona, todo lo que nosotros podamos realizar y perfeccionar en el nivel individual de nada sirve. Por ejemplo, de nada nos valdría discutir hasta tener una buena lista de aranceles si no tenemos a quien cobrarlos; como tampoco podrían existir profesionales de economía sin empresas.

Tomando dos palabras de los panelistas que expusieron antes, uno dijo que uno de nuestros problemas era la gran cantidad de profesionales que daba la sensación de un país desarrollado, siendo un país en vías de desarrollo; yo me sentiría muy feliz si la situación fuera esa porque tendría la esperanza de llegar a ser un país desarrollado. Mi temor es que no estemos en vías de subdesarrollo. Por otra parte, también hablamos de los consumidores que, en el caso de medicina, tiene sus particularidades; nuestros consumidores van desapareciendo. Concretamente, aunque uno "sangra por la herida", considero que el intento de lograr cualquier solución sectorial va a ser vano si no lo enmarcamos dentro de una solución global. De alguna manera, creo que las distintas profesiones, como distintos factores de poder del país, tienen algo que decir en todo esto, pero en vano va a ser buscar soluciones parcializadas; la so-

lución viene de todos y en conjunto (en eso si tenemos que convocarnos y responsabilizarnos a buscar soluciones dentro de nuestro ámbito).

No podemos hablar de un plan de desarrollo si no tenemos en cuenta, no los aspectos económicos, sino los aspectos energéticos, aspectos de sanidad, aspectos de urbanismo, aspectos psíquicos, morales, humanos en definitiva, porque todos somos hombres y tenemos que buscar la felicidad de este hombre en nuestro país; después seremos economistas, abogados, ingenieros, médicos, y demás.

COORDINADOR

Ahora le tocará al doctor Caputo, presidente de la Asociación de Abogados de Buenos Aires. Además de la pregunta formulada en general hay otra que le correspondiera contestar específicamente:

Legislación vigente para el trabajo en relación de dependencia en las profesiones ¿Cuál es su opinión acerca de ella?

Doctor CAPUTO

Voy a contestar pero, al escuchar a los oradores que me precedieron, traía algunas ideas; me gustaria empezar por ellas.

No puedo decir en porcentajes tan exactos, como dijo Ianucci, cual es el real estado de mi profesión en la Ciudad de Bs. As. porque una encuesta que estamos llevando a cabo aún no ha sido completada, pero si me animo a decir (sin temor a equivocarme) que, cuando me refiero a la situación del profesional abogado, lo hago exclusivamente hacia aquel que vive de su profesión. ¿Qué entiendo por tal? Aquel que tiene su estudio (propio o

compartido) y cuyo único ingreso es la profesión.

La profesión de abogado se puede ejercer de maneras muy distintas: el puede compartir su estudio con un empleo público, o con un empleo privado; puede tener bienes de fortuna y ser socio del Colegio de Abogados y ejercer algún tema de interés pero, realmente, los profesionales de Capital Federal que viven exclusivamente de su profesión, no superan el 20 %. No les cuento el 15 para no decir que estoy muy bajo, pero no creemos que el 20 % de los profesionales de Capital Federal vivan exclusivamente de su profesión como tal.

La profesión de abogado tiene grandes inconvenientes; es una profesión de grandes urbes. No puedo ejercer mi profesión de abogado en un pueblo con 300 personas; si un médico y, quizás, un odontólogo, pero es absurdo que en la escala intermedia (en los pueblos medianos) tomando como referencia la gloriosa y vapuleada pampa húmeda, ejercen pocos profesionales, pero muy bien; son los contrasentidos de nuestro país y las particularidades propias de cada profesión.

Cuando me plantearon mis colegas que hicieron encuestas sobre la desocupación de la profesión, yo los voy a asombrar porque yo no creo que haya desocupación en la profesión de abogados (en este momento, en general), pero si creo que siempre hubo *no ejercicio*, o sea personas que cursaron toda su carrera universitaria con sacrificio, con ilusiones, con voluntad de hacer cosas y, que después, se encontraron que, con ese título, no tenían cómo aprovecharlo. De allí nacen las frustraciones y muchos

de los males de nuestro país; cuando la gente deja de creer en la paz, en las instituciones o en el derecho, alentadas en forma de convivencia humana que personalmente no quiero para mi país. Quizás en otros momentos de crisis, haya más trabajo para el profesional, pero (como decía Ianucci) menos posibilidades de cobro o rematas posibilidades de cobro.

La ventaja de participar de reuniones como esta, donde hay colegas de distintas profesiones, hallar soluciones a problemas de distintas actividades y poder aplicarlas para la mejoría de su profesión y de su país.

Hablaron colegas médicos o dentistas de que se ha perdido la clínica general; en abogacía no se perdió, ya es irrecuperable. La inflación legislativa que padecemos en los últimos 30 años es imposible que un abogado serio pueda asesorar a una persona o una Empresa o una Institución en todas las materias en que hay normas jurídicas. Es tal el aluvión legislativo que el Ministerio de Justicia ha tenido que poner en marcha un sistema de computación para ver si así consigue saber qué normas están en vigencia en el país y qué no, porque hay normas que ni siquiera el hombre más profundizador lo sabe.

Se ha hablado también de las limitaciones universitarias; gran injusticia la de limitar el ingreso a la Universidad, pero se me ocurre que también es una gran injusticia no decirle a la gente joven cuál es el porvenir de la profesión que han tomado. No advertirles de entrada (se puede referir a quien está haciendo un ingreso o el joven en primer año, como aquellos que están terminando la

escuela secundaria), frente a determinada carrera, qué posibilidades ofrece; para hacer esto hay que tener mucho coraje cívico.

Los profesionales estamos consagrados a nuestro país; nosotros hemos estudiado acá, y tenemos la obligación de seguir en el país.

No vendemos mercadería, prestamos un servicio, nosotros no exportamos ni importamos absolutamente nada. He ahí la injusticia, cuando se nos quiere tratar como comerciantes, con las exacciones impositivas.

Una reflexión más y después vamos a hacer preguntas dirigidas a otro trabajo. Se del esfuerzo, del Ateneo Argentino de Odontología por esta reunión; se, a pesar del humor y espanto del turno, del nivel científico de las reuniones, pero esto es un reproche más que una opinión: me apena que el esfuerzo que hacen las entidades no se encuentre respaldado por los colegas. Los que tenemos el honor y la tremenda responsabilidad de presidir entidades profesionales sabemos perfectamente que nosotros no ganamos absolutamente nada; quedamos en las dos o tres cosas más importantes que tiene un profesional: su capacidad, su tiempo de trabajo quitándole a su familia y al estudio. Quienes no se acercan a las entidades profesionales, quienes se desinteresan de los problemas de los profesionales, tienen una manera de matar a la sociedad.

