

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Irene Santilli

LA NATURALIZACIÓN DEL EDENTULISMO COMO MARCADOR DE INEQUIDAD

Impacto de la ausencia de piezas dentarias en una población vulnerable. Estudio de caso en Tilcara, Provincia de Jujuy

2012

Directora de Tesis: Dr. Mario Glanc

Citar como: Santilli, I. (2012). La naturalización del edentulismo como marcador de inequidad: impacto de la ausencia de piezas dentarias en una población vulnerable. Estudio de caso en Tilcara, Provincia de Jujuy. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/493>



Resumen.

Esta investigación se propone estudiar aspectos poco explorados sobre el impacto del edentulismo (falta de piezas dentarias) en la esfera psicológica y social de una población en condiciones de vulnerabilidad.

Está focaliza en una población de entre 15 y 70 años que acuden a la atención odontológica en el Hospital Salvador Mazza del departamento de Tilcara y a tres Centros de Atención Primaria de la Salud seleccionados.

La metodología utilizada fue de tipo cuali cuantitativa. En el trabajo de campo se aplicó una encuesta a la población antes mencionada, se utilizaron datos epidemiológicos pre-existentes en la provincia, información sociodemográfica obtenida de la Encuesta Permanente de Hogares y el Censo Nacional 2010 y otras fuentes locales.

Se entrevistaron también a actores clave (responsables de los servicios de atención de la salud) a los efectos de incorporar su opinión respecto a la problemática expuesta, la naturalización del edentulismo, las barreras de accesibilidad identificadas por ellos y la necesidad de acciones con un abordaje acorde a las necesidades observadas.

Conclusiones.

La población estudiada no ha naturalizado su condición, por el contrario, la sufre y padece sus consecuencias psicosociales como la discriminación y baja autoestima, así como sus ya estudiadas repercusiones biológicas.

En el transcurso de esta investigación pudo constatar que la falta de piezas dentales no es valorada por el sistema de salud como problema comunitario y mucho menos son dimensionadas sus consecuencias en las perspectivas de desarrollo y crecimiento individual de las personas que padecen esta condición.

Han sido identificadas diferentes barreras, tanto para la preservación de dientes dañados en forma reversible así como la reposición de piezas dentarias perdidas que evidencian claros signos de inequidad en salud y se observó que la falta de iniciativa para abordar esta problemática, de parte de la sociedad y del sistema de salud, guarda estrecha relación con la naturalización de la falta de dientes en poblaciones vulnerables como la estudiada.

De estas conclusiones se desprende la siguiente hipótesis: *la naturalización del edentulismo en poblaciones vulnerables por parte de la sociedad y la comunidad sanitaria es el principal obstáculo para el abordaje de esta problemática.*

Con los resultados de esta investigación se pretende aportar a la comprensión del fenómeno de naturalización del edentulismo, como condición clínico sanitaria subvalorada, así como brindar información que permita su estimación e inclusión en la formulación de estrategias basadas en la evidencia obtenida y orientadas a mejorar el acceso a la preservación de piezas dentarias y a la rehabilitación odontológica, contribuyendo así a aumentar las posibilidades de desarrollo y crecimiento individual y a la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.

1. INTRODUCCIÓN.

Formulación del problema de investigación y objetivos.

Descripción del problema. Hipótesis.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general.

2.2. Objetivos específicos.

2.3. Utilidad y relevancia de la investigación.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Definición de edentulismo, enfermedad, discapacidad o condición.

3.2. Habitus, la naturalización de la condición de edentulismo en la pobreza. Caries, dientes perdidos y privación social. Miedo a la situación odontológica.

3.3. Pobreza, equidad y accesibilidad. Determinantes sociales de la salud.

3.4. Repercusiones sistémicas del edentulismo.

3.5. Vigilancia epidemiológica en odontología

3.6. La profesión odontológica. Su posicionamiento profesional y social.

3.7. Antecedentes: estudios referenciales.

4. METODOLOGÍA SELECCIONADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. Tipo de estudio.

4.2. Fuente de datos/herramientas de recolección utilizadas.

4.3. Universo, muestra y unidad de análisis.

4.4. Definición operacional de las variables y categorías.

4.5. Descripción del ámbito de estudio, estructura sociodemográfica. Breve reseña de la organización Sanitaria de la Provincia de Jujuy.

5. DESARROLLO.

5.1. Experiencia de campo.

5.1.1. Encuestas.

Población atendida y oferta de turnos.

Recursos físicos y humanos.

Valor social de los puestos de salud en Tilcara.

5.2. Entrevistas.

5.3. Información emergente. Centro Sanitario Carlos Alvarado.

6. RESULTADOS.

6.1. Encuestas.

6.2. Entrevistas.

6.3. Observaciones e interpretación de los datos obtenidos en las entrevistas y encuestas realizadas.

7. CONCLUSIONES FINALES.

8. RECOMENDACIONES.

9. BIBLIOGRAFÍA.

10. ANEXOS.

10.1. Encuestas realizadas

10.2. Entrevistas desgrabadas.

10.3. PMO (Prestación Médica Obligatoria, prestaciones odontológicas).

Agradecimientos.

1. Introducción.

Las patologías orales y sus consecuencias visibles, la ausencia de piezas dentarias o edentulismo, se presentan como una singular asociación entre alta prevalencia y subconsideración clínica y sanitaria. Prueba de ello es la escasa cantidad de programas sanitarios que valoren y atiendan el edentulismo como problema comunitario. De esta forma aparece casi en forma naturalizada en las poblaciones más vulnerables, es decir, se toma esta condición como natural o habitual siendo una circunstancia que en realidad es inadmisibile desde las ópticas técnicas, científicas, personales y/o sociales. El edentulismo repercute en diversas esferas de la vida de una persona.

Esfera psicológica: el edentulismo parcial o total representa una situación de inferioridad de condiciones en las relaciones vinculares de las personas que lo padecen. Las acciones más comunes como hablar o sonreír (estética y fonación) se ven condicionadas por un evento que avergüenza y genera desagrado y prejuicios en las demás personas, ya que se relaciona la ausencia de piezas dentarias con "descuido" por la imagen e higiene personal y con baja condición socioeconómica y educativa. Una de las funciones de los dientes es el soporte de los tejidos blandos oro faciales. La falta parcial o total de piezas dentarias se traduce en cambios estéticos en el rostro como hundimiento de carrillos, retracción labial, acortamiento de la distancia entre la espina nasal y el mentón, ensanchamiento lingual, avejentando el aspecto normal de la persona y desfigurando la facie normal. Hablar, comer, cantar, sonreír o reír son acciones cotidianas y naturales y la boca es protagonista principal. Por ello cuando se sufren alteraciones en la salud buco dental, la vida se altera: hablar o sonreír provocan vergüenza y deteriora la autoestima. Se potencia esto con la elevación social de los actuales valores estéticos: dientes grandes y blancos= belleza y juventud y no la lógica relación: salud=armonía=belleza.

Esfera biológica: La ausencia de piezas dentarias parcial o total influye en la masticación y por lo tanto en la digestión y la nutrición. Numerosos estudios hacen hincapié en esta modificación en los hábitos alimentarios: "Las personas edéntulas suelen ir eliminando de la dieta las frutas, las hortalizas y la carne es decir los alimentos con un mayor cantidad de vitaminas, proteínas y minerales" (1) y (2) (3) (4) y (5).

Las piezas dentarias cumplen una función específica y grupal, es por esto que al perderse una pieza el resto del grupo tiene una exigencia extra. Cuando se ha perdido un sector de piezas, anterior o posterior, se ponen en riesgo todos los sectores cumpliendo funciones que no corresponden a su anatomía y generando TCM (Trastornos Cráneo Mandibulares).

La primera causa de edentulismo es la caries; la segunda es la enfermedad periodontal, que además es un reconocido factor de riesgo de enfermedades cardio y cerebro vasculares (6) (7), parto prematuro (8) (9), bajo peso al nacer (10) en hijos de madres con periodontitis no controlada.

Las enfermedades buco dentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares, cáncer y diabetes y es por esto que los países miembro de la OMS concuerdan sobre la necesidad de llevar a cabo una fuerte campaña de salud oral (10).

Esfera social: en Argentina, sólo una parte de la población ubicada en los deciles más altos, en lo que a ingresos se refiere, accede a un tratamiento integral de la salud oral cuando es paradójicamente en las poblaciones más vulnerables en la que se observa la mayor incidencia de patologías y por lo tanto mayor necesidad. El círculo de pobreza se retroalimenta ya que una persona desdentada parcial o totalmente, no tiene posibilidad de acceder a mejores trabajos, quedan de esta manera en un lugar estático en la sociedad.

El edentulismo es una condición patológica altamente prevalente en poblaciones en situación de pobreza y/o socialmente vulnerables. Ha sido probada la relación entre caries, dientes perdidos y privación social ya que numerosos autores han señalado que las poblaciones desfavorecidas mantienen una situación de riesgo respecto a la caries dental, lo que ha llevado a considerarla como una enfermedad de la pobreza (11).

La provincia de Jujuy no es la excepción y en asociación con sus características geográficas, se pone en evidencia la inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud, la distribución de la asistencia sanitaria no beneficia a los grupos más desfavorecidos y por lo tanto con mayor necesidad de atención.

El hecho en descripción es usualmente sub-considerado, dado que la condición de referencia (edentulismo) pasa inadvertida entre las prioridades sanitarias y esto se traduce en escasos planes que aborden la rehabilitación oral afectando sensiblemente la esfera social, afectiva, laboral y psíquica de quienes la padecen.

Un aspecto que agudiza lo anteriormente expuesto es la falta de percepción, análisis, valoración y respuesta por parte de los sistemas de salud a este problema traduciéndose en un alto porcentaje de la población que queda sujeta a su capacidad de pago para revertir esta condición.

Esta investigación indaga sobre el impacto socio-sanitario del edentulismo en la vida de las personas y no en la carga de enfermedad. Se persigue conocer el impacto de la ausencia de piezas dentales en la esfera psicológica y social de la población estudiada de Tilcara así como evidenciar que la naturalización del edentulismo en poblaciones vulnerables constituye un motivo para la falta de acciones que reviertan esta situación. Así mismo se identificarán barreras de accesibilidad a la atención odontológica integral tanto desde las personas como desde el sistema de salud.

Las hipótesis que disparan esta investigación son las siguientes:

- 1)** La ausencia de piezas dentales impacta psicológica y socialmente a las personas.
- 2)** La naturalización del edentulismo en poblaciones vulnerables actúa como una de las barreras de accesibilidad a la atención odontológica integral.

2. Objetivos.

2.1. Objetivo general.

Conocer el impacto de la ausencia de piezas dentales en la esfera psicológica y social de la población estudiada de Tilcara.

2.2. Objetivos específicos.

- Conocer la percepción de este problema en mujeres y hombres de la población seleccionada de Tilcara.
- Identificar barreras de accesibilidad a la atención odontológica tanto desde la perspectiva de las personas como desde el sistema de salud.
- Poner en evidencia la falta de abordaje de esta problemática desde la salud pública, así como aportar información con la finalidad de enriquecer la ya existente.

2.3. Utilidad y Relevancia.

Justifica esta investigación conocer el impacto psicosocial que tiene el edentulismo como entidad sub-diagnosticada, sub-considerada y sub-valorada como problema sanitario en los segmentos más vulnerables de la población.

Las patologías buco dentales son un problema de la salud pública ya que afecta a importantes sectores de la población con distribución universal son mutilantes y están en relación directa con otras patologías.

Se espera, mediante las conclusiones obtenidas, proporcionar información relevante capaz de evidenciar la necesidad, la importancia y la oportunidad de atender la situación expuesta. El conocimiento del impacto del edentulismo en la vida de la población estudiada, podría aportar un argumento sólido para su resignificación; y comenzar así a revertir la naturalización de una situación inaceptable.

Conocer el significado de la condición de carencia sanitaria para las personas que la sufren aportará elementos para la planificación e implementación de políticas sanitarias que apunten a mejorar la calidad de vida de los habitantes de Tilcara, así como de aquellas poblaciones con características similares de la Argentina y la región.

3. Marco teórico.

3.1. Definiciones.

Edentulismo: ¿enfermedad, discapacidad o condición?

La enfermedad "es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas (del griego nósos: «enfermedad», «afección de la salud»)" (12).

Discapacidad "es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive" (12).

De acuerdo a las definiciones anteriores, el edentulismo resultaría una condición discapacitante que conduce a afecciones biológicas, físicas y psicosociales; causada por enfermedades prevenibles como la caries y la enfermedad periodontal y, en menor grado, por el bruxismo.

A pesar de afectar a un alto porcentaje de la población de diferentes franjas etarias no está contemplada, desde la planificación sanitaria con la correspondiente asignación de recursos, y por lo tanto su tratamiento depende exclusivamente de la capacidad de pago de las personas que lo padecen.

Concepto de población vulnerable, riesgo y oportunidades.

"En esencia, la vulnerabilidad puede definirse como un estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas. La vulnerabilidad existe en todos los niveles y dimensiones de la sociedad y es parte integrante de la condición humana, por lo que afecta tanto a cada persona como a la sociedad en su totalidad" (13).

Se hace referencia a la población estudiada como población vulnerable, considerando una mayor exposición al riesgo de enfermar o empobrecer, tanto como al menor

acceso a oportunidades para el desarrollo individual en relación a otras poblaciones con similares indicadores socio sanitarios.

Los resultados y conclusiones del presente estudio sustentan la condición de vulnerabilidad de la población estudiada.

3.2. Habitus, naturalización. Enfermedades buco dentales y pobreza.

A continuación se realiza una breve explicación sobre hábitos y campos sociales, de esta manera se pretende profundizar en la comprensión del fenómeno de "naturalización de una situación injusta".

Habitus: definición.

Por habitus, Bourdieu entiende al "conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Estos esquemas generativos están socialmente estructurados: han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado como tal. Pero al mismo tiempo son estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente" (14).

"El habitus se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes de cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir" (15).