Contesto a la pregunta específica: No hay más que una sola norma que se refiera al trabajo en relación de dependencia y que es únicamente con respecto a los profesionales del arte de curar, es decir que para estos profesionales esta

norma específica prevé las distintas modalidades de salario. Uno habla de profesión libre y en relación de dependencia, las dos cosas más encontradas que se pueda llegar a pensar.

Lo más conciso posible es lo siguiente: hay profesionales que pueden ejercer la profesión en forma absolutamente liberal; hay profesionales que pueden ejercer su profesión en absoluta relación de dependencia (sea con el Estado o con entidades privadas). Lo más interesante, quizás, sean aquellas posiciones mixtas que nosotros llamamos "Zonas grises" donde se confunde, o no se ve claro, si esa relación que une a un profesional con una entidad es, o no, un contrato de trabajo. ¿Qué pasa con los profesionales que no ejercen el arte de curar dentro de un área específica? Se encuentran dentro de la ley general, que es la Ley por Contrato de Trabajo.

¿Cómo hacer para definir donde existe una relación de dependencia y donde no existe? El punto principal no es la dependencia técnica, pues yo podría ser el propietario de una clínica (y no saber absolutamente nada), como sería en Odontología y no le podría decir a un odontólogo si tiene que operar de tal o cual manera; no existe una dependencia técnica, la dependencia es jurídica. Esto quiere decir que cuando yo doy una orden tengo la potestad de hacerla valer y, quien la recibe, no tiene la autoridad de discutirla.

Lo que pasa es que es fácil distinguir a un empleado que atiende tras un mostrador en Harrods, pero no a un profesional; por eso decía que la situación jurídica es *contingente y variable*. *Contingente* quiere decir que yo la hago

ernex

Nuevo concepto en terapéutica orofaríngea



Antiinflamatorio
Antiálgico
de uso topico

Indicaciones:

ESTOMATOLOGIA:
estomatitis - gingivitis - aftas
muguet - glosodinia -
inflamación e irritación por
protesis - cirugía
maxilofacial -
radiomucositis.

AFECCIONES FARINGEAS:
faringitis - amigdalitis viral y
bacteriana - rinofaringitis -
pre y postoperatorio en ORL
- faringodinia
- postintubación.

ODONTOLOGIA: gingivitis -
estomatitis - osteitis -
paradentosis - extracciones
simples o complicadas -
tratamiento pre y
postoperatorio.

Fórmula:

Cada 100 ml contiene:
Benzidamina ClH 0,300 g;
Excipientes c.s.p. 100 ml

Posología:

Utilizar en forma de
gargarismos, buches o
topificaciones 2 a 4 veces por día.

Se recomienda utilizar
1 medida (15 ml) de la solución
pura o diluida en partes iguales
de agua.

Presentación:

Envases de 120 ml.

Contraindicaciones:

No posee.

Bibliografía:

A disposición del cuerpo
médico.

CASASCO

Chirana

complejo
de empresas
productoras
de instrumentos,
aparatos y equipos
odontológicos



STARA TURA
CHECOSLOVAQUIA



■ Trabajamos con existencia permanente de toda la línea de aparatos, accesorios y repuestos.

■ Nuestro departamento de service está formado por ingenieros especializados de la fábrica Chirana de Checoslovaquia.

tar.s.a.

IMPORTADOR Y DISTRIBUIDOR PARA LA REPUBLICA ARGENTINA:
Av. Rivadavia 1936 □ C.P.1033 Buenos Aires □ Tel.47-2253 y 48-3282
Maipú 26, Piso 13 'B' (1084) - TEL.: 34-4304 - Buenos Aires

Quintas Jornadas Internas del Ateneo Argentino de Odontología

Rosario, 19 y 20 de noviembre de 1982

Programa Preliminar

- Ortodondia interceptiva. Guía de erupción dentaria con el método de desgaste.
- Coronas de acero en niños. Coronas versus amalgamas. Importancia de la oclusión.
- Técnica de grabado ácido en dientes temporarios.
- Selladores de fisura. Técnicas e indicaciones.
- Técnica de Ricketts: distintos tipos de arco base. Aplicación clínica.
- Tracción extraoral.
- Quad Helix. Expansor de Ricketts.
- Distalamiento y paralización de caninos.
- Actualización cefalométrica.
- Condicionamiento de plan de tratamiento ortodóncico a los objetivos de oclusión.
- Patología ósea maxilar en niños y adolescentes.
- Interacción disciplinaria en la organización del sector anterior de la oclusión.
- Genética y odontología.
- Actualización bibliográfica en tracción extraoral.
- Terceros molares inferiores. Predicción de erupción.
- Actitud terapéutica frente a pacientes con agenesias.
- Prótesis.
- Bimler.
- Método de Braumrind - Zielinsky.
- Mordidas cruzadas.
- Distusión. Activador de Teissler.
- Decisiones en los objetivos del tratamiento ortodóncico.

CUOTA DE INSCRIPCIÓN

Socios del A.A.O.

Antes del 10-11-82.

No socios (*)

\$ 330.000

(*) Los no socios del ATENEO deben serlo de entidad afiliada a la C.O.R.A

\$ 380.000

SECRETARIAS:

Anchorena 1176 (1425) Buenos Aires.

ENTel: 821-7349/0394 y

3 de Febrero 1274 (2000) Rosario.
4-5813.

Sergio Trajtenberg ARTICULOS DENTALES

Materiales-Equipos-RX Turbinas

OFERTAS del MES:

Equipo de RX65Kw - 10 M - A
\$ 39.000.000

Equipo Dental Completo c/Compresor
\$ 49.000.000

Anticipo y 4 cuotas.

Amalgama Ventura × 250 grs. NON GAMMA
\$ 3.990.000

Y como siempre, la comodidad
de una cuenta corriente muy flexible.
Estamos todos los días de 8.30 a 12 en
el Ateneo, Anchorena 1176 - ENTel. 772-9491 - 773-3357.

PASTA FS

REVOLUCIONO LAS TECNICAS Y FARMACOPEAS DE LA ENDODONCIA Y DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS GRANDES PROCESOS APICALES, PONIENDOLOS AL ALCANCE DEL ODONTOLOGO EN MAS DE TREINTA PAISES DEL MUNDO.



Adquiera este producto en su proveedor habitual

Distribuidor exclusivo en la República Argentina: DENTAL NORTE S.R.L.