"Será a partir del habitus que los sujetos producirán sus prácticas. El habitus, interiorización de las estructuras a partir de las cuales el grupo social en el que se ha sido educado produce sus pensamientos y sus prácticas, formará un conjunto de esquemas prácticos de percepción -división del mundo en categorías-, apreciación -distinción entre lo bello y lo feo, lo adecuado y lo inadecuado, lo que vale la pena y lo que no vale la pena- y evaluación -distinción entre lo bueno y lo malo- a partir de los cuales se generarán las prácticas, las "elecciones" de los agentes sociales. De esta manera, ni los sujetos son libres en sus elecciones -el habitus es el principio no elegido de todas las elecciones- ni están simplemente determinados, el habitus es una disposición, que se puede reactivar en conjuntos de relaciones distintos y dar lugar a un abanico de prácticas distintas".

Habitus, cuerpo, racionalidad práctica, interés.

“Un factor fundamental en la teorización del habitus es su relación con el cuerpo: el habitus se aprende mediante el cuerpo -se *incorpora*- mediante un proceso de familiarización práctica, que no pasa por la consciencia, con un universo de prácticas. Como los habitus se *in-corporan*, se aprenden con el cuerpo, más allá de la consciencia, y como suponen la interiorización de los esquemas cognitivos, perceptivos, apreciativos del grupo social en el que el sujeto es educado, se sigue que el sujeto reproduce estos esquemas, estos valores, de una manera involuntaria e inconsciente: los sujetos están sujetos por los grupos sociales que los producen, por los esquemas que han incorporado” (14).

Habitus, clase social y reproducción social.

“Una de las dimensiones fundamentales del habitus es su relación con las clases sociales y la reproducción social. Si el habitus es adquirido en una serie de condiciones materiales y sociales, y si éstas varían en función de la posición en el espacio social, se puede hablar de "habitus de clase": habría una serie de esquemas generadores de prácticas comunes a todos los individuos biológicos que son producto de las mismas condiciones objetivas” (14).

La explicación de las prácticas.

“El concepto de habitus forma así un elemento fundamental en la teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu. Estas deben explicarse como la relación entre dos sistemas de relaciones:

- Por un lado, el sistema de relaciones -históricamente construido- que constituye el "campo" específico en que se desarrolla la práctica.
- Por otro, el sistema de relaciones que produce a los agentes de las prácticas, su habitus, que nos remite a las condiciones sociales de la producción de estos agentes en su historia anterior” (14).

Los campos sociales.

Enrique Guerra Manzo en su trabajo sobre Campo y Hábitus explica que “los campos son espacios de juego relativamente autónomos, son “campos de fuerzas pero también campos de luchas para transformar o conservar estos campos de fuerzas”. Sólo pueden funcionar con los agentes “que invierten en él, en los diferentes significados del término, que se juegan en él sus recursos [capitales], en pugna por ganar,

contribuyendo así, por su propio antagonismo, a la conservación de su estructura o, en condiciones determinadas, a su transformación” (Bourdieu, 2002 a: 50-52).

La especificidad de cada campo viene dada por el tipo de recursos (o capitales) que moviliza (o la combinación de ellos), recursos que pueden agruparse en tres grandes categorías.

1- Recursos de naturaleza económica, entre los que el dinero ocupa un lugar prominente por su papel de equivalente universal.

2- Recursos de naturaleza cultural, aquí los diplomas escolares y universitarios han cobrado importancia creciente. Recursos sociales, que consisten en la capacidad de movilizar en beneficio propio redes de relaciones sociales más o menos extensas, derivadas de la pertenencia a diferentes grupos de clientelas.

3- Recursos simbólicos, son propiedades impalpables y cuasi carismáticas que parecen inherentes a la naturaleza del agente mismo (autoridad, prestigio, reputación, fama, talento, gusto). El capital simbólico no es otra cosa que el capital económico o cultural “en cuanto conocido y reconocido”. Es una forma de crédito otorgado a unos agentes por otros agentes (Jiménez, 2005; Vázquez García, 2002; Wacquant, 2008).

A pesar de ser relativamente autónomos los campos, afirma Bourdieu, operan siempre sobre el telón de fondo de las clases sociales (que son el campo de los campos). De hecho, aduce Bourdieu, la inscripción de los agentes en las clases sociales sobre determina su inscripción en un campo particular y es ello lo que explica las homologías (un polo dominante y uno dominado) entre los diferentes campos (Bourdieu, 2007a: 227; Jiménez, 2005)” (16).

Existe un campo donde los agentes/individuos asumen una posición, una postura social. A su vez esta postura social, en ese campo específico, origina un pensamiento que se cristaliza en el modo de actuar vinculando lo objetivo y lo subjetivo. La posición asumida no es estática, ya que en el campo hay una permanente lucha por “el capital simbólico” o los tres tipos de recursos descriptos anteriormente.

En este campo específico existe lo que se llama márgenes de maniobra, donde los sujetos aprenden las reglas del juego y las internalizan en su subjetividad, aprenden, a partir de la participación, cuáles son las acciones que se esperan de ellos o le están permitidas en ese campo.

En ese campo están los agentes, las instituciones y el capital simbólico, a través de la participación dentro del campo el sujeto internaliza las reglas que están dadas desde lo

objetivo y aquí se explica el hábitus. Las personas pueden amoldarse a esa realidad o estructura o bien impugnarla, recrearla, discutirla.

En relación al presente estudio, ampliar los "márgenes de maniobra" desde lo institucional, desde el sistema de salud pública, evitando amputar las posibilidades de los sujetos, aumentando las oportunidades de desarrollo individual y colectivo sería una propuesta posible, para el abordaje de esta problemática.

Las instituciones y su hábitus es lo cuestionable, su rol estático. Quizás es hora de impugnar la naturalización de esta situación de omisión y desatención.

Caries, dientes perdidos y privación social.

"Ha sido probada la relación entre caries, dientes perdidos y privación social.

Numerosos autores han señalado que las poblaciones desfavorecidas mantienen una situación de riesgo respecto de la caries dental, lo que ha llevado a considerarla como una enfermedad de la pobreza.

Sweeney y Gelbier (1999) plantearon que la salud bucal de niños preescolares residentes en áreas urbanas deprimidas mostraba un estado significativamente peor que el promedio de los niños escoceses. Evidente asociación del aumento de la pobreza con el aumento del índice de caries, asimismo, los niños provenientes de zonas más carentes tenían mayor cantidad de dientes perdidos y no tratados.

Vargas y Cols. (1998) encontraron que según los datos del 3º Examen Nacional de Nutrición y Salud de los EE.UU que más de 10.000 niños entre 2 y 18 años con bajos ingresos y de origen mexicano-estadounidense o afronorteamericano presentaron una prevalencia significativamente mayor de caries y mayor necesidad de tratamiento sin resolver. Se afirma que inequidades significativas subyacen en la experiencia de caries y en el uso de los servicios odontológicos en niños.

En los países con grandes sectores de su población en condiciones de pobreza y los grupos excluidos residentes en países desarrollados se observan niños y adolescentes con altos índices de caries dental.

En estudios desarrollados por la cátedra de Odontología comunitaria y preventiva de la UBA, Bordoni y Cols demostraron que existe una correlación positiva importante entre problemas socioeconómicos, la falta de cobertura en salud y la prevalencia de caries dental; la alta correlación entre ausencia de cobertura específica y prevalencia de caries dental y alta correlación positiva entre actividades educativas específicas y el estado de salud dentario y gingival" (11).

Miedo a la situación odontológica.

En el trabajo "Miedo dental y problemas en el manejo de la conducta" Goran Koch Ysven Poulsen (2011) afirma que "los niños pueden adquirir "miedo dental" a través del aprendizaje social, con los hermanos, parientes y amigos. Además de transmitir sensaciones sutiles de miedo y ansiedad a sus hijos, los padres en ocasiones interfieren en el tratamiento dental de su niño, dando cuenta de sus propias experiencias negativas. En estas ocasiones los padres son modelos negativos convincentes de la ansiedad o miedo dental para sus niños.

Los estudios entre pacientes odontofóbicos adultos de Berreguen y Meynert han reportado que las actitudes familiares negativas hacia el cuidado dental y el miedo dental eran razones comunes para el desarrollo de la odontofobia. Para muchos de estos pacientes adultos el miedo comenzó en la niñez, incluso antes de la primera visita dental".

Otro aspecto importante descrito en este trabajo es la posible relación entre la situación social del niño y el "miedo o la ansiedad dental". "En aquellos niños que viven en los márgenes de una sociedad, en un aspecto u otro, se reportan más problemas relacionados al miedo dental. Esto se explica en que aquellas poblaciones donde la salud está menos afectada por los standards socioeconómicos, los niños gozan de buena salud bucal y por lo tanto corren menos riesgo de tener caries y necesidad de un tratamiento restaurativo, con menos riesgo de sufrir malestar y dolor en la situación dental" (17).

3.3. Pobreza, equidad y accesibilidad. Determinantes sociales de la salud.

Como afirma Amartya Sen: "La pobreza, definida simplemente en función de bajos ingresos, no es el aspecto primordial para señalar lo terrible de la situación. En el mundo que vivimos hay demasiada pobreza, pero aún más aterrador es el hecho que muchas personas están condenadas a una vida miserable y precaria y a una muerte prematura. En términos generales, esas dificultades no guardan relación directa solo con la condición de bajos ingresos sino que además refleja un inadecuado servicio de salud pública y de apoyo nutricional, una deficiencia en la disposición de los servicios de seguridad social y la ausencia de responsabilidad y de interés por parte de las autoridades". Preparando un programa racional de intervención pública y asegurando el empeño tanto nacional como internacional, será posible lograr un cambio radical que dé frutos aún antes que se pueda elevar significativamente el nivel general de ingresos" (18).

“La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Tomando como punto de partida esta ubicuidad de la salud como consideración social, empiezo por advertir que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. El alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso pero hay en esta relación otra característica a la que también debemos prestar atención. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente, la equidad en salud no trata solo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios”. (18)

“La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia.

Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud. En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia) y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos) tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social”. (19).

También señala la Organización Panamericana de la Salud (2002) los principales rasgos que se relacionan con la inequidad, tales como género, origen étnico, clase social, raza y distribución geográfica, a la vez que sostiene que una condición fundamental para revertir dichas inequidades y para garantizar la provisión de servicios de salud es asegurar la accesibilidad a los mismos. Desde este enfoque, la accesibilidad a los servicios de salud constituye una dimensión clave y operativa de la equidad y su estudio resulta clave para programar e implementar acciones sanitarias destinadas a las

poblaciones con mayor riesgo, como así también para identificar brechas en materia de salud y sus determinantes.

Margaret Whitehead y Göran Dahlgren en su trabajo "Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: *Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población, Parte 1*" afirma que "existen tres rasgos distintivos que, al combinarse, convierten las meras variaciones o diferencias de salud en desigualdades sociales en salud. Estas desigualdades son *sistemáticas*, tienen un *origen social* (y por tanto son modificables) y son *injustas*".

"El primer rasgo es la existencia de un patrón sistemático en las diferencias de salud. Estas diferencias no se distribuyen de manera aleatoria, sino que presentan un patrón que se repite en toda la población. Son especialmente llamativas las que se observan entre diferentes grupos socioeconómicos. La mortalidad y la morbilidad aumentan a medida que se desciende en la escala de la posición social. Este gradiente social de la enfermedad es universal, aunque su magnitud y su extensión varíen de un país a otro. El segundo rasgo es la existencia de procesos sociales que dan lugar a diferencias en salud no determinadas por factores biológicos. Por ejemplo, ninguna ley de la naturaleza dispone que los niños de familias pobres tengan una probabilidad dos veces mayor de morir que los niños nacidos en familias ricas (Blane y Cols, 1993), por lo que esa desigualdad en salud no es fija ni inevitable. Al menos en teoría, si son los procesos sociales los que generan esas diferencias en un país, se debería poder actuar sobre ellas a través de un esfuerzo concertado.

El tercer rasgo es que las desigualdades sociales son diferencias que la mayoría considera injustas, porque son generadas y mantenidas por lo que Evans y Peters (2001) han denominado "condiciones sociales injustas", atentatorias contra las nociones comunes de justicia. Por supuesto, todo depende del significado que cada uno atribuya a la idea de injusticia. Ahora bien, aunque las nociones sobre lo que es injusto varíen algo de un lugar a otro, tienen mucho en común. Por ejemplo, la mayoría (si no la totalidad) de los ciudadanos europeos comparten la opinión de que todos los niños, independientemente del grupo social al que pertenezcan, deben tener la misma probabilidad de supervivencia. Todos considerarían injusto que la probabilidad de supervivencia fuera mucho menor entre los niños de algunos grupos socioeconómicos que en otros" (20).

El fenómeno del gradiente social.

“Generalmente se observa un deterioro progresivo o lineal de la salud -y no sólo un grupo extremo con problemas de salud y el resto de la población con una salud razonablemente buena- a medida que empeoran las condiciones de vida. Este fenómeno es lo que se denomina *gradiente social* (Marmot, 2004). Por ejemplo, el seguimiento durante varios años de la salud de las poblaciones de Florencia, Leghorn y Turín ha demostrado claramente que la mortalidad aumenta linealmente a medida que aumenta el grado de desventaja social. Esto ocurre tanto si la desventaja social se mide por las características de los individuos, como la educación, el empleo o la clase social, como si se mide por el carácter más o menos deprimido de la zona en la que viven” (Costa, Spadea y Dirindin, 2002) (20).

“Las medidas para la promoción de la equidad social en la salud se dirigen, por tanto, a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que todas las personas alcancen el grado máximo de salud. Esto implica la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas. Estas iniciativas deben dar como resultado una reducción gradual de las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos socioeconómicos. El objetivo último es eliminar esas desigualdades, desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población” (20).

Desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios.

“El acceso inadecuado y/o insuficiente a los servicios sanitarios básicos es uno de los factores que determinan las desigualdades en salud. Puede que no sea el principal determinante, pero sí es un determinante importante sobre el que el sector sanitario debe actuar directamente para poner orden en su propia casa. Además, la carga que supone el pago de los servicios sanitarios es una causa creciente de pobreza, sobre todo para los grupos socialmente vulnerable, y frente a ella el sector sanitario tiene la responsabilidad (y la oportunidad) especial de combatirla, (Zigilio y Cols., 2003).

En la práctica, es importante saber que los objetivos de la equidad en la salud y la equidad en la asistencia sanitaria son muy diferentes. El objetivo último de la equidad en la salud es la eliminación de todas las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre grupos socioeconómicos. En cambio, el objetivo último de la equidad en la asistencia sanitaria es la perfecta adaptación de los servicios sanitarios al nivel de

necesidad, lo que favorece que se produzcan grandes diferencias entre el acceso y el uso de éstos entre distintos grupos socioeconómicos, a favor de los grupos más desfavorecidos y con más necesidades” (20).

Factores que influyen en la salud de las personas.

En el trabajo *Equidad y Justicia en Salud, Implicancias para la bioética*, Marcela Ferrer (2003) expone que “aunque existe acuerdo en que el acceso a los servicios de atención de salud es solo uno de los factores que influyen en la salud de la personas, existe desacuerdo respecto de qué tipo de factores tiene mayor influencia”. Existen dos posiciones principales: quienes identifican a las condiciones socioeconómicas y quienes identifican a los estilos de vida o decisiones individuales. La primera explicación se relaciona con el principio de justicia, mientras que la segunda con el principio de autonomía de la bioética.

Además de los condicionantes socioeconómicos a la libertad de elección y al hecho de que una elección libre implica más que nada elegir un riesgo, los estilos de vida solo explican una parte de las condiciones de salud o enfermedad.

Por ejemplo, algunos estudios han encontrado diferencias en la mortalidad por cáncer de pulmón según distintos estratos socioeconómicos o niveles educacionales, las cuales no son explicadas por el hábito de fumar. Esto indicaría que la reducción de la incidencia del cáncer de pulmón debiera ser buscada no solo por campañas orientadas a disminuir el hábito de fumar, sino también mediante políticas orientadas a disminuir las desigualdades económicas y sociales. Para nadie debiera ser novedad que las posibilidades reales de modificar patrones de comportamiento ligados a la salud, tales como tener una dieta sana, no fumar, beber alcohol con moderación o realizar actividades físicas, están más cercanas a los estratos socioeconómicos medios y altos. Lo mismo es válido para trabajar en ambientes saludables, alternar jornadas de trabajo con jornadas de descanso, realizar actividades recreativas y otras actividades similares. El énfasis en la promoción de “estilos de vida saludables” por sobre la modificación de las desigualdades sociales y económicas podría incluso contribuir a mantener o aumentar la brecha entre los distintos estratos socioeconómicos, brecha que también ha sido identificada como un factor contribuyente a las desigualdades en salud” (21).

Equidad.

La definición frecuentemente mencionada de equidad en salud fue la elaborada por Margareth Whitehead a principios de los años 90. De acuerdo con esta definición, el

concepto de equidad en salud tiene una dimensión moral y ética. Refiere a diferencias que no solo son innecesarias y evitables, sino también injustas (20).

“La definición de injusticia requiere considerar el contexto, es decir, lo que se considera justo o injusto en una determinada sociedad. Si bien Whitehead reconoce que el análisis de la equidad en salud requiere considerar el contexto donde se producen las desigualdades, plantea que existe consenso en la literatura en que las desigualdades en salud, originadas en diferencias biológicas y en comportamientos libremente elegidos, no son injustas y, por tanto, no corresponden a inequidades en salud. En otras palabras, las desigualdades en salud originadas en diferencias biológicas parecieran ser inevitables y las originadas en comportamientos libremente elegidos parecieran ser justas. Sin embargo, las desigualdades en salud que resultan de condiciones socioeconómicas y ambientales externas al individuo, incluidos los estilos de vida, serían consideradas por muchos como injustas, ya que la mayoría de estas condiciones serían evitables.

Según Ferrer, no cabe duda de que el trabajo de Whitehead ha significado un importante avance para el análisis de las desigualdades e inequidades en salud. Los estudios teóricos y empíricos realizados en los últimos diez años, como también las iniciativas para la formulación de políticas públicas, coinciden con esta definición y tienden a definir a las inequidades en salud como *todas aquellas diferencias en las condiciones de salud que se originan en condiciones socioeconómicas, culturales o medioambientales que son innecesarias, evitables e injustas.*

No obstante este consenso en la definición, aún no existe consenso en definir qué desigualdades en salud son inequidades o, en otras palabras, en operacionalizar esta definición. Las dificultades se relacionan con la identificación de lo que es evitable, innecesario e injusto y las relaciones entre estas condiciones. La más aceptada definición de “equidad en salud” es, paradójicamente, incapaz de proveer los criterios para determinar precisamente las desigualdades en salud que pueden ser consideradas justas, lo que se refleja en una reiterada inconsistencia conceptual. Una situación inequitativa sería aquella en que las diferencias en la distribución de un bien, por ejemplo de los recursos de salud o de los macro determinantes de las condiciones de salud, son financiera, técnica y moralmente evitables, no reflejan libre elección, y las demandas debieran identificar un agente responsable, ya sea como originador o como agente con capacidades para rectificar la desigual distribución.

Evidentemente, estos criterios son útiles para orientar el proceso de formulación de demandas en el plano de políticas públicas. Sin embargo, su puesta en práctica aún

requiere una teoría de justicia para definir, desde el punto de vista moral, la evitabilidad de las diferencias y las posibilidades de libertad de elección. La fundamentación técnica no es ajena a estos juicios morales, en tanto la medición de las desigualdades lleva implícita una evaluación ética que guía la construcción y utilización de los indicadores, orientando no solo la determinación de que aspectos de la realidad son incluidos, sino también que magnitud es considerada como relevante en materia de desigualdad.

Todos estos temas implican un campo de acción relevante para la bioética y remiten tanto al desarrollo de una teoría de justicia en salud, como a la formulación de orientaciones de políticas públicas dirigidas a disminuir las inequidades” (21).

En el artículo “El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública” (2001), Fernando Lolas explica “la reflexión no solamente debe seguir a los avances científicos, debe anticiparlos y examinar los escenarios que posibilitarán. En particular, debe tenerse en cuenta que la racionalidad económica está orientada a crear necesidades y a estimular los mercados mediante la instauración de la escasez como rasgo del producto deseable. Las desigualdades injustas e innecesarias son la marca de la ausencia de equidad. Ellas son el producto y el estímulo para nuevos esfuerzos globalizadores y mayor técnica económica aplicada a los problemas humanos. La paradoja reside en que precisamente en la tecnificación de la vida y la globalización de los principios técnicos debe verse el mayor desafío a la equidad. Es concebible que la aportación de mayores recursos genere, contra lo esperado, aún mayores inequidades. En la investigación sobre los determinantes macrosociales de la salud y sus perturbaciones, la reflexión bioética debe ser un componente sustantivo de sus etapas iniciales”.

Sobre los determinantes sociales de la salud la OMS define a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

“Las intervenciones no deben centrarse sólo en los determinantes sociales de la salud en general (las condiciones sociales que afectan a la salud de las personas), sino que

han de referirse también a los principales determinantes de las diferencias sistemáticas en oportunidades, niveles de vida y estilos de vida que se asocian a las distintas posiciones en la sociedad”, (Graham, 2004) (22).

“Las condiciones de trabajo ilustran bien lo dicho. En la Europa postindustrial, la exposición a unas malas condiciones de trabajo ha dejado de ser un determinante importante de los problemas de salud en el conjunto de la población (Lundberg, 1991). Por consiguiente, para actuar sobre estos determinantes sociales es necesario un conocimiento más profundo de los procesos que generan y mantienen las desigualdades sociales, para luego intervenir en ellos en los puntos que sean más efectivos” (22).

3.4. Repercusiones sistémicas del edentulismo.

Como se citó anteriormente, el edentulismo, es una condición patológica altamente prevalente en poblaciones en situación de pobreza y/o socialmente vulnerables. Es provocada por las dos patologías buco dentales más frecuentes: caries y enfermedad periodontal ambas prevenibles y aun así de alta prevalencia. La caries afecta los tejidos duros dentarios, mientras que la enfermedad periodontal afecta los tejidos que rodean al diente: cemento, encía, ligamento periodontal y hueso alveolar. Las piezas dentarias cumplen una función específica y grupal, es por esto que al perderse una pieza, el resto del grupo tiene una exigencia extra. Cuando se ha perdido un sector de piezas, anterior o posterior, se ponen en riesgo todos los sectores cumpliendo funciones que no corresponden a su anatomía y generando TCM (trastornos cráneo mandibulares). Los Trastornos Témporo Mandibulares son desórdenes que afectan a las articulaciones témporo mandibulares, a los músculos masticatorios o a ambos. Se manifiestan con dificultad para mover la mandíbula o molestias y/o ruidos durante los movimientos; pero el síntoma que gatilla la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes es el dolor. El dolor es generalmente difuso y de múltiples localizaciones, pudiendo abarcar la zona del oído, mejillas, sienes, dientes, mandíbulas y cuello.

Costen, en el año 1934 fue el primero que comunicó la asociación entre DCM (Disfunción Cráneo Mandibular) y problemas de índole dentaria indicando la presunta asociación entre falta de dientes posteriores y otalgias debido a la compresión distal condilar (23, 24).

Nutrición.

Numerosos estudios hacen hincapié en la modificación de los hábitos alimentarios: "las personas edéntulas suelen eliminar progresivamente de su dieta las frutas, las hortalizas y la carne, es decir los alimentos con un mayor cantidad de vitaminas, proteínas y minerales". Aumenta notablemente el consumo de farináceas, ya que se deshacen fácilmente en la boca acarreado trastornos en el sistema digestivo. Aquellas personas que no modifican su dieta se ven igualmente afectadas por deglutir los alimentos "enteros" imposibilitados de formar un correcto bolo alimentario.

La masticación es el primer paso en la transformación del alimento y consiste en movimientos rítmicos de la mandíbula guiados por un patrón sensorial que responde a la textura del bolo alimenticio. Pero esto resulta en un complejo sistema sensitivo y motor en el que intervienen dientes, maxilares, músculos, lengua, labios, mejillas, articulación témporo mandibular y secreciones salivales. En este proceso el alimento es fragmentado y molido, al tiempo que se incorpora la saliva para formar una masa cuyo punto máximo de cohesión es probablemente el indicador para que el bolo sea tragado, minimizando el riesgo de disfagia (25).

La estomatología, ciencia que estudia las patologías de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral, se encuentra frente a hallazgos diagnósticos que son indicadores de otras patologías situadas en otros sistemas distantes a la cavidad oral. Sin embargo el diagnóstico de patologías infecciosas crónicas de los tejidos blandos de la boca no son frecuentemente asociadas a problemas en la salud general del paciente. Esto se da posiblemente por la falta de información de los profesionales de la salud (recursos humanos estratégicos) y de la sociedad en general, "se asocia comúnmente el tabaquismo con el cáncer de pulmón", pero las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, parto prematuro , bajo peso en niños recién nacidos (en la provincia de Jujuy existe una alta incidencia en la mortalidad infantil, relacionada con el bajo peso al nacer) y complicaciones por sinergismo en diabéticos, no son condiciones patológicas habitualmente asociadas con la enfermedad periodontal, abscesos dentarios e infecciones crónicas bucales.

"La enfermedad periodontal afecta los tejidos de soporte del diente: encía, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Su evolución natural, en ausencia de tratamiento conduce a la pérdida de los dientes y el grado evolutivo de la enfermedad está condicionado por la capacidad patógena de las bacterias y la respuesta del huésped frente a ellas. Es importante resaltar que la diabetes, así como otras

enfermedades, pueden modificar la respuesta del huésped; como ocurre también ante la presencia de cambios hormonales, este es el caso del período de embarazo.

La periodontitis o enfermedad periodontal es una enfermedad mutilante que afecta a importantes sectores de la población con distribución universal. Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica, provocada por bacterias. Los signos y síntomas más característicos son: el enrojecimiento y agrandamiento gingival, el sangrado espontáneo o con el cepillado diario, supuración espontánea o al presionar la encía, sensibilidad térmica, retracción de encías, cambio en la posición de los dientes, movilidad dentaria, siendo este un signo muy tardío.

Algunos estudios han demostrado la relación entre enfermedad periodontal y la enfermedad cardiovascular, se asoció a un aumento del 25% en el riesgo de cardiopatía isquémica y del 70% de hombres menores de 50 años. Debiera considerarse un tema relevante en materia de salud pública. Podría pensarse en la enfermedad periodontal como un nuevo factor de riesgo, sin embargo es necesario continuar investigando al respecto" (6).

3.5. La vigilancia epidemiológica de las patologías orales.

La vigilancia epidemiológica de las patologías buco dentales, es necesaria y tal vez indispensable para el cumplimiento del lineamiento de Atención Primaria de la Salud que explicita la OMS.

La visión epidemiológica debe incorporarse en las estructuras del primer nivel de atención de la salud para determinar estado de salud y necesidad de tratamiento odontológico en cada población en particular.

En el capítulo epidemiología de caries dental en niños, exponen Bordoni y colaboradores, que "en todo el mundo niños y jóvenes padecen enfermedades buco dentales y sus consecuencias en la salud general, pese a ser estas prevenibles. La caries dental es de alta prevalencia en la población infantil y se considera un problema de la salud pública, que aqueja a preescolares y escolares, considerándose los períodos más vulnerables las edades de 4 a 8 años en la dentición primaria y de 12 a 18 años en la segunda dentición" (11).