RESULTADOS ALTAMENTE POSITIVOS EN:

- SUBOBTURACION (ACCION A DISTANCIA) • RELLENO RADICULAR • LESIONES FISTULIZADAS • LESIONES NO FISTULIZADAS • TRATAMIENTOS INMEDIATOS • RECUBRIMIENTO PULPAR • CAVIDADES PROFUNDAS • PERFORACIONES ACCIDENTALES • REOBTURACIONES • INSTRUMENTOS FRACTURADOS • ALVEOLITIS • GRANDES LESIONES PARAENDODONTALES • OSTEOMIELITIS • Y EN EL CAMPO SEPTICO: NO ACTUA COMO UN SIMPLE MATERIAL INERTE DE RELLENO RADICULAR, YA QUE CADA UNO DE-SUS AGENTES TIENE UNA FUNCION ESPECIAL.
- ADEMAS, LA PASTA F.S. NO TEMPORALIZA SUS EFECTOS, SU ACCION TERAPEUTICA ES PERMANENTE.

DENTAURUM

„Ultratrimm“ Brackets con minimalla p. Direct Bonding

Serie de nuevos brackets con bases reducidas en distal/mesial y occlusal/gingival, gracias a un nuevo método de producción, ofreciendo una segura retención con el adhesivo. El Orthodontic Bonding System está respaldado por nuestro extenso programa de brackets e instrumentos p. cementado directo.



Sistema »Standard Edgewise Technique« Torque 0° Angulation 0°

MAXILAR		0.45 x 0.63 mm	0.55 x 0.71 mm
Dientes	Brackets	018 x 025°	022 x 028°
1 1	Edgewise Bracket, ancho	705-0185	705-0225
11 - 21			
2 2	Edgewise Bracket, mediano	704-0185	704-0225
12 - 22	Edgewise Bracket, estrecho	703-0185	703-0225
3 3	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
13 - 23	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225
5 4 4 5	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
15 - 14 - 24 - 25	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225
MANDIBULAR		0.45 x 0.63 mm	0.55 x 0.71 mm
Dientes	Brackets	018 x 025°	022 x 028°
42 - 41 - 31 - 32	Edgewise Bracket, estrecho	703-0185	703-0225
2 1 1 2	Edgewise Bracket, extra estrecho	707-0185	707-0225
	Edgewise Bracket, super estrecho	701-0185	701-0225
	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
43 - 33	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225
3 3	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
45 - 44 - 34 - 35	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225
5 4 4 5	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225

Como estos brackets no tienen torque ni angulación, pueden ser usados tanto para los lados derecho e izquierdo como para el maxilar y la mandíbula.

Paraguay 2070 (1121) Buenos Aires - República Argentina 83-4185

Dentaurum Information-Service
Postfach 440, D-7573 Pforzheim, Rep. Fed. Alemania

TMS
PINS

Seguro • Eficiente • Economico

Principales Características de la "SERIE LINK"

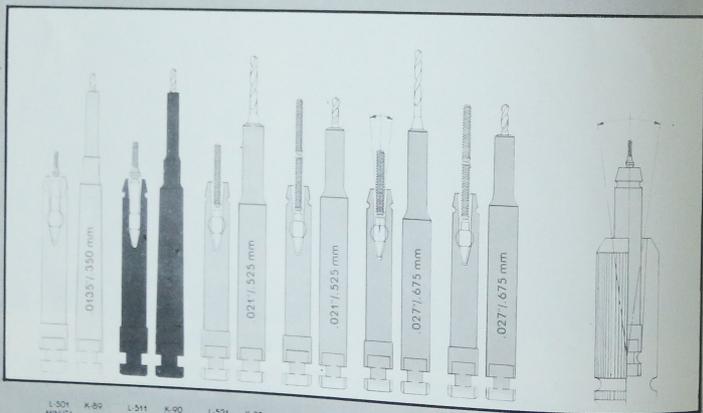
Elasticidad y enlace resistente
Alineación propia del pin al canal
Conducción directa

Se utiliza con cualquier pieza de contra-ángulo
No necesita mandril
Codificado por colores

Pines auto-cortantes sencillos y dobles
Control visual de existencias

Pines dorados, libre de reflejos

Fabricados en todos los tamaños y diseños del TMS



L-501 MINITA SINGLE SHEAR K-80
L-511 MINIKIN SINGLE SHEAR K-90 Short Shank K-91 Long Shank
L-521 MINIM SINGLE SHEAR K-93
L-531 MINIM DOUBLE SHEAR K-92 2mm Depth Limiting
L-541 REGULAR SINGLE SHEAR K-97
L-551 REGULAR DOUBLE SHEAR K-96 2mm Depth Limiting
L-500 UNIVERSAL HAND DRIVER

© Registered Trademark, TM Trademarks. Wicajalstein, Iberoamericana
TM Patent No. 3434999 and others pending

DISTRIBUYE DENTAL MEDRANO S. C. A.
Junín 1001 (1113) - Teléfono: 824-9847 - Buenos Aires - República Argentina

**Ahora TAMBIEN
FLUOROGEL CON SABOR A MENTA**



NAF es prevención

FLUOROGEL

GEL para el cepillado diario PH 5,3. Cert. M.S.P. y M.A. 198/80

FLUOROGEL P

GEL con FLUOR y bajo PH para uso tópico profesional. Con FLUOR 1,23% PH 3,5. Presentación frascos por 250 grs. y por 1.000 grs. Cert. M.S.P. y M.A. 233/81.

REVELPLAC

Comprimidos revelantes de la placa bacteriana. Presentación 3x comprimidos. Cert. M.S.P. y M.A. 194/80.

REVELPLAC L

Solución reveladora de la placa bacteriana dental. Uso profesional cont. neto 20 grs. Cert. M.S.P. y M.A. 230/81

NAF

Avda. Maipú 2440
(1636) Olivos Tel. 791-8263



bremen dental

CARLOS PELLEGRINI 1327 -
7° B (1011) CAP. FED.
TEL. 393 - 8782 - 9190



SU TIEMPO VALE



(Ahórrelo haciendo
su pedido telefónicamente.)



ENTREGA EN 24 HS.



COMPARE
NUESTROS PRECIOS

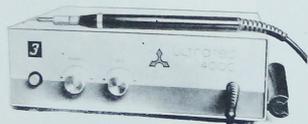
Receptoría de Avisos: Tel. 771-3930 -
772-9491 - 773-3357

SOLICITE PROMOTOR TECNICO

Teléfono: 3-0804 - La Plata

DE SU INTERÉS: EL ULTRATEC
4.000 S POSEE UNA AMPLISIMA
VARIEDAD DE USOS QUE HARÁ
MUCHO MAS ECONOMICO SU
CONSULTORIO. NO LO DUDE E
INVIERTA EN EL. NOS LO AGRA-
DECERA.