"Las enfermedades bucales son de gran repercusión en el estado general de salud en la región de América Latina y el Caribe, de alta prevalencia aunque prevenibles. La Organización Mundial para la Salud, afirma que al no atenderse oportunamente afectará la salud general y la calidad de vida de individuos de todas las edades (OMS, 1987) y por este motivo, ha desarrollado bancos de datos mundiales y regionales sobre

el tema, con fines de vigilancia epidemiológica diseñando indicadores de salud bucal para evaluar la magnitud y calidad de la atención en proyectos internacionales. A partir de datos recogidos durante 20 años provenientes del Banco de Datos Globales, Petersen (2005) confirmó la declinación de caries en niños y adolescentes residentes en países con economía de mercado. Aun así, según el US Department of Health and Human Service, la caries dental es la enfermedad infantil crónica más común en Estados Unidos (US Department of Health and Human Service, 2000).

Según Sheiman (2005), los cambios en los perfiles de salud bucal no dependen de los odontólogos sino que son atribuibles a factores externos. La enfermedad dental se previene sin la profesión. El cuidado individual redujo un 3% el CPOD (índice: Cariado, Perdido, Obturado, sobre el total de piezas dentarias) de los niños de 12 años, mientras que el 65% se puede atribuir a diferentes factores socioeconómicos (Nadanowsky, J y Col, 1995).

No obstante, la nueva perspectiva de la salud bucal en el mundo, plantea la necesidad de cambios en la práctica clínica odontológica.

- Mayor número de niños sobrevivirá a partos prematuros.
- Mayor número de niños sobrevivirá a condiciones de salud adversas.
- Mayor número de personas necesitarán cuidados regulares de mantenimiento.

La investigación y la tecnología generarán nuevas prácticas clínicas y la profesión se verá obligada a reformular sus quehaceres en función de estos nuevos saberes.

En América Latina y el Caribe, la salud buco dental sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud, por la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad buco dental, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. Las encuestas nacionales de salud en la región indican una disminución en la prevalencia de caries, sin embargo aún la carga de enfermedad es grave y sigue siendo alta al compararse con otras regiones del mundo.

En relación a esto, la OPS analiza la situación epidemiológica de salud buco dental de cada país. En el año 2006, planteando la utilización de categorías para establecer el perfil de CPOD (cariado, perdido, obturado, diente), reconociendo tres niveles según la magnitud de la enfermedad y la respuesta del sistema de salud.

- *Emergente*: CPOD a los 12 años mayor de 5, ausencia de un programa de fluoración de sal o agua.

- *En crecimiento*: CPOD a los 12 años entre 3 y 5 y ausencia de un programa nacional de sal o agua (Argentina).

- *En consolidación*: CPOD menor de 3 a los 12 años y existencia de programa nacional de fluoración de sal o agua.

En 1996 Argentina se encontraba dentro del nivel 2 "De crecimiento", en el año 2005 continúa en la categoría de crecimiento" (11).

Clasificación de la salud buco dental, año 1996.

Emergente CPOD =5 9 países	De crecimiento CPOD 3-5 15 países	De consolidación CPOD menor a 3 8 países
Belice	Argentina	Bahamas
El Salvador	Brasil	Bermudas
Guatemala	Bolivia	Canadá
Haití	Chile	Cuba
Honduras	Colombia	Domínica
Nicaragua	Costa rica	Estados unidos de América
Paraguay	Ecuador	Guyana
Perú	México	Jamaica
República Dominicana	Panamá	
	Puerto rico	
	Perú	
	Suriman	
	Trinidad y Tobago	
	Uruguay	
	Venezuela	

Clasificación de la salud buco dental, alrededor del año 1996.

Extraído del libro de Bordoni-Escobar-Rojas-Castillo Mercado, "Odontología pediátrica, la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual", 1ra ed. Pag: 889- Buenos Aires: Panamericana, 2010.

Clasificación de la salud buco dental, año 2005.

Emergente CPOD =5 2 países	De crecimiento CPOD 3-5 7 países	De consolidación CPOD menor a 3 29 países
Guatemala Santa lucía	Argentina Bolivia Chile Honduras Panamá Paraguay República Dominicana	Anguila Araba Bahamas Barbados Bermuda Brasil Canadá Colombia Costa Rica Cuba Curazao Domínica Ecuador El Salvador Estados Unidos de América Granada Guyana Haití Islas Caimán Islas Turcas y Caicos Jamaica México Nicaragua Peru Surinam Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela

Fuente: publicación científica y técnica N° 615 de la OPS. Extraída del libro de Bordonni-Escobar-Rojas-Castillo Mercado, "Odontología pediátrica, la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual", 1ra ed. Pag: 890- Buenos Aires: Panamericana, 2010.

3.6. La odontología y su posicionamiento profesional/social. La odontología, una profesión liberal y su vieja búsqueda de reconocimiento y posicionamiento social.

El edentulismo, a pesar de ser una antigua preocupación en la vida de las personas¹ que padecieron y padecen esta condición, no parecería ser percibido de la misma manera por las diversas asociaciones odontológicas, la universidad o las autoridades políticas/sanitarias en los sistemas de salud de gran cantidad de países, dado que la odontología en su concepto más amplio (eliminación de focos infecciosos y rehabilitación para la devolución de forma y función) está excluida en los servicios de salud.

La historia de la profesionalización de la odontología en Argentina expone aspectos que quizás aporten a la comprensión de los motivos por los cuales esta disciplina está incluida parcialmente en los servicios sanitarios de los subsistemas público, seguridad social y privado en Argentina.

En la publicación "*La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada*" Marta V. Schapira, basada en el enfoque teórico de Freidson, 1978, focaliza en el estudio de los procesos de profesionalización entendiéndolos como: "la capacidad de una ocupación para controlar su propio trabajo para definir el objeto de su actividad y para organizarse en un conjunto de instituciones sostenidas por una ideología de pericia y servicio social, en contextos históricos particulares" (26).

"En lo que respecta a la odontología, se destacaron dos aspectos centrales que hicieron a su especificidad como profesión en los primeros años del siglo XX:

- a) Por un lado, la persistencia de la tradición artesanal y mercantil.
- b) Por la posición hegemónica (respecto de los mecánicos dentales y otros auxiliares) o subordinada (en relación con la medicina) con la que logra definirse respecto a otras ocupaciones y profesiones del campo a partir de un conjunto de tensiones políticas y académicas.

Ambas cuestiones permiten acceder a la comprensión de la capacidad para delimitar los contenidos de su formación específica, al poder de controlar los mecanismos de reproducción institucional para definir los alcances de su práctica y de otras ocupaciones y/o profesiones del campo, a la capacidad para entablar relaciones con el estado favorables a su construcción como profesión liberal y para alcanzar mecanismos de autorregulación y el monopolio del ejercicio profesional (Freidson, 1978)" (26).

¹ *La confección y fabricación de prótesis dentales es una tarea existente desde la antigüedad. Fenicios y etruscos usaban oro blando en rollo, y alambre de oro para su construcción. Más adelante, griegos y romanos también realizaron artesanalmente este tipo de tareas, mucho antes de la era cristiana.*

“El logro de la autonomía y la construcción de un monopolio profesional que permitieran la demarcación de una jurisdicción exclusiva, implicó varias cuestiones de no fácil resolución. Entre ellas se señaló una convivencia conflictiva con prácticas irregulares de consulta masiva, con una pertinaz competencia intra profesional, en la pugna por capturar la demanda de la población y una relación ambivalente con la medicina, considerada un referente de prestigio social y científico, a la vez que un obstáculo en la consolidación de un espacio académico y político propio.

A esto se agrega una relación contradictoria con el Estado, caracterizada por una tensión constante entre la demanda de beneficios económicos, de exigencias de persecución a los ejercientes irregulares y de impugnación ante cualquier intento contralor de la actividad profesional (prohibición de publicidad callejera, exigencias de inscripción en registros de diplomados, inspección de gabinetes dentales, etc.), (Belmartino et al., 1988)” (26).

“En cuanto a la delimitación de campos de incumbencias algunas expresiones incluyeron acciones como:

- a) La lucha contra el intrusismo, representado por barberos, sacamuelas e idóneos que aún no habían desaparecido en 1940 (la facultad de odontología de la UBA se funda en 1946).
- b) La exclusión de los no titulados, representados por los estudiantes/practicantes y por los mecánicos dentistas (ocupación preexistente a la odontología, artesanos productores de prótesis con alto reconocimiento social), objeto de subordinación.
- c) Acciones tendientes al establecimiento de relaciones de mayor simetría con la medicina, a fin de incrementar el número de docentes odontólogos en las escuelas de odontología y su representación en los consejos directivos de las facultades de medicina del país.
- d) La regulación de la competencia profesional que incluyó la identificación y el control de diplomados que ofrecían servicios a bajo costo para capturar una clientela de sectores medios y altos y el rechazo a la competencia de odontólogos extranjeros, cuyo libre ejercicio era avalado por el Convenio sobre Profesiones Liberales, celebrado en el marco del Congreso de Derecho Internacional Privado, en Montevideo, 1889, (Canzani, 1996; Judson, 1933; La Tribuna Odontológica, 1916).

El reclamo del arbitraje del Estado para delimitar y efectivizar un campo de incumbencias con reconocimiento legal fue permanente en el período analizado, rechazando su injerencia cuando se intentó ejercer un control sobre las modalidades del ejercicio de la profesión. Esta tensión obedecía a las dificultades para obtener una

definitiva legitimidad formal y para consolidar la demanda de la población que históricamente resolvía sus problemas de salud bucal por caminos "irregulares" en razón de condicionamientos "culturales" y de una mayor accesibilidad económica. En cuanto a la lucha contra el intrusismo y el alcance del monopolio profesional, a lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX, las asociaciones gremiales y científicas presionaron a los poderes públicos para alcanzar una legislación nacional capaz de establecer los límites legales de la práctica, sin desdeñar severos mecanismos de sanción y represión para los 'irregulares' a fin de avanzar en la construcción del monopolio profesional, (Revista Odontológica, 1916)" (26).

"También la población fue incluida en esta cruzada como destinataria de actividades de difusión que, a través de las instituciones hospitalarias, escolares y medios de comunicación, recibía mensajes de advertencia sobre los riesgos que implicaba la consulta a un "curandero".

La batalla por la captación de clientela fue virulenta frente al interés por atraer la demanda de sectores adinerados y tanto las organizaciones gremiales como la prensa odontológica denunciaban la inoperancia e indiferencia de instituciones de gestión pública como los Consejos de Higiene (CH) de las provincias, (Revista del Círculo Odontológico de Rosario, 1931).

Es importante señalar que, a pesar de las prohibiciones existentes, la actividad de idóneos y curanderos coexistió con la de los diplomados lo que puede explicarse desde la población por la percepción de una similar eficacia terapéutica y por la pervivencia de relaciones casi de pares entre odontólogos y barberos, especialmente en zonas poco pobladas, (Judson, 1933).

Desde la perspectiva de los odontólogos, la vigencia del curanderismo se explica en la capital del país por las dificultades de accesibilidad a los primeros servicios públicos de la Escuela Dental de la Universidad de Buenos Aires, por la debilidad y renuencia de los dentistas para defender colectivamente sus derechos profesionales y por el supuesto de la "incultura ciudadana" que privilegiaba los bajos costos" (26).

Atribuir a la "incultura ciudadana", el privilegiar bajos costos para solucionar problemas de salud oral, supone un análisis pobre y superficial del escenario social y sanitario de los diferentes períodos abordados, sin embargo el trabajo de investigación aquí citado, explica aspectos sobre la odontología en la Argentina que permiten comprender el lugar que hoy ocupa dentro del sistema de salud.

“La universidad se incorpora a principios de 1930 a la lucha contra el intrusismo y el ejercicio ilegal, incluyendo en una misma categoría tanto a los barberos y flebotomos como a los mecánicos dentistas, apoyando las acciones de la subcomisión de ética de la Asociación Odontológica Argentina. Sin embargo, el colectivo profesional, salvo un pequeño grupo, no compromete su participación en una tarea de conjunto en defensa de la corporación dado que su mayor preocupación se centraba en aspiraciones individuales de afianzamiento económico y prestigio social, (Revista Odontológica, 1931)” (26).

“Es posible pensar que la actividad gremial fuera considerada ‘impropia’ y poco prestigiosa, además de suponer cierta exposición pública de los intereses económicos en juego. Es así que los pocos grupos de gremialistas en actividad, conscientes del esfuerzo necesario para construir y afianzar el complejo sistema de ordenamiento de la profesión, a la vez que reconocían el espacio alcanzado en la universidad, denunciaban permanentemente el desinterés y el individualismo reinante cuando se trataba de asumir responsabilidades como cuerpo profesional, de presionar sobre el estado y de reclamar un mayor espacio en las instituciones de salud.

Un aspecto a incluir en el problema de la regulación de la competencia intra profesional es la cuestión de los honorarios que pone en evidencia la relación entre ética y mercado.

Los primeros antecedentes del tema se remontan a los siglos XVII y XVIII y refieren los reclamos de arbitraje a los Cabildos (instituciones de gobierno municipal), tanto por parte de vecinos como de los ‘prácticos’ de la profesión, lo que revela la disparidad de intereses y la necesidad de una mediación que pueda acercar a las partes, cuestión que se salda transitoriamente con la fijación de salarios para barberos, sangradores, ventoseros y sacamuelas, (Cignoli, 1955).

Desde 1917, La Tribuna Odontológica comienza a plantear la necesidad de asegurar protección económica para los titulados en el país, impulsando el debate sobre el justiprecio de honorarios a partir del establecimiento de una serie de parámetros, (La Tribuna Odontológica, 1928).

En los textos de medicina y odontología legal y social de principios de los años ‘30, se explicita que el derecho de percibir una retribución no constituye un salario sino un sueldo de “honor” que retribuye la acción y la competencia de la ciencia, lo que renueva el carácter “extra-ordinario” de la prestación de servicios especiales para la atención a la salud. A fin de asegurarse el mantenimiento de un estilo de vida propio

de las clases medias entonces emergentes, comenzaron a detallarse los factores que intervinieron en la conformación del honorario, estableciendo prioridades a considerar. Se tomó en cuenta la necesidad de aumentar los conocimientos, proponiendo una vida de "cierto rango" asociada al prestigio social y científico. Los viajes de perfeccionamiento, el tiempo dedicado al estudio, las adquisiciones de equipamiento fundamentan la necesidad de disponer de un capital suficiente y justifican el monto de la retribución que se fije, (Beltrán, 1932). Por otra parte, se recomendó contemplar también la situación económica del paciente y se estimuló la práctica de establecer tarifas diferenciales para ricos y pobres.

Respecto a este problema, es posible identificar la existencia de dos corrientes de opiniones: una mercantilista, donde la vocación de servicio fue menos invocada por los odontólogos a pesar de conformar el contenido de la ética médica que preservaba la imagen del profesional, garantía indiscutible de buena fe, (La Tribuna Odontológica, 1931) y otra, que expresó cierta preocupación por la población e introdujo otros elementos en la valoración del trabajo profesional (26).

Según la primera de estas posiciones, el descrédito de la profesión y la falta de ética estaría presente en quienes cobran bajos honorarios, descuidando el perfil de profesional socialmente prestigioso.

La segunda corriente hizo participar en la composición del honorario, tanto al status social deseado como a las posibilidades económicas de los pacientes en virtud de considerar a la odontología como una de las profesiones destinadas a remediar situaciones físicas o morales, (La Tribuna Odontológica, 1937).

Estas cuestiones cobraron estado de debate en la prensa odontológica que vinculó el excesivo interés lucrativo con el origen artesanal y comercial de la profesión, reflexionando simultáneamente sobre el clima mercantil existente en las propias escuelas de odontología, (Connell, 1935). La concepción del ejercicio de la profesión como sacerdocio científico y social y como función altruista y humanitaria convivió de modo ambivalente, y en ocasiones contradictoria, con las fuertes aspiraciones de éxito económico "(26).

"El logro de la sanción de una ley reglamentaria del conjunto de las profesiones liberales fue una preocupación constante en la década del '30, lo que se expresa en las actividades que con distinto énfasis, cada asociación despliega el anteproyecto de ley orgánica reglamentaria de las profesiones liberales de 1934, extensamente fundado, elaborado por una comisión honoraria, recogió preocupaciones comunes a abogados, ingenieros y profesionales del arte de curar en lo que hace al

establecimiento de aranceles, códigos de ética y regulación del ejercicio. La elevación de este proyecto de ley ante las cámaras por el presidente Justo fue considerada como un logro que los odontólogos intentaron capitalizar, haciendo hincapié en aspectos proteccionistas y en la restricción de la atención gratuita en los hospitales. Este proyecto finalmente es aprobado por el Senado en 1940.

La inquietud por las condiciones de vida y salud de la población y las acciones preventivas a ella dirigidas aparecieron en menor medida que entre los médicos y, cuando esto ocurría, en términos generales, se ligaban al interés por expandir el espacio de intervención profesional.

Como parte del proyecto político que se afianza entre los años 1943-45, antecedente inmediato del gobierno peronista, caracterizado por el predominio del Estado en la regulación de diversos ámbitos de la vida social, se insiste en el poder de policía que éste detentaba y en la potestad de restringir la libertad de los actos de los individuos en vistas al bienestar común. Se enunció un objetivo racionalizador y organizativo que doctrinariamente apuntaría a la generalización del bienestar expresado en políticas sociales.

En esos años, la presencia del estado recibió el apoyo de un sector del gremialismo médico que aceptó las propuestas de estatización de los servicios y respondió a la convocatoria de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Los odontólogos adhirieron en principio a dicho llamado al entenderlo como una posibilidad de reconocimiento a las demandas de la profesión.

En este marco se sitúa el decreto N° 6216 del 10.3.1944 que reglamenta el ejercicio de la medicina, odontología, obstetricia y demás ramas de las ciencias médicas (BOE 17.3.1944). El decreto, que entre otros aspectos expresa la función fiscalizadora del Estado sobre la atención a la salud de los sectores menos favorecidos y plantea a los profesionales la exigencia de una cooperación regulada e interdependiente con instancias estatales, encontró oposición y resistencia entre los grupos que sustentaban posiciones más ligadas a la defensa del ejercicio privado, a la libre elección del profesional, a la libertad de prescripción y al honorario flexible" (26).

Este decreto ha sufrido varias modificaciones hasta el día de la fecha. Sin embargo, exceptuando el PMO² existente en el subsistema de la seguridad social, que detalla una

² PMO: siglas correspondientes a Programa Médico Obligatorio. Canasta básica de prestaciones vigentes como obligatoriedad para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley N° 23.660 y los seguros privados de salud conocidos en el país como Empresas de Medicina Prepaga.

canasta de prestaciones básicas que debiera prestarse a los contribuyentes/beneficiarios, no existe ninguna normativa que describa los servicios básicos odontológicos, ni médicos, que debieran brindarse en el subsector público, ni en el de la seguridad social, no incluida en la Ley 23.660.

La atención en materia de salud oral de alrededor del 50% de la población, queda librada a la "usanza histórica" de cada establecimiento público o a la voluntad política de las autoridades de salud correspondientes.

Es importante destacar que el PMO incluye prestaciones que hoy en día no se ofrecen ni se brindan como ser las restauraciones protéticas provisionales, (ver en anexos PMO en odontología). Este derecho al ser desconocido por los beneficiarios no es demandado por los mismos.

Aparentemente, el accionar de las instituciones odontológicas, en el Campo de Bourdieu o dicho de otra forma en el tiempo y espacio actual se comporta conforme su hábitus, luchando por el capital simbólico (prestigio social, capital económico). Esa es su postura social, es el lugar por el que bregó y bregará.

Es notable la naturalización, la habitualidad con la que sociedad en su conjunto, Estado, autoridades sanitarias, instituciones formadoras del recurso humano en salud oral, así como aquellas que nuclean a los profesionales, es decir la comunidad sanitaria en su conjunto que impulsan la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías, asumen el complejo fenómeno del edentulismo (entendido ya como condición cultural y no sólo como la ausencia de piezas dentarias), particularmente cuando el tratamiento rehabilitador integral constituye para quien carece de la cobertura adecuada un gasto desproporcionado a sus ingresos y por ende, inaccesible.

Se verifica así, que la rehabilitación oral integral ha permanecido a lo largo del tiempo como un nicho de negocio privado, más que como una necesidad sanitaria a estudiar y a la que proporcionar una respuesta según el costo de oportunidad, las prioridades y las decisiones de las sociedades y los decisores en salud.

En este "campo", este tiempo y espacio están presentes más del 50% de la población que, a través de un acuerdo social, nunca suficientemente explicitado, no accede a un tratamiento oral integral y por lo tanto ve seriamente vulnerada su salud y en sus posibilidades de desarrollo y crecimiento.

3.7. Antecedentes: estudios referenciales.

Los siguientes estudios referenciales seleccionados describen barreras para la atención odontológica observadas comúnmente en distintos países de la región que compone Argentina, como lo es la no consideración de los problemas sanitarios específicos de un grupo poblacional joven (adolescentes de Costa Rica); el desconocimiento de derechos por parte de los usuarios de servicios públicos (padres y encargados de niños de una población vulnerable de Colombia); se aborda un tema innovador como lo son "las representaciones sociales" de la pérdida de piezas dentarias de una población de adultos mayores institucionalizados en Brasil, y por último el significado del edentulismo para adultos mayores y su entorno familiar en Chile. Todos estos temas se relacionan con el problema/objeto del presente estudio.

A) Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos en un grupo de adolescentes. William Brenes, Doris Sosa** Costa Rica [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1986; 7 (4):311 -314].*

En este estudio se investiga sobre la accesibilidad a los servicios odontológicos y se indaga sobre la epidemiología bucal de 271 adolescentes, de segunda enseñanza, de la provincia de Alajuela, Costa Rica, determinando que la caries dental es el principal problema de morbilidad bucal y que se incrementa con la edad. Las posibilidades de servicios públicos odontológicos son escasas, por lo que se propone la creación de servicios de salud específicos para este grupo de población.

La evolución del nivel de salud en Costa Rica, como consecuencia del mejoramiento de los sistemas de prestación de servicios, lo coloca en un lugar de privilegio, particularmente si se le compara con la mayoría de los países de América Latina. Entre algunos de los elementos innovadores a introducirse dentro de este concepto de salud, está la urgente necesidad de proporcionar a la población adolescente, que hasta la actualidad ha sido parcialmente postergada, programas específicos de salud. Lo anterior se debe a que este importante subgrupo poblacional no ha sido considerado un problema de salud pública, puesto que sólo se ha tomado en cuenta su morbilidad y mortalidad, que son muy bajas.

B) Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Ángela María Franco-Cortés, Susana Ramírez-Puerta, Gloria Escobar-Paucar, Melissa Isaac-Millán, Paola Andrea Londoño-Marín.

En este estudio se identificaron barreras de acceso a los servicios odontológicos en niños y niñas de 6 años pertenecientes a familias desplazadas habitantes del asentamiento El Oasis Tropical del barrio Moravia en Medellín. Los resultados reflejaron que el 97.5% de los niños(as) estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero en una alta proporción (92,5%) las madres desconocen sus derechos en materia de atención odontológica. Bajo porcentaje de mujeres (8,8%) perciben problemas bucales que ameriten buscar la atención. El 72,5% de los niños(as) no ha visitado nunca al odontólogo, además es frecuente que los servicios los rechacen por su corta edad.

Se concluyó en este estudio que el acceso potencial y real a la atención odontológica de la población estudiada está influenciado por determinantes como el desconocimiento de los derechos de atención, la capacidad de pago y variables de organización de los servicios. Se observó una alta percepción de la necesidad de atención.

C) "Estudo psicosocial das perdas dentárias na terceira idade" Grasiela Piuvezán, Dissertação apresentada á coordenação do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Natal, ano 2004.

Este trabajo de investigación aborda el edentulismo indagando sobre las representaciones sociales de las pérdidas dentarias en dos grupos de adultos mayores institucionalizados en dos establecimientos, uno de altos recursos económicos y el otro de bajos recursos económicos. Siendo un grupo etéreo donde comúnmente se han perdido piezas dentarias, se indaga sobre cómo esta condición interfiere en su ámbito psicosocial y biológico a través de las implicancias funcionales, estéticas y sociales. Los resultados demostraron que las representaciones sociales en el grupo de adultos mayores de mayor poder adquisitivo se reflejaron en el relato de: dificultad para comer relacionada con necesidad fisiológica, deseo y placer al alimentarse; dolor, evocado en el sentido de justificar las pérdidas dentarias; dificultad de adaptación a la prótesis, tratamiento y dificultad para hablar; mientras que en el grupo de bajos recursos económicos, se hizo referencia a dificultad socioeconómica demostrando una estrecha relación entre pobreza, acceso a la salud y a la educación y estética, relacionando la vejez con la pérdida de los dientes. Por último se menciona la dificultad a la adaptación de un aparato protético.

D) "Experiencia y Significado del Proceso de Edentulismo de Adultos Mayores, Atendidos en un Consultorio del Servicio Público Chileno". Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, von Marttens MI, Pinto L. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral Vol. 3 (1); 27-33, 2010.

El objetivo de esta investigación fue ahondar en la comprensión de la experiencia, significados y valoración del proceso de edentulismo de adultos mayores, tratados en un servicio de salud público, y la opinión de sus familiares más cercanos; con la finalidad de para poder brindar una atención más completa, significativa y eficiente, orientada a lo que las personas perciben como importante. Dentro de los hallazgos, se puede destacar que la mayoría de los adultos mayores del estudio no sabían porque habían perdido sus dientes, dejando entrever el que nunca supieron cómo prevenir las enfermedades bucales y menos sus consecuencias. Se identificaron problemas funcionales del adulto mayor edéntulo: la pérdida de dientes condiciona la selección y preferencia de alimentos, y por ende la nutrición; tendiendo a la preferencia de alimentos blandos, los que son bajos en fibras y menos nutritivos, esto debido a que la falta de dientes compromete el rendimiento y la eficacia masticatoria. La falta de dientes impide contención de aire en el momento de articular palabras; produciendo problemas de dicción, vocablos y fonemas que dificultan la capacidad de comunicación y expresión oral; generando sensaciones de aislamiento y marginación, al sentirse limitados en su capacidad de comunicación. Se expresaron problemas psicológicos relacionados con la baja autoestima, la autopercepción estética y problemas vinculares/afectivos. La mirada de los familiares no estuvo ausente de pena o dolor por el padecimiento de sus seres queridos.

Estos estudios son un antecedente en cuanto a evidenciar barreras de accesibilidad en pos de lograr una distribución equitativa de los servicios sanitarios, y en el caso en particular del estudio de Piuvezán y Von Marttens se explora además, las repercusiones psicosociales del problema expuesto en la tercera edad. La presente investigación pretende aportar un nuevo enfoque evidenciando además el fenómeno de naturalización de la situación injusta por aparte de la sociedad en general y de la comunidad sanitaria en particular, como fuerte barrera cultural. Al focalizarse en una población económicamente activa, relaciona el problema edentulismo con el potencial desarrollo económico además de personal y social, indagando sobre la interpretación individual de la carencia y sus consecuencias.

4. Metodología.

4.1. Tipo de estudio.

De acuerdo a los objetivos propuestos la investigación es de tipo retro prospectiva, cualitativa y cuantitativa. Los datos se recolectaron mediante trabajo de campo, a través de las encuestas a la población seleccionada antes mencionada y la entrevista a actores clave (responsables de los servicios de salud del Hospital Salvador Mazza y los tres centros de atención primaria de la salud seleccionado). Se utilizaron también datos epidemiológicos ya existentes en la provincia obtenidos a partir del censo nacional y de estudios estadísticos socio-sanitarios y demográficos.

4.2. Fuente de datos/herramientas de recolección utilizadas. La fuente de datos primaria.

Datos obtenidos a partir de la encuesta a la población seleccionada y la entrevista a actores clave.