DYTEC S.R.L.



sentir, la hago valer, cuando a mi se me ocurre y *variable* está en que esa dependencia tiene matices mayores o menores de acentuación según la índole del trabajo. Quizás no se vea tan claro el problema de *contingencia* como en este ejemplo: Soy un empresario y tengo un viajante de comercio que va a la zona de Cuyo, o la zona Norte y se da cuenta que yo, en ese momento, no tengo ninguna posibilidad de ejercer mi autoridad (por la distancia), no estoy vigilando, pero me bastaría con llamar por teléfono al hotel donde para y decirle "Usted suspende mañana toda la venta"; eso es *contingente*, cuando quien detenta el poder puede utilizarlo.

Y *Variable* porque no es lo mismo un operario que está junto a la máquina que un profesional.

Doctor
ARIAS PELLERANO

Respecto de la primera pregunta, debo aclarar que soy científico político. Mi profesión se desarrolla en distintos niveles: asesoramiento en la administración pública o en el Servicio Diplomático, en los medios masivos de comunicación; asesoramiento de empresas; docencia universitaria o secundaria; labor en institutos de investigación y actividad editorial.

Por tratarse de una carrera nueva, no ha sido aún totalmente aceptada por la opinión pública, razón por la cual su práctica se hace con dificultades.

En atención a que debo retirarme por otro compromiso, contestaré brevemente el resto de las preguntas siguientes:

2 - Dentro de un cuadro recesivo como el actual, las

perspectivas no son promisorias.

- 3 - No existe y sería deseable que se implantara fijándose tareas excluyentes de otros profesionales.
 - 4 - Sería deseable establecer formas de participación profesional que, sin superponerse a los fijados por la Constitución, ayudaran a la formación de una opinión nacional en base a la armonización de los intereses sectoriales.
 - 5 - Si el cuadro es universalmente recesivo, el egresado, igual al de otras profesiones, también encuentra pocas posibilidades de desarrollarse. La solución es el logro de la identidad global del país, de donde surgirán expectativas posibles y ciertas que cieguen frustraciones.
 - 6 - El país debe lograr su identidad definiendo su perfil espiritual (un judeo-cristianismo remozado), ideológico (síntesis superadora del liberalismo y del marxismo) y estableciendo un modelo de desarrollo material de acuerdo con las exigencias de la época (nación posindustrial), para lo cual ineludiblemente debe promover la reunificación continental.
- Los arquitectos de esta labor deben ser una nueva clase de política. Las profesiones universitarias organizadas deben ser proveedoras del personal suficiente como para llevar a cabo la identificación nacional explicada en el punto anterior.
- 7 - Dada la novedad de la carrera, los recursos humanos son casi suficientes. Si se encarara la labor de reno-

vación nacional con un proyecto como el citado se debería operar una reasignación de los recursos humanos teniendo en cuenta el ámbito continental.

COORDINADOR

Doctor GIRIBALDI, lo invito como Presidente de la mesa a dar la palabra a los panelistas que deseen contestar algunas de las preguntas restantes.

Doctor GIRIBALDI

El doctor Perette pide la palabra.

Doctor PERETTE

Hay tres preguntas que sería interesante contestar: una cuando habla sobre la situación del recién graduado o egresado; cómo revertir su frustración y lograr su aporte al desarrollo nacional. La otra que dice: ¿cuáles son los aspectos centrales para una propuesta de desarrollo nacional desde la óptica de su profesión y cuáles son las propuestas generales que deberían partir de las profesiones universitarias organizadas? y la última, que habla del recurso humano.

El desarrollo nacional reclama una óptica no profesional. Es un deber de ciudadano que nadie debe ni puede esquivar; es impostergable un estado de derecho, con vigencia plena de las garantías y derechos consagrados en la Constitución Nacional con amparo de la ley, de la justicia y de la libertad. La propuesta general de los profesionales en un clima de resguardo del derecho del ser humano en libertad y democracia con prevalencia y participación de todo el pueblo que debe trabajar y proponer un de-

sarrollo con soberanía política e independencia económica. Soberanía política para el desarrollo de un hombre cabal, libre en una sociedad con amparo de la justicia para todos. La propuesta en el ámbito del desarrollo nacional y de la salud no puede ser otra que, con una política argentina de salud en donde sea cierta la salud como bienestar físico, mental y social de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud.

La Salud es un componente del desarrollo nacional; imaginar al país que queremos y desarrollarlo con la voluntad argentina, con apoyo creciente y sin interrupciones, es nuestro deber de hoy. Mi propuesta con relación al desarrollo nacional es concretamente en función de la óptica de un profesional que no renuncia a ser ciudadano.

Primero: una Argentina democrática con hombres libres y respetados.

Segundo: institucionalización definitiva del país y estado de derecho sin restricciones.

Tercero: política de salud con suficiente presupuesto conminando la realidad nacional con todos sus sectores (públicos, privados, seguridad social).

Cuarto: defensa del trabajo profesional en todas sus manifestaciones, con garantías de suficientes fuentes de trabajo, con accesibilidad y posibilidades para todos los profesionales sin distinciones de ninguna naturaleza. Una universidad democrática, abierta, autónoma y al servicio del país. Una soberanía nacional y económica con resguardo de factores primordiales de esa soberanía.

Yo entiendo que no puede haber desarrollo nacional si este

país no es independiente y, si no tiene soberanía sobre riquezas fundamentales como son el subsuelo, el espacio aéreo, la energía, etc., que no pueden quedar librados a intereses o dominios que no sean los nacionales. En definitiva, el desarrollo nacional es patrimonio de todos los argentinos que, en la universidad, en los gremios, en el gobierno, en las asociaciones, en las organizaciones políticas se dispongan a poner el hombro a este magnífico país que debe superar su actual y peligrosa situación, pero yo agregó acá algo sobre "relación de dependencia" y "problemas del recién graduado". No hay que ser demagógico, pero a mí me preocupan no los 10.000 ciudadanos jóvenes argentinos que entran en la Universidad si no los 40.000 que no entran porque esa es la juventud que hay que salvar en la República; los que entran en la Universidad, marchan solos; el que no entra, es el que puede equivocar el camino y el recién graduado inclusive emerge con deficiencias notorias de un pregrado que no prepara para ejercer en el país. Sólo el 20 % al 25 % (y soy generoso), merece la residencia en el caso de los médicos, como importante aporte de educación continua y programada; no se posibilita al profesional, en su lugar de trabajo, acrecentar y continuar sus conocimientos por las restricciones de ingreso al hospital, verdadero centro formador de profesionales. En este momento, los profesionales tienen problemas para entrar en los hospitales; antes, cualquiera entraba en un servicio como adscripto, como concurrente y ahora hay disposiciones severas para poder ingresar y eso es estar cercando el futuro de los jóvenes

profesionales de este país.