Dicha encuesta se elaboró con los siguientes contenidos a saber:

- Caracterización por edad y sexo, número de hijos, trabajo, tipo de trabajo.
- Ausencias de piezas dentarias, problemas percibidos por esta condición en relación a su vida cotidiana, vincular, laboral.
- Dificultades para hablar, para sonreír.
- Satisfacción/insatisfacción con su aspecto, autoestima.
- Percepción del edentulismo en pares.
- Percepción de la accesibilidad.

Consultas realizadas al año y en qué circunstancias. Se realizó una prueba piloto sobre 32 casos al azar para medir el instrumento y realizar los ajustes adecuados.

Entrevista a los actores clave en Tilcara: se entrevistó a la directora del Hospital Salvador Mazza, Dra. Carmen Lavadenz, al director de APS del Hospital Lic. Ramón Lascano, a la jefa del servicio de odontología del Hospital, Dra. Estela Severich, al Dr. Marcelo Caguara, odontólogo del servicio, a la Dra. Mónica Maurín, odontóloga de APS del puesto de salud de Huacalera, a la Dra. Ximena Salas Pérez, referente de vigilancia epidemiológica y médica clínica del hospital, al Sr. Víctor Torres Agente Sanitario y técnico en enfermería responsable del puesto de salud de Juella.

En San Salvador de Jujuy: Centro Sanitario Alvarado; Dr. Cabide, responsable del área de prótesis de dicho Centro.

Fuentes de datos secundaria: descripción del ámbito de estudio, datos epidemiológicos de la provincia provenientes del Sistema Nacional de Estadísticas en Salud; Sistema de Información Epidemiológica Nacional, INDEC y del Ministerio de Salud de la provincia y de la Nación.

4.3. Universo, muestra y unidad de análisis.

- Universo o población objetivo: hombres y mujeres de entre 15 y 70 años habitantes del departamento de Tilcara.
- Unidad de análisis contextual (de estructura): servicios sanitarios odontológicos de Tilcara.
- Número de odontólogos, consultorios odontológicos, especialidades odontológicas, horarios y días de atención. Oferta/demanda de servicios.

4.4. Definición operacional de las variables y categorías.

Se tomaran como principales variables las siguientes:

Perfil epidemiológico.

- Demográficos.
- Socioeconómicos.
- De morbilidad y mortalidad.

Accesibilidad.

1) Geográfica:

- Distancia media entre servicios de salud y viviendas del área (medida en Km).
- Distancia media al servicio de urgencia más cercano.
- Tiempo medio para el traslado entre la vivienda y los servicios de salud (medido en horas y minutos).
- Tiempo medio para el traslado entre la vivienda y el servicio de urgencia más cercano.
- Disponibilidad de transportes públicos y frecuencias (tipos de transportes, frecuencias de servicio).

2) Económica:

- Dinero requerido para el traslado (costo medio del transporte según tipo).
- Disponibilidad económica para el traslado.
- Dinero requerido para prestaciones no ofrecidas por el sistema de salud público.

3) Accesibilidad administrativa:

- Horarios de atención.
- Disponibilidad de turnos.
- Número de odontólogos disponibles en Tilcara.

4) Otras barreras emergentes observadas durante la investigación:

Variabes individuales de cada uno de las personas seleccionadas para desarrollar la investigación.

- Edad.
- Sexo.
- Situación laboral.
- Nivel educativo.
- Hábitos de higiene oral.
- Experiencia de la situación odontológica, frecuencia.
- Percepción individual de su propia salud bucal.
- Percepción bio psicosocial ante la falta de piezas dentarias.

4.5. Descripción del ámbito de estudio.

La investigación se llevó a cabo en Tilcara, departamento de la provincia de Jujuy.

La Provincia de Jujuy está situada en el noroeste argentino, se divide en 16 departamentos y estos a su vez se dividen en municipios y comisiones municipales. La provincia es de relieve, predominantemente, montañoso cuya altura aumenta de este a oeste, siendo la zona sudeste la más baja.

Jujuy es una de las provincias con mayor diversidad climática de la argentina ya que posee diversos ecosistemas.

Se reconocen cuatro grandes regiones: *Valles-Yungas-Quebrada-Puna*.

- **Los Valles:** se localizan entre los cordones sub-andinos. Comprende el amplio valle del río Lavayen - San Francisco, que posee una altura que va desde los 300 a 800 MSN. Sus climas son templados y subtropical serrano, con lluvias de tipo Monzónica, y una variación en el promedio anual entre 500 y 1200 mm.
- **Las Yungas:** son sierras bajas de 1.000 a 1.500 MSN con un pico máximo de 2.580 MSN, disminuyendo las alturas hacia el este y cayendo hacia los llanos del "chaco" salteño. Esta región posee una vegetación arbórea densa y selvática. El clima es subtropical con estación seca, caracterizado por altas temperaturas en verano (diciembre-marzo), las que coinciden con el período de lluvias.

- **La Quebrada de Humahuaca:** comprende un conjunto de sierras separadas por profundos valles. Su límite oriental lo determinan las sierras sub-andinas. Un ejemplo de este tipo de paisaje es la Quebrada de Humahuaca que posee una altitud que va desde los 1000 a los 3700 m. La zona posee un clima semiárido, con lluvias concentradas en los meses de enero, febrero y marzo, con una media de 25 mm al año.
- **La Puna:** con una altura media de 3500 m se ubica en todo el sector noroccidental, aproximadamente el 60% del territorio provincial está dominado por esta alta meseta. El clima determina condiciones manifiestas de aridez, registrándose temperaturas de hasta 30° durante el día y con registros muy por debajo de 0° durante la noche. El régimen de lluvias varía entre 250 a 400 mm anuales, concentrados desde mediados de noviembre a marzo.

Tilcara

Es la ciudad cabecera del departamento del mismo nombre de la provincia de Jujuy y está ubicada en el centro de la Quebrada de Humahuaca, a 2.465 metros sobre el nivel del mar y a 85 km. de la capital, San Salvador de Jujuy. Es considerada la Capital Arqueológica del Noroeste Argentino por la gran cantidad de objetos arqueológicos que permanecen en su subsuelo.

El trazado urbano de la ciudad y varios de sus edificios datan de la época de la Colonia, es visitada por turistas de diferentes provincias y del exterior. Hay una floreciente industria hotelera, que ha generado importantes cambios socioeconómicos, contando en la actualidad con más 50 hoteles, residenciales y hospedajes.

Existe una gran cantidad de artesanos, tanto naturales del lugar como provenientes de otras partes del país, que se instalan en forma permanente durante todo el año.

Las características de la población también difieren según la región: en la zona urbana de Tilcara se concentra la mayor cantidad de población. La mayoría es originaria del lugar pero desde hace varios años se han asentado familias de migración interna, de los alrededores de Tilcara y otras localidades de la Quebrada y Puna de Jujuy así como provenientes de Salta.

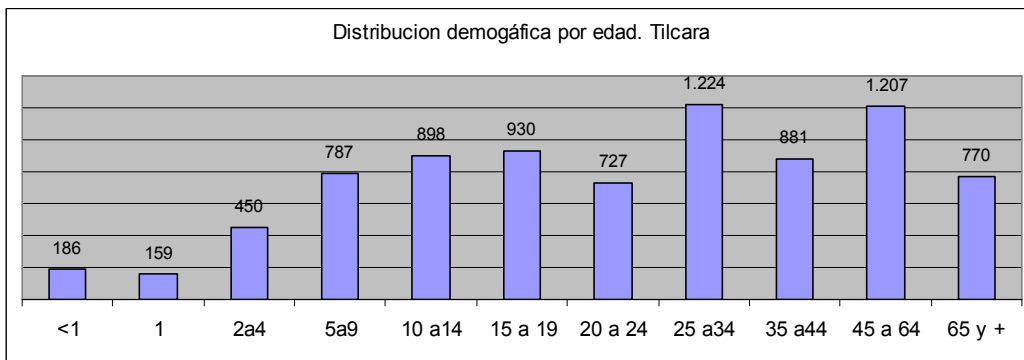
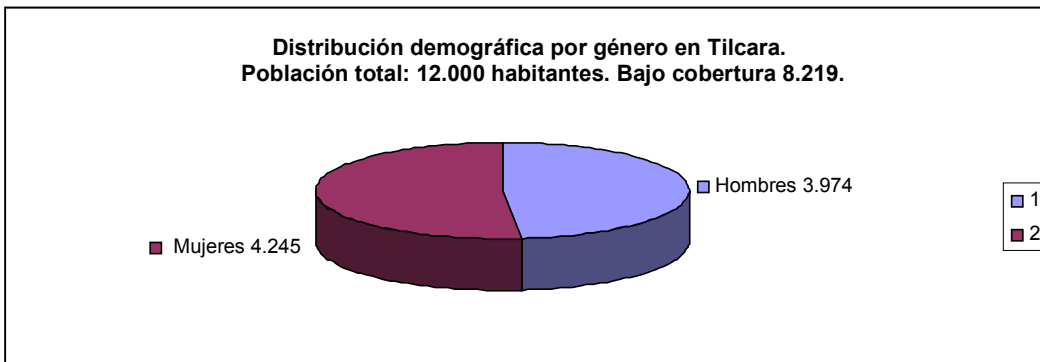
En la zona rural próximos a la Ruta 9 se asienta población originaria y pobladores procedentes de Bolivia. En la zona rural de los valles y cerros hay escasa población debido a una elevada migración hacia centros urbanos. La totalidad de esta población es originaria.

PROVINCIA DE JUJUY



Indicadores Demográficos de Tilcara.

La distribución demográfica por género en Tilcara, refleja un predominio femenino correspondiente al 52% de la población total.

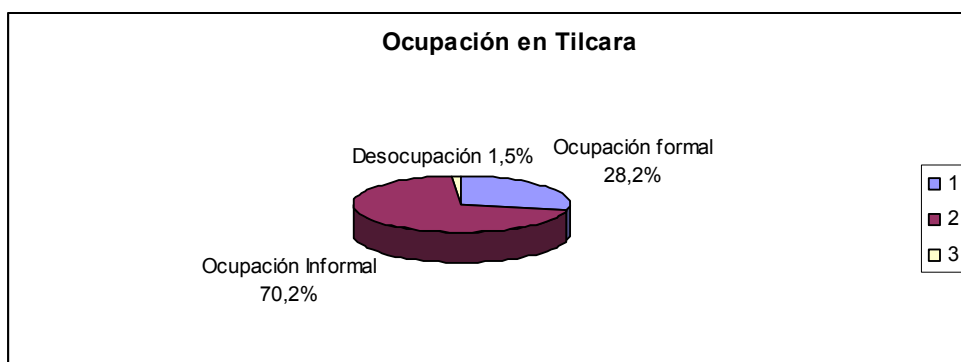


Fuente APS: Hospital. S. Mazza. Ronda 2011.

- Se observa que desde el primer año de vida hasta los 19 años aumenta la pirámide poblacional, disminuyendo la curva entre los 20 y 24 años quizás por razones relacionadas al mercado laboral.
- Se observa la mayor cantidad de habitantes en la franja etárea correspondiente a 25 años hasta los 34 años, luego una notable disminución de la curva entre los 35 y 44 años, que vuelve a incrementarse de 45 a 64 años y finalmente decae la curva nuevamente en los habitantes de 65 años en adelante.

Ocupación.

Se considera población económicamente activa al conjunto de personas, que están dispuestas a aportar su trabajo para la producción de bienes y servicios económicos. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. En Tilcara la desocupación registrada es 1,5%, la ocupación informal es 70,2% y el trabajo formal es 28,2%.



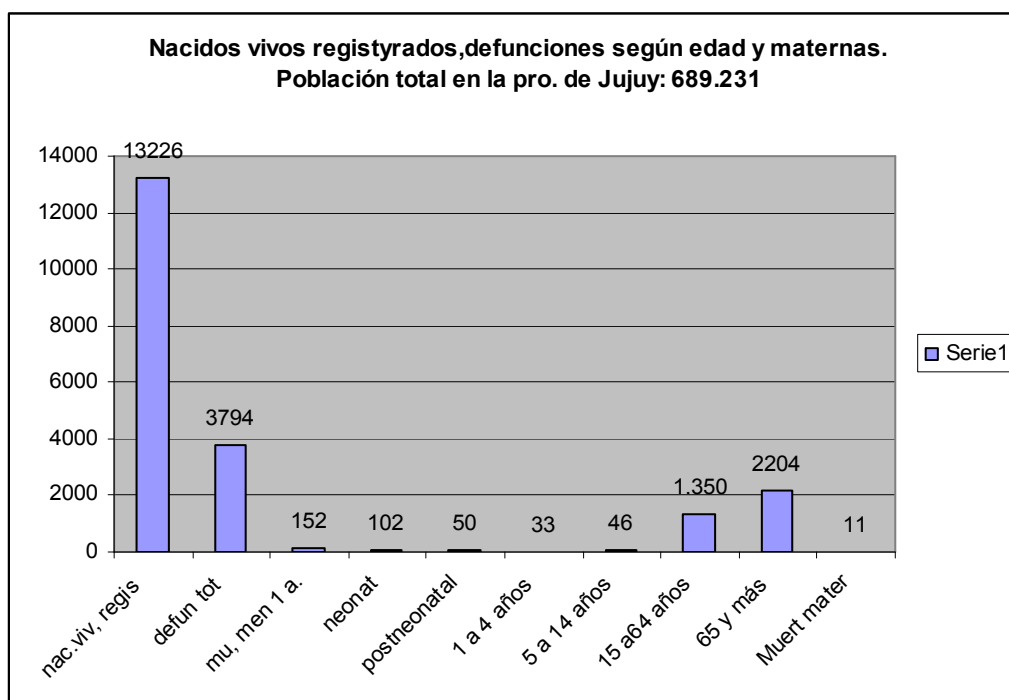
Fuente: APS Hospital. S. Mazza. Ronda 2011.