Hay que evitar la frustración asegurando una ubicación de pregrado; hay que volver, en el caso de la medicina, a la enseñanza teórica y práctica de los practicantatos que nosotros tuvimos la suerte de realizar y hacer que la formación de posgrado sea continuada y programada porque, como decíamos al principio que esta es una profesión que está en dinamismo de renovación del conocimiento, hoy el profesional necesita la educación continuada y programada de posgrado para ser útil a la sociedad. Con respecto a la plétoira, no voy a entrar a decir si en nuestro país hay o no plétoira de profesionales en caso de medicina; personalmente, creo que no hay plétoira sino una desarmonía entre los recursos que se ofertan y las características de la demanda.

El desempleo, el subempleo o el mal empleo de un recién graduado no permite ser muy iluso, pero si el concepto de demanda se amplía con el de necesidad real médica, es seguro que esa plétoira no será tal, y voy a tomar un sólo ejemplo que honra a este país y que es muy poco conocido: La Provincia de Neuquén con el Programa de Residencia para médicos generalistas, que han permitido ampliar el campo de 99 médicos a 262 en el año 1981 y que ha llevado al indicador de mortalidad infantil de 127 al 24 por mil. Eso es enfrentar la salud como este país lo necesita, como el pueblo lo quiere y como los profesionales tienen la obligación y responsabilidad de defender.

Creo haber definido, en forma muy concreta, la posición de las entidades profesionales (en el caso de COMRA) tienen sobre

este aspecto tan trascendente que ha convocado este panel.

Doctor LEMME

Aunque comparto lo que se viene diciendo, considero que hay matices dentro de cada profesión. Respecto de la plétoira, entiendo que en odontología existe mala distribución, lo que determina plétoira en la ciudad de Buenos Aires, y falta en otros lugares. En ese sentido Argentina es distinta a otros países latinoamericanos, ya que tiene muchas ciudades con más de 100.000 habitantes; en cambio otros países, como Perú, tienen ciudades consideradas como tales con sólo 2.000 habitantes.

Otro aspecto por considerar es la demanda; las estadísticas dicen que sólo el 10 % de la población concurre a la consulta odontológica. En un país donde no se implementan planes de prevención y existe una ley de fluoración de aguas que no se cumple.

Con respecto al recién graduado, es importante considerar lo desguarnecidos que salen de la facultad, desgraciadamente por la mala formación o falta de información que se les da durante la carrera universitaria. Participé hace meses de una mesa con estudiantes de odontología de 4° y 5° año y observé que se recibirán desconviniendo totalmente lo que es el ejercicio de la odontología actual, que ya no es más ese liberalismo a ultranza; ya que toda la profesión va siendo

socializada y depende de un sistema de seguridad social del que no saben absolutamente nada. Ese cuadro es aterrador, y deben hacer mucho lo que están en la docencia, en los planes de estudio para inculcar la problemática que tendrán que enfrentar los odontólogos cuando egresen. Esto sin hablar del costo de la instalación, el equipamiento, etc., dentro de un contexto social agudo, difícil, como ya se dijo.

Doctor IANUCCI:

Queria redondear este tema y también hacer una aclaración: cuando hablamos de cifras, nos olvidamos que son datos difíciles de cuantificar pero que, para mí, configuran también el porcentaje de desocupados en cuanto a la profesión, que son todos aquellos profesionales que han emigrado del país en busca de otros horizontes, que esos profesionales emigrados son desocupados en Argentina, (por lo menos, en su gran mayoría).

Con respecto a lo que dijo el Dr. Perette sobre cual tiene que ser nuestro aporte en las propuestas que debían partir de nuestras profesiones universitarias con respecto al desarrollo nacional, estoy totalmente de acuerdo con él.

Yo había dicho anteriormente que, solamente una solución global y de todos los ciudadanos argentinos nos puede dar la solución buscada. La instrumentación de todos estos objetivos globales van a surgir del

consenso de toda la ciudadanía y no podrán ser nunca alambicadas en laboratorios subterráneos.

Con respecto al recién egresado, quiero remarcar un aspecto. La culpa (muchas veces) del mal producto, no la tiene el mal producto, sino quien lo fabricó. Tengamos entonces cuidado, que en el afán de querer retocar y hacer mejor ese producto no creemos ciertas restricciones del futuro, como ciertos practicantatos, y no me refiero al caso médico (que tiene su razón de ser), sino al resto de profesiones, o periódicas revalidadas de capacitación que yo me pregunto, firmemente, que pasa después. Podemos llegar al riesgo de caer en tribunales elitistas que corporacionen las profesiones que recurren al mercado de acuerdo con sus necesidades.

La responsabilidad de la formación está en la Universidad. La Universidad existe para crear ese producto, y ese producto tiene que ser bueno. La capacitación posterior necesaria y válida tiene que surgir no como una imposición, sino como un deber moral del profesional, pero para eso, la Universidad tiene que ser humanista, tratar al hombre como un ser humano y no simplemente un técnico que apretará botones o aplicará formulas tan mágicas como algunos economistas que, cuando hacen esas formulas, ponen al hombre como una variable más y se olvidan que el hombre es el fin de todas esas variables.

Al término de las respuestas a preguntas formuladas por los asistentes, el Coordinador —sobradamente agotado el tiempo previsto— dio por cerrado el Panel con el agradecimiento a sus integrantes y al núcleo de colegas presentes.

Laboratorio "DEL ATENEO"

Aparatología de
Ortopedia Funcional
y Ortodoncia en
toda su Variedad

RICARDO N. LLANES
EDUARDO H. AGUIRRE

T. de Anchorena 1178
Tel. 821-7349

36 — Ateneo Arg. de Odontología

ANDRAK S.R.L.
Importadora y Exportadora

presenta su APARATO DE RAYOS X PARA USO
ODONTOLÓGICO

ARGENDENT®



CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

- Potencia: 60 K.V. — 10 mA.
- Tubo de rayos X: procedencia italiana. Marca C.E.I. Grillado.
- Reloj electrónico: de alta precisión, con 11 tiempos de exposición, y seguro de repetición de disparo.
- Cabezal: refrigerado en aceite.
- Punto focal: 0,8 x 0,8.
- Modelos: mural o rodante.
- Trabaja con 180 a 220 volts. sin necesidad de elevador de voltaje.