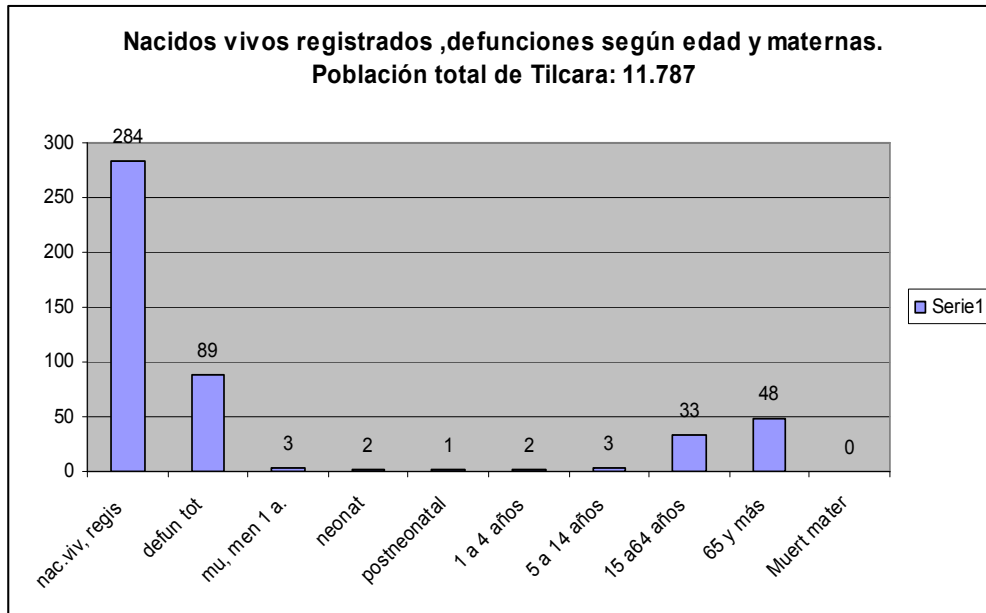
Indicadores vitales.

Tasa bruta de mortalidad: relaciona todas las muertes acaecidas en una población dada con la población total, midiendo así la disminución de la misma a causa de las muertes. Si bien es muy utilizada, ya que generalmente se dispone de los datos para su cálculo, deben adoptarse ciertos recaudos. Dado que la mortalidad varía con la edad, la tasa bruta puede ser engañosa cuando las poblaciones que se comparan no tienen una composición similar según la edad y el sexo. Las poblaciones compuestas por una elevada proporción de personas de edad avanzada en las que la mortalidad es más alta, mostrarán naturalmente tasas brutas de mortalidad más elevadas que las de las poblaciones 'más jóvenes'.

Tasa de mortalidad materna: refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación y el parto. Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Si bien la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10, 1995) incorpora la categoría de muerte materna tardía, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, éstas no se incluyen en el numerador de la tasa de mortalidad materna.

Calculo: número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado el número de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año por 10.000.

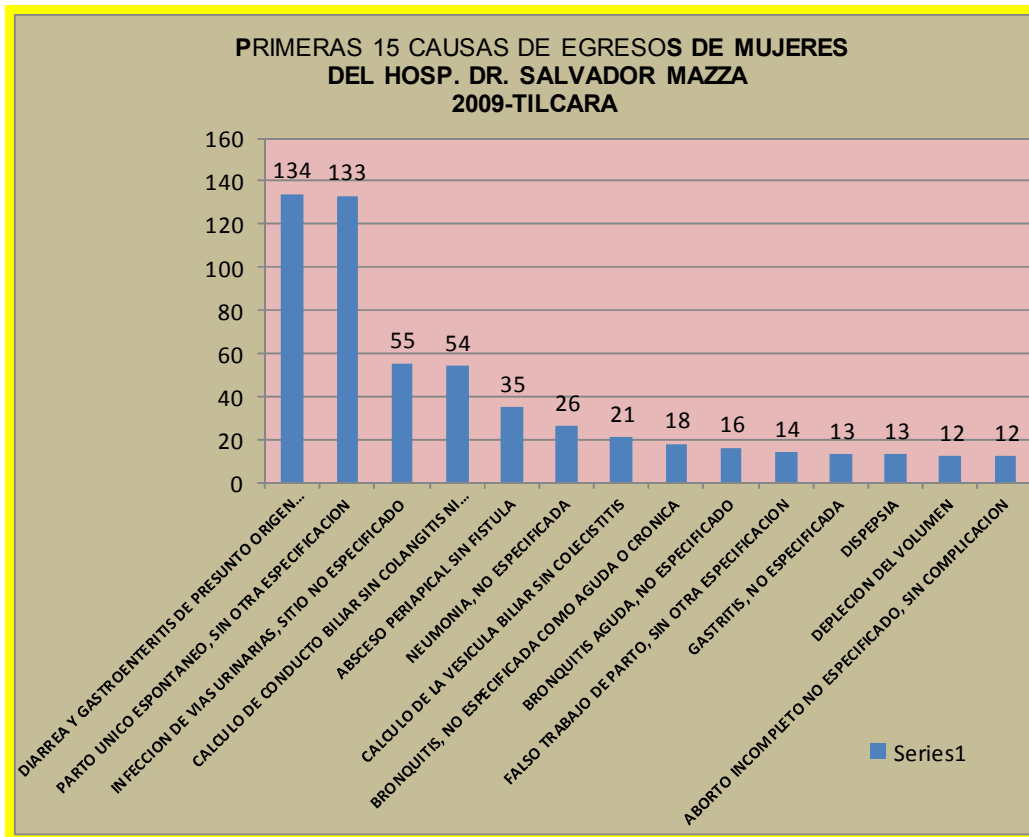




*Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. ISSN 1668-4630 Boletín Número 129.
Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia. Año 2009 Argentina, enero 2011.*

- Tasa bruta de mortalidad en la Provincia de Jujuy: 5.5.
- Tasa bruta de mortalidad en Tilcara: 7.5.
- Tasa de mortalidad materna en la provincia de Jujuy: 8.3.

Fuente: APS, Hospital Salvador Mazza, D.E.I.S.



Se observa en quinto lugar el *absceso periapical sin fístula*, esto indica que a pesar de los programas preventivos existentes y la asistencia dirigida a la erradicación de focos infecciosos, los flemones orales ocupan uno de los primeros lugares en el egreso hospitalario del ámbito de estudio. Clara evidencia de las repercusiones de las patologías orales en el estado de salud general de las personas.

Absceso periapical.

El absceso periapical puede evolucionar formando una fístula y permitiendo el drenaje de contenido purulento alojado en el tejido óseo. En aquellos casos donde la fístula no se forma se genera una edema con tumefacción de la zona afectada.

Cuando la infección se encuentra en el maxilar inferior y no se ha realizado oportunamente el tratamiento, puede evolucionar a una angina de Ludwig, también denominada Flemón difuso híper séptico y gangrenoso de piso de boca, una infección severa y mortal de origen dental, en la que el pus invade gravemente cara, cuello, vías respiratorias y pulmones. Cuando la infección se aloja en maxilar superior puede

afectar ojos, nariz, senos maxilares y en casos avanzados el cerebro.

Es por esto que en los casos que las personas llegan a la consulta con un flemón dentario y tienen compromiso de la salud general, fiebre, malestar, decaimiento, se decide la internación, ya que la evolución es muy rápida y en muchos casos fatal.



Breve reseña de la organización Sanitaria de la Provincia de Jujuy.

La organización sanitaria de la provincia de Jujuy, se divide en cinco zonas, las que se corresponden con sus regiones geográficas principales. A su vez se divide en 25 áreas programáticas con 28 hospitales de cabecera, 234 centros y puestos de salud distribuidos en toda la provincia.

En cada una de estas zonas sanitarias, los servicios de salud pública se organizan mediante las áreas programáticas conformadas por el Hospital de referencia y la red de Centros de Atención Primaria que de él dependen. Si bien el sistema de salud desarrolla sus actividades en forma regional teniendo en cuenta los tres niveles de atención primario, secundario y terciario, en algunos departamentos de difícil acceso geográfico se brinda solo una mínima asistencia, reducida a la visita de un agente sanitario, quien debe realizar una aproximación diagnóstica y derivación del paciente.

Localidad de Tilcara bajo la cobertura del Hospital Dr. Salvador Mazza.

Área programática N° XVIII.

(Hospital de referencia Salvador Mazza y 11 puestos sanitarios).

En Tilcara, la población estimada se acerca a los 12.000 habitantes pero se hallan bajo la cobertura del Área Programática N° XVIII un total de 8.219 habitantes. El Hospital Salvador Mazza Cuenta con 35 camas distribuidas de la siguiente manera: 10 para la

sala de internación de hombres, 10 camas para el internado de mujeres, 18 camas para pediatría, 5 camas destinadas a maternidad y una para sala de parto.

El personal está constituido por 109 agentes sanitarios y el cuerpo profesional está integrado por cinco médicos de planta y un médico comunitario, un pediatra, cuatro generalistas y uno responsable de los controles prenatales además cuenta con dos trabajadores sociales, un bioquímico y un psicólogo.

El hospital no cuenta con especialidades y los casos de cirugía o traumatología están reducidos a la atención mínima de urgencia.

Se realizan aproximadamente 10.500 consultas por año y por día las guardias reciben un promedio de 100 pacientes cada 24 horas, se llevan a cabo 180 partos por año y en su mayor porcentaje son institucionales.

Odontología

En el hospital de referencia hay un consultorio odontológico donde brindan asistencia a la comunidad tres odontólogos de planta permanente y un odontólogo de APS.

Los puestos sanitarios del área programática son los siguientes: Huacalera, los puestos de salud rurales de La Banda, Juella, Colonia San José están cubiertos con un Agente Sanitario con experiencia como auxiliar de enfermería de planta y tienen atención médica y odontológica solo una vez por semana y de otros profesionales según la demanda. En el ítem número cinco, correspondiente a desarrollo, se describen específicamente características del servicio de odontología.

Los puestos de salud de la zona rural de los Valles: Alonso, Monte Carmelo, Molulo, El Durazno, Yaquis Pampa y Abra Mayo están cubiertos sólo por un agente sanitario y son visitados en dos oportunidades al año por profesionales del Hospital en giras sanitarias (generalmente se desplazan a lomo de mula, llevando el instrumental, material y medicamentos necesarios). Estas giras son financiadas por actividades que desarrolla la comunidad junto a las autoridades del Hospital como venta de ropa, comidas regionales, artesanías, eventos culturales como recitales a beneficio y otras actividades.

Puesto de Salud de Las Ánimas: no está cubierto con agentes sanitarios. La población se desplaza para ser atendida en los puestos de El Durazno y Yaquis Pampa.

Ubicación del Hospital Salvador Mazza en Tilcara.



Ubicación de los puestos sanitarios en Tilcara.



5. DESARROLLO.

5.1. Experiencia de campo.

La investigación se inició en el mes de febrero del año 2013. Para el ajuste de las herramientas de recolección de datos se realizaron en total 32 encuestas piloto a las personas concurrentes a la sala de espera del Hospital Salvador Mazza y a la sala de espera del puesto de salud de Huacalera. Ahí también se realizaron las primeras entrevistas programadas.

Durante esta primera aproximación a la recolección de datos se realizaron ajustes necesarios para la obtención de información más rica y precisa para alcanzar los objetivos cognitivos propuestos.

Entre los meses de junio y septiembre se realizaron las entrevistas programadas en el Hospital Salvador Mazza y las encuestas faltantes en la sala de espera del dicho Hospital y de los puestos de salud de Huacalera, Juella y Colonia San José.

Luego los datos obtenidos en las encuestas fueron volcados en la matriz confeccionada para el análisis de los mismos y las entrevistas fueron desgravadas y agrupadas para su posterior análisis.

5.1.1. Encuestas.

Las encuestas se desarrollaron en la sala de espera del Hospital Salvador Mazza y en las respectivas salas de espera de los puestos de salud de Huacalera, Juella y Colonia San José³.

Encuesta descripta en anexos 10.3.

En relación a la población atendida y oferta de turnos: el servicio de odontología en el Hospital S. Mazza brinda sus servicios de lunes a viernes de 8 a 12 y de 14 a 17 hs, extendiéndose o acortándose dicho horario según la demanda. Los turnos son programados, pero también existe demanda espontánea, urgencias que en general son odontalgias.

³Para facilitar la recopilación de datos primarios, la directora del Hospital Salvador Mazza puso a disposición las instalaciones del Hospital destinadas a la estadía de residentes. La proximidad y comodidad brindada agilizó dicho proceso y cabe destacar la calidez, amabilidad y gran disposición de todo el personal que trabaja en el hospital, para con el proceso investigativo.



1



2



3

Sala de espera Hospital Salvador Mazza.

Huacalera es el puesto de mayor afluencia después del Hospital, posee 2.064 habitantes (fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010). La atención se realiza de lunes a viernes, de 8 a 12 hs, (no se utiliza el consultorio por la tarde).

La Demanda es de 12 pacientes por día con turnos programados, aunque también se observa demanda espontánea. No hay guardias médicas u odontológicas. Este puesto de salud, por tratarse de la segunda zona más densamente poblada después de Tilcara, de lunes a viernes por la mañana ofrece atención médica y odontológica permanente, a diferencia de Juella y Colonia San José que brindan atención según la demanda y tienen visita médica y odontológica una vez por semana.

En Juella (significa huella en cunza, dialecto local), su población es de 188 habitantes (Censo 2001). Este puesto de salud cuenta con atención odontológica una vez por semana, de 8:30 a 12:00 hs. con una demanda de 9 pacientes por mañana de atención, aproximadamente.

Colonia San José, con 236 habitantes según el censo 2001, cuenta con un agente sanitario y la concurrencia del médico y el odontólogo se organizan según la demanda, un día a la semana de 8 a 12 hs.



Transporte en el que se realiza el traslado de médicos, odontólogos y asistentes a los puestos de salud, (4 y 5).

Huacalera



6



7

Colonia San José



8

Consultorio médico en Colonia San José.



En relación a los recursos físicos y humanos.