Distribuye en el Ateneo Sergio Trajtenberg

Fabrica, distribuye y garantiza:

— San Lorenzo 360 (1874) Villa Domínico —
— Provincia de Buenos Aires — T.E. 207 - 3118

ANDRAK S.R.L.

Volumen XVII — Nº 3 — Julio - Septiembre 1982

SIEMPRE
CON LOS MEJORES
PRECIOS DE MATERIALES
E INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO

*Pero, por favor
no nos crea
y venga a*

emporio dental s. a.

Junín 1007 (1113) - T. E. 83-9340/9372



Ateneo Arg. de Odontología — 37

Volumen XVII — Nº 3 — Julio - Septiembre 1982

SIN MATERIALES SINTETICOS O SUSTITUTOS, exclusivamente ingredientes puros y naturales. Presentación en polvo y líquido para obtener diferentes consistencias para diversas aplicaciones.

LO NATURAL*

en Cementos Temporarios

TEM DAK EL CEMENTO TEMPORARIO IDEAL. Use una mezcla gruesa para obtención. Use una mezcla fina para cementado de coronas y puentes, de remoción atraumática. Alta acción sedativa.

WondrPak CEMENTO QUIRURGICO. Para uso luego de intervenciones en periodoncia o extracciones, para proteger y calmar áreas tratadas. Reducir el shock termal por proximidad de pulpa.

También tratamiento seguro y rapido para bolsas (dry sockets).

Pídalos y úselos, ellos tienen el respaldo de miles de dentistas. Y lo han usado por décadas en todo el mundo.



DISTRIBUYE
DENTAL MEDRANO S. C. A.
Junin 1001 (1113) - Telef.: 824-9847
Buenos Aires - República Argentina

¿Por qué un BRALKO "MULTIDONT" y no otro?
Porque el "MULTIDONT" de BRALKO es...



COMO UN BUEN AMANTE

Suave y delicado cuando debe serlo.
Enérgico y potente cuando hace falta.



- Electrobisturí y ultrasonido en un solo gabinete.
- Rápido pasaje de uno a otro con un solo botón.
- Un solo pedal de accionamiento.
- Eficaz eliminación del tartaro con acción conservadora.
- Corte suave y delicado.

Solicítelo a su proveedor habitual — servicio promocional T.E. 701 - 9725



Unidades Dentales
y Accesorios - Rayos X
Materiales e Instrumental

Compra - Venta - Permuta y
Consignaciones de
Equipos Dentales e
Instrumental

Junín 1036 (1113) - Capital - Teléfono:
825 - 7095

Vaicrón®

ACRILICO PARA
BASE DE DENTADURAS



VAICEL

ACRILICO AUTOCURABLE PARA REPARACIONES

Producidos por

SOLICITELOS
A SU PROVEEDOR HABITUAL

Vaicrit
S.A.



Llavallol 1193 - Lanús Oeste - Tel. 241 - 1907

Atención de Pacientes en las Clínicas del Ateneo Argentino de Odontología

ORTODONCIA:

Martes, jueves y sábados de 8.30
a 11.30.

ORTOPEDIA:

Lunes, miércoles, viernes y sábados
de 8.30 a 11.30.

ODONTOPEDIATRIA:

Lunes, miércoles y viernes de 8.30
a 11.30.

CIRUGIA:

Martes, jueves y sábados de 8.30
a 10.

ENDODONCIA:

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

PROTESIS:

Martes, de 8.30 a 11.30.

DISFUNCION TEMPORO - MANDIBULAR:

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

En la filial Rosario

Sábados, de las 8.30 a 11.30
3 de Febrero 1274, Rosario

Correo
Argentino
Suc. 12

TARIFA REDUCIDA
Concesión 2231

FRANQUEO PAGADO
Concesión 4760

El trabajo que se transcribe a continuación, surgió del seminario interno realizado en el Ateneo Argentino de Odontología, y fue presentado en el PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE PROFESIONALES JOVENES, organizado por la Confederación General de Profesionales de la República Argentina, realizado en Mendoza del 22 al 25 de mayo Ppdo.

Situación Ocupacional del Odontólogo Joven

El desentendimiento por parte del Estado de sus indelegables obligaciones en materia de salud, más específicamente en nuestro campo de la Salud Bucal.

El abandono y deterioro del hospital público y la sistemática reducción del presupuesto sanitario nacional.

La actitud permisiva hacia la concentración de la atención médico-odontológica en manos de organizaciones comerciales y sus empresas clínicas. Sumados al incesante aumento del costo de vida con condiciones socio-económicas asfixiantes, que limitan la demanda de atención, hacen entrar en crisis las formas tradicionales del ejercicio profesional, siendo las fundamentales y resumidas para este trabajo en tres tipos a saber

- 1) Hospitales y dependencias públicas;
- 2) Actividad liberal;
- 3) Clínicas o centros privados.

1 - SITUACION OCUPACIONAL EN HOSPITALES Y DEPENDENCIAS PUBLICAS

En este aspecto, se señala que no existe posibilidad para nuevos ingresos, siendo este exclusivamente por "conocimientos" y no por curriculum; que aún se hallan congelados los cargos, inclusive sin retribución, y la carrera hospitalaria en sí; que no existen residencias odontológicas pese a haber para ello proyectos efectuados por la Facultad de Odontología de la UBA; que la demanda justifica la nueva incorporación de profesionales.

Que en su seno se exige sin retribución el cumplimiento estricto de horario; y que no existe infraestructura suficiente para cumplir con la demanda de atención.

Re-Inaugura

NSK

Komet

MASEL

SHOFU

Imco

COF

DuraLay

Belmont

Nombre: **JASMINOY**

Origen: **CORDOBA 2056**

46-0633

49-5988

2 - ACTIVIDAD LIBERAL

Las principales dificultades que surgen del ejercicio liberal de la profesión, residen, en principio, en los altos costos de instalación —llámese vivienda o alquiler y gastos referentes al equipamiento y materiales— que afectan tanto a los recién egresados como a los de mayor experiencia.

La situación económica por la que atraviesa el país, afectan al desempeño de este tipo de práctica en un medio absolutamente inestable, enmarcado en la profunda disminución de la demanda de atención, estando ésta cada vez más dirigida sólo a la solución de los problemas bucales más urgentes.

A esto se agrega, en la Capital Federal, el difícil acceso a la prestación para obras sociales, ya que nuestra Federación capitalina, posee sólo cinco de todas las que hay en la Metrópoli, siendo estas de muy poca significación numérica frente a la realidad del resto del país, donde las organizaciones profesionales concentran la casi totalidad de los contratos.

3 - SITUACION OCUPACIONAL EN CLINICAS, CENTROS Y SANATORIOS PRIVADOS

Los factores enunciados en el encabezamiento, resultaron marco propicio en los últimos años en la Capital Federal, ante la aparición y desarrollo de grandes clínicas odontológicas privadas, que han dado lugar a una nueva forma del ejercicio profesional en el ámbito odontológico metropolitano.

Por las consecuencias que de ellas resultan, se destacan a continuación dos aspectos fundamentales: **el ético profesional y el específicamente sanitario.**

Con respecto al primero se señala que son ya varios centenares de odontólogos, en su mayoría de reciente gradua-

ción, los que se hallan en esta situación trabajando en centros odontológicos cuya principal fuente de ingresos de pacientes la constituyen sindicatos, obras sociales e instituciones de pre pago; los más, en una relación de pseudo-trabajo independiente, en donde pese a poseer obligaciones típicas de asalariado, ningún derecho correspondiente se les respeta. Así es como se trabaja "a comisión" sobre las prestaciones. En algunos casos se recibe el 10 % de ellas más un pequeño sueldo (\$ 400.000.—), en otros, el 25 % sobre el total recaudado, y en otras alcanza al 30 - 35 %, luego de deducidos porcentajes a saber: materiales, gastos de laboratorio, luz, gas, asistentes, etc., "comisiones especiales" y, finalmente, un 50 % en concepto de ganancia para la clínica, como si los ítems antes mencionados no contemplaran desde el vamos un gran margen de error. Un párrafo especial para aclarar el concepto de "comisiones especiales", "tocadas", dinero bajo sobre o sencillamente "coimas", también deducidas al prestador como queda dicho.

Se ha llegado al caso extremo de que una poderosa clínica, con varias sucursales, se arroge el derecho de no abonar "ciertos códigos del nomenclador nacional", pese a obligar al colega a llevarlos a cabo (consultas, urgencias, guardias, radiografías) o reemplazar algunos por otros (cavidades simples por compuestas, biopulpectomías totales por gangrenas, etcétera).

En estas clínicas, los "recibos de sueldos" tienen también varias formas: los no contabilizables (léase en negro), los llamados de coparticipación de honorarios, aquellos donde sólo consta una parte de lo abonado, y aquellas clínicas que directamente los niegan.

Sistemáticamente se desconocen las leyes laborales en vigencia y sus respectivos descuentos, aportes, vacaciones, aguinaldos, enfermedades, etc. Y no ha-

blar de los atrasos en los pagos con cientos de excusas comprobables.

Se retasean y controlan algunos materiales indispensables para el trabajo, negándose otros, con lo cual indirectamente se pautan técnicas y procedimientos más costosos, poco lucrables o, sencillamente, que no son del gusto de la dirección.

En algunas clínicas existen listas subrepticias y consejos "in voce" sobre códigos a aplicar (realizados por la dirección) para que los tratamientos sean más beneficiosos o que puedan burlar el control de las auditorías.

Existen también los llamados odontólogos "distribuidores u orientadores", generalmente directores, que realizan la primera consulta y guardan para sí los pacientes con tratamientos lucrativos, distribuyendo el resto para los colegas dirigidos.

Finalmente, se puede afirmar de los colegas que poseen relación de dependencia directa, efectiva, que el sueldo más alto comprobado en el mes de marzo pasado, era de \$ 1.800.000.—, registrándose en el otro extremo clínicas que sólo abonaban \$ 400.000.— en la misma fecha. En esos casos hay que cumplir no menos de tres turnos semanales de cuatro horas cada uno, teniendo que atender un número de cuatro pacientes por hora, cualquiera sea la prestación.

Se suma a esto la existencia de un nomenclador nacional, que sólo contempla aspectos administrativos y técnicos y desconoce las realidades clínicas y los nuevos conocimientos científicos, amén del hecho concreto de haber sido congelado en el mes de octubre Ppdo. y sólo reajustado en un 10% a partir del 1º de abril, sin guardar correspondencia con el aumento de los mismos ni del costo de vida.

A la situación someramente planteada hasta aquí, debe agregarse un sinnúmero de circunstancias (situación económica,

ca, falta de experiencia del recién egresado, poca preparación, etcétera) que, juntas o separadas, obligan casi al profesional odontólogo capitalino a "buscar" estos puestos, pero ante el conocimiento de este hecho por la dirección, se cometen otros abusos de índole humanitaria que ponen de manifiesto la contradicción entre nuestra responsabilidad ética, como agentes de salud, y la necesidad concreta de una fuente de ingreso.

Todos estos hechos contribuyen a generar en el aspecto sanitario un tipo de atención deficitaria y no planificada, donde casi siempre priva el lucro, y donde el mejor negocio es la enfermedad, resintiéndose así las características de una verdadera atención odontológica dirigida a la solución total de los problemas bucales de la población.

Frente a estas circunstancias, el odontólogo de la capital se halla en una total desprotección, no hallando respuestas a sus problemas ni eco a sus inquietudes en ningún organismo que los represente.

Consideramos, que la sola mención de estos hechos e irregularidades, comprobables todas en tanto y cuanto se tenga intención de ello, obligan a los responsables gremiales de nuestra jurisdicción a tomar urgentes medidas en salvaguarda de los verdaderos intereses y principios que rigen el ejercicio de nuestra profesión y de los odontólogos como tales; para ello proponemos como medidas inmediatas:

- 1) La realización de una encuesta general de la población odontológica de la capital, que aclare el panorama de las formas ocupacionales, cuadro de situación, grado de perfeccionamiento, capacidad instalada, etcétera.
- 2) Relevamiento de todos los centros y clínicas del ámbito metropolitano, para tomar conocimiento de relaciones contractuales, cantidad de odontólogos, tipos de atención, etcétera.

- 3) Estudio de factibilidad para la proposición de una legislación que ampare al profesional en relación de dependencia.
- 4) Urgente puesta en práctica de medidas que tiendan a que las obras sociales de la capital (especialmente las dependientes de las empresas del sector público y las encuadradas en el INOS) celebren contratos de atención con la Federación de la Ciudad de Buenos Aires, para garantizar la existencia de listas abiertas de prestadores y control de calidad como seguro de la correcta atención.
- 5) Inmediata puesta en vigencia del nuevo **Nomenclador** de prestaciones Odontológicas, propuesto por la CONFEDERACION ODONTOLOGICA en Santa Fe, 1981.
- 6) Adecuación permanente en relación al aumento del costo de vida en los aranceles del Nomenclador Nacional Odontológico.
- 7) Apertura del Hospital Público a la concurrencia de profesionales odontólogos. Descongelamiento de los llamados a concurso. Puesta en vigencia

de la Carrera Odontológica Hospitalaria. Efectivización del proyecto propuesto por la Facultad de Odontología sobre residencias.

8) Perentoria necesidad de que las organizaciones profesionales específicas, abran la discusión sobre la problemática del profesional joven, implementando las vías organizativas que aseguren participación y representatividad, así como una continuidad efectiva.

Finalmente, no habrá solución a los problemas de nuestro sector en tanto y en cuanto no se integre la odontología a una planificación global de salud que, respetando derechos sectoriales, armonice objetivos, asegurado una mayor demanda de atención.

El ejercicio de la democracia que todo esto presupone, compromete a las organizaciones profesionales a sumar su voz en la búsqueda de la pronta vigencia del Estado de Derecho y a la modificación de la política económica que ha provocado la honda crisis que enmarca el actual quehacer nacional.

Buenos Aires, mayo de 1982.

Sr. Odontólogo:



Somos especialistas en diseño y equipamiento de consultorios. Si Ud. está por instalarse o reequiparse avisenos. Le seremos más útiles de lo que supone.

Reparamos equipos de cavitación, insertos, turbinas, etc.

INSTALACIONES Y SERVICIOS ODONTOLOGICOS



AV. JUAN DE GARAY 2876 (1256) CAPITAL FEDERAL - Tel. 942-0692



Curso del doctor Neil Benvenega (Brasil)

Vemos —de izquierda a derecha en la nota superior— al profesor Benvenega con su colaborador, doctor Grinberg, y a su lado el presidente del Ateneo, doctor Stratas, haciendo uso de la palabra. En la nota de abajo, una sesión de trabajos prácticos de dicho curso.



En los días 11, 12, 13 y 14 de agosto Ppdo., se realizó el curso sobre "TERAPIA BIOPROGRESIVA DE RICKETTS", dictado por el profesor doctor Neil Benvenega, de San Pablo, Brasil.

De acuerdo con lo oportunamente programado para el ciclo lectivo de este año, el curso se desarrolló durante cuatro días "full time", con clases teóricas y actividad práctica de los inscriptos.

Por ser las vacantes limitadas, no fue posible absorber a la totalidad de los interesados. La inscripción llegó a casi un centenar de colegas de la Capital Federal y del interior, inclusive de provincias lejanas, y varios del exterior, como México, Ecuador y Chile.

El curso dictado por el profesor Benvenega, con la colaboración del doctor Boris Grinberg, alcanzó el éxito esperado teniendo en cuenta los antecedentes del docente y la vigencia del tema, dando lugar, además, a gratos momentos de camaradería.

LIBROS

“EL ACTO MEDICO ODONTOESTOMATOLOGICO”

Por el
doctor
JOSE
PRESMAN

“A fines del siglo XX, en pleno auge de las computadoras, cuando la técnica intenta dominar al Hombre, el escribir un libro sobre el acto médico-odonto-estomatológico parecería estar fuera de época”. Con estas palabras abre el prólogo de su libro el doctor Presman, que es profesor titular de semiología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Las palabras apuntadas inicialmente encierran la tónica de la obra, resumida, por otra parte, de la filosofía profesional del autor, quien en su larga trayectoria docente ha tendido no sólo a formar profesionales capaces y honestos sino también orientados hacia una práctica con sentido humano, preventivo y social; con vocación de servicio y mentalidad de cambio. Es significativo el primer dibujo donde aparecen una profesional estrechando la mano del paciente al mismo tiempo que le observa su integridad físico-psíquica.

La obra se divide en una parte general y una parte especial. En la primera, se dan las bases sobre el tipo de odontoestomatólogo que se pretende formar, el estado de salud y enfermedad, la semiotecnia, la patología, la metodología médico-odonto-estomatológica para el estudio del paciente.

En la parte especial, primero se analizan los síntomas y signos que se ponen en evidencia por la sola presencia del paciente, al estrecharle la mano y en el diálogo. Luego, se desarrollan los distintos tipos de afecciones.

Se trata sin duda de un libro diferente. Tiene un cierto tono coloquial que, además de hacerlo ameno, crea una sensación de diálogo con el autor. Y por esa inteligente vía, contribuye a fijar los conceptos.

Está ilustrado con 56 dibujos, sin fotos ni radiografías. La impresión es muy correcta y la diagramación y tipo de letra invita a la lectura. La bibliografía está dividida en capítulos, tales como Ciencias Básicas, Odontoestomatología, Medicina general y misceláneas.

Es una obra de valor para estudiantes, posgraduados y para quienes deseen adquirir conocimientos nuevos u ordenar los dispersos; para quienes, en suma, desean salvaguardar su condición de “hombre-persona” y no de “hombre-máquina”, en beneficio de aquellos que transitan por el penoso camino de la enfermedad”. Impreso en Córdoba, 1982. (293 pág.)

A. F. A.



INDUSTRIA DENTAL ARGENTINA

Fabricación de Aparatos Odontológicos.
Compresores Silenciosos de 1/2 y 3/4 HP.

MODULOS

Con una o dos Piezas de Mano
con Micromotor Eléctrico o
Neumático.

SALIVADERAS

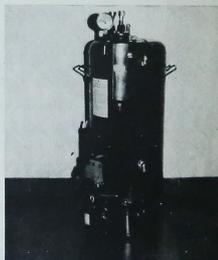
Con uno o dos Eyectores.

FOCOS

De Iodo Cuarzo.

SILLONES

Relax - Pantográficos.



FABRICA, DISTRIBUYE Y GARANTIZA
I.D.A. - Industria Dental Argentina
Facilidades. Consulte Precios y Calidades
Fco. Beiró 254 (1602) Florida - Pcia. de Bs. As. (R. A.)

prevención es el objetivo...



Fluordent 
FLUORURO DE SODIO

una manera práctica
y segura de alcanzarlo

 Departamento Odontológico
Laboratorios Bernabó



INFECCIONES
ODONTOLÓGICAS
LAS MAYORES
POSIBILIDADES
DE ÉXITO
DEPENDEN DE
UNA ELECCIÓN
FUNDAMENTADA

MOXIFLUX[®] 500

EL ANTIBIÓTICO
PROTEGIDO
Y POTENCIADO



Gador
DIVISION PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS
Laboratorios Dr. Gador y Cia. S.A.C.I. Florida 868, Buenos Aires
Administración y Comercialización, Tel. 32-6333/35, 8481/85