El Hospital S. Mazza cuenta con un consultorio odontológico equipado con sillón completo, equipo de Rx, hemosuctor de alta potencia, cajón revelador de Rx, chaleco plomado y lámpara de luz halógena. Brindan asistencia a la comunidad tres odontólogos generales de planta permanente, un odontólogo general de APS y dos asistentes dentales.

En Huacalera, el consultorio odontológico se encuentra hoy ubicado en el C.I.C (Centro de Integración Comunitaria), ubicado contiguo al centro de atención primaria, con sillón odontológico, equipo de Rx, hemosuctor de alta potencia, revelador de Rx, chaleco plomado todo nuevo, con sala de espera propia. Cabe destacar que en la primer visita a dicho C.A.P.S. (en el mes de febrero) se encontraba emplazado dentro del mismo recinto que el consultorio médico, tenía muchos años de uso, a pesar de ser completo , y compartía sala de espera con aquellos pacientes que concurrían a vacunación o control médico. En la visita del mes de junio el consultorio odontológico estaba instalado en el Centro de Integración Comunitaria, como se observa en la fotografía número 9. Brinda atención una odontóloga asignada por APS y una asistente dental,

En Juella, el consultorio odontológico está completamente equipado al igual que en el Hospital de referencia y que en el puesto de salud de Huacalera: sillón completo, equipo de Rx, chaleco plomado, cajón revelador de Rx. Un odontólogo y un asistente dental brindan atención y también se desplazan hasta la escuela primaria cercana a buscar niños para realizar charlas sobre prevención. La atención odontológica se realiza una vez por semana de 8:30 a 12:00 hs. con una demanda de 9 pacientes.

En Colonia San José el equipamiento odontológico es más precario. Cuando hay demanda de atención odontológica, se transportan los elementos necesarios desde el hospital de referencia. En este consultorio no hay equipo de Rx.



10

Consultorio odontológico de Huacalera.



11

Consultorio odontológico de Juella.



12

Consultorio odontológico de C.S.J.



13

En relación a la Oferta de servicios es homogénea en los distintos servicios observados.

Las prestaciones odontológicas que se realizan en el consultorio odontológico del Hospital y en los consultorios correspondientes a los C.A.P.S. estudiados son: operatoria dental (eliminación de caries y restauraciones con amalgamas y materiales estéticos), exodoncias (extracciones de piezas dentarias) y prácticas preventivas (limpiezas, aplicación de fluor, enseñanza de cepillado, talleres explicativos).

Valor social y de acción comunitaria del puesto de salud.

En Juella se observó la realización de actividades organizadas por el agente sanitario y los profesionales como venta de ropa y zapatillas, comida y otros productos con la finalidad de recolectar fondos para el crecimiento y desarrollo del puesto.

Los puestos de salud tienen un valor social para los usuarios, se observa colaboración y permanencia en el mismo luego de la atención.

En este centro de atención primaria de la salud, la colecta estaba dirigida a reunir fondos para terminar de construir un consultorio de enfermería para llevar a cabo las vacunaciones.



14



15

5.2. Entrevistas.

Con el objetivo de identificar las barreras de atención y aportar elementos a la comprensión del edentulismo desde la óptica de los agentes efectores de salud se realizaron entrevistas a los siguientes actores: Dra. Carmen Lavadenz, directora del Hospital Salvador Mazza; Dr. Miguel Ángel Caguara, odontólogo del Hospital Salvador Massa; Dra. Ximena Salas Pérez, Médico generalista del H.S.M. de Tilcara; Dra. Mónica Maurín, Odontóloga de APS del puesto de salud de Huacalera; Lic. Ramón Lascano, Psicólogo, jefe de APS del Hospital Salvador Mazza; Dra. Estela Severich, Jefa del servicio de odontología del Hospital S. Mazza de Tilcara; Víctor Torres, Agente sanitario; Dr. Raúl Pascual Cabido, Jefe área prótesis, ortodoncia del Centro Sanitario Alvarado y puestos de salud de capital. Las entrevistas se realizaron en dos etapas, las primeras en el mes de febrero donde se obtuvo información emergente relevante que permitió, en la segunda visita a Tilcara, profundizar en la investigación para una mayor comprensión de los hechos observados. Las preguntas que componen la entrevista realizada son las siguientes:

- 1- ¿Cómo describiría la población que concurre a la atención odontológica del servicio?*
- 2- ¿Existe algún común denominador entre ellos, en relación al sexo, edad, perfil socioeconómico, tipo y organización de la demanda (urgencias, citas programadas)?*
- 3- ¿Cuál es el motivo principal de consulta?*
- 4- ¿Cómo cree que la falta de dientes impacta en la población a su cargo?*
- 5- ¿Cómo cree que la gente que lo padece percibe su problema?*
- 6- ¿Qué acciones se llevan a cabo en su área de responsabilidad, respecto a este tema (edentulismo)?*
- 7- ¿Piensa en nuevas acciones o en alguna iniciativa que pudiera desarrollarse al respecto?*
- 8- ¿Cuáles son las barreras o dificultades más sobresalientes para el desarrollo de las iniciativas mencionadas?*

En el Anexo Nº 1 se presenta la transcripción de las entrevistas realizadas.

5.3. Información emergente. Centro Sanitario Carlos Alvarado.

Durante las entrevistas realizadas a los odontólogos del servicio del Hospital, en la primera visita a Tilcara en el mes de febrero, uno de los entrevistados hizo referencia al Centro Sanitario Carlos Alvarado, ubicado en San Salvador de Jujuy. Específicamente manifestó derivar pacientes que a su criterio eran indicados para la confección de prótesis gratuitas. Se consideró importante ahondar en el conocimiento de dicho servicio público y durante la segunda visita a Tilcara en el mes de junio, se realizó una entrevista a los Responsables del Centro Sanitario Alvarado, dependiente de la Dirección de Hospitales del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy, ubicado en San Salvador de Jujuy.

El servicio de odontología de este Centro Sanitario atiende alrededor de 85 pacientes diarios brindando diferentes prestaciones, con turnos preestablecidos, 15 pacientes por día son atendidos en el servicio de prótesis de los cuales el 10% provienen del interior de Jujuy. Algunos departamentos como Ledesma y Mendieta, transportan a sus habitantes hasta la capital provincial para la realización de dichas prestaciones. Una vez que el paciente no presenta focos infecciosos en boca (libre de caries y enfermedad periodontal) es apto para comenzar con la elaboración del aparato protético.

Las prótesis parciales, que reponen parcialmente las piezas dentales, son de acrílico y removibles, se realizan en dos sesiones (primera sesión: toma de impresión en el

consultorio, trabajo de mecánico dental; segunda sesión: instalación y retoques de la prótesis). Las prótesis totales requieren mínimamente de 4 sesiones.

Estructura disponible y organización del Centro Sanitario Alvarado.

El servicio de odontología del Centro Sanitario cuenta con 6 consultorios odontológicos; equipo de RX, 12 odontólogos, algunos de ellos cuentan con distintas especialidades (endodoncia, prótesis, ortodoncia, cirugía), 11 asistentes dentales y cuenta con un taller de mecánica dental y 2 mecánicos dentales, lo cual agiliza la confección y corrección de las prótesis, (fotografías números 16, 17, 18 y 19).

Se realizan las siguientes prestaciones: prevención y promoción, operatoria dental (caries), endodoncia de piezas con una sola raíz, ortodoncia y prótesis removibles parciales y totales de acrílico. El horario de atención es de 7 a 23 hs, de lunes a viernes.

Al indagar los motivos de no estar incluidas en las prestaciones las prótesis fijas (perno y corona) y las endodoncias en molares, se responde que "no se da abasto" para brindar más prestaciones complejas, que requieren de varias sesiones. El único requisito para el tratamiento de rehabilitación oral es que quien lo requiere no presente focos infecciosos en boca.

La posibilidad de enviar pacientes que necesitaran la instalación de prótesis dentales desde el Hospital Salvador Mazza al Centro Sanitario Alvarado, era desconocida por parte de la mayoría de los profesionales del servicio de odontología y por parte de los agentes sanitarios de los puestos de salud visitados (Huacalera, Juella, Colonia San José).

Emerge una barrera hasta aquí no contemplada: la falta de canales eficientes de información entre los distintos niveles de organización del sistema de salud público. Cabe destacar que el Centro Sanitario Alvarado es un establecimiento independiente del Departamento de Odontología del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy, al tratarse de un hospital sin internación con tres incumbencias: odontología, extensión de carnet de salud con fines laborales y programas provinciales de promoción y prevención es dependiente de la Dirección Provincial de Hospitales. Quizás esto explica los canales paralelos de información.

Consultorio del Centro Sanitario Alvarado.



16

Sillón para radiología oral, equipo Rx y chaleco plomado.



17

Consultorio C.S. Carlos Alvarado.

Taller de mecánica dental (C.S.C.A.)

18

19



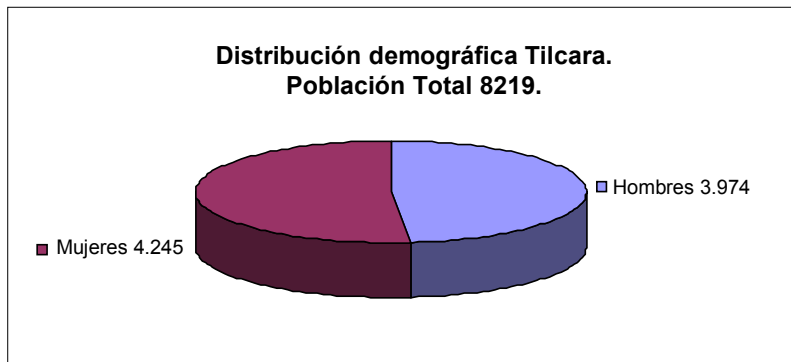
6. Resultados.

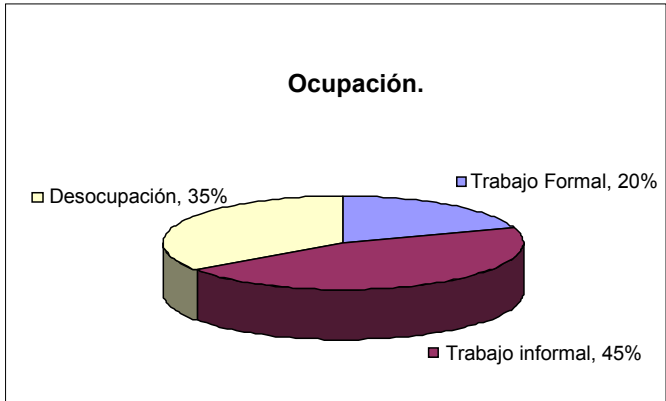
6.1. Encuestas.

La población estudiada presenta las siguientes características: son jóvenes con una edad promedio de 31 años, predominan las mujeres en un 62% de la muestra, esto se justifica en que las mujeres en edad fértil realizan mayor número de controles médicos periódicos y aquellas que son madres, concurren además para llevar a sus hijos a la consulta.

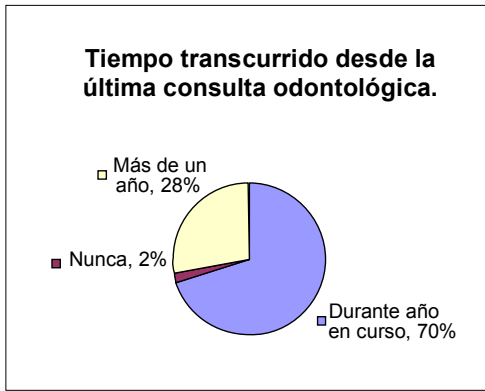
Del total de la muestra el 65% trabaja y el 50% tiene algún tipo de cobertura social (29% obra social y 25% plan social), el promedio de hijos está por debajo de la media nacional: 1,65.

El 98% tiene agua potable y la relación entre personas por habitación demuestra que no hay hacinamiento, situación que generalmente se observa en las grandes urbes. La muestra presenta un nivel de escolaridad media (10 años). En cada zona, correspondiente a cada puesto de salud hay escuelas primarias pero la escuela secundaria está en Tilcara.

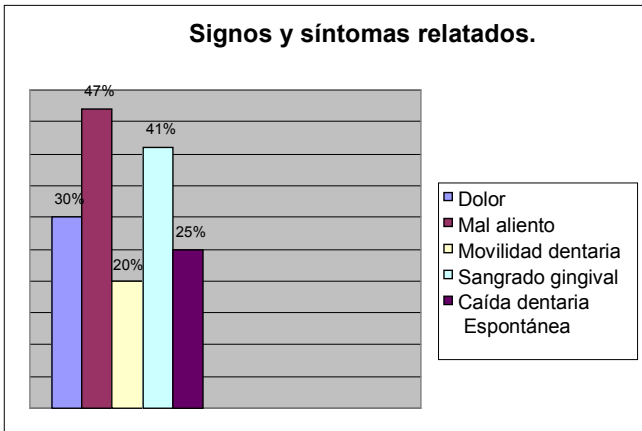




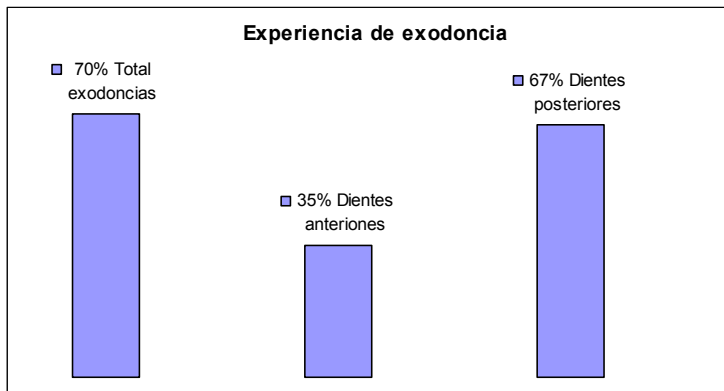
El 70% de la población encuestada concurrió a la consulta odontológica durante el corriente año, lo cual refleja una alta concurrencia, a pesar de ello el 30% sufre odontalgia y el 47% relata mal aliento.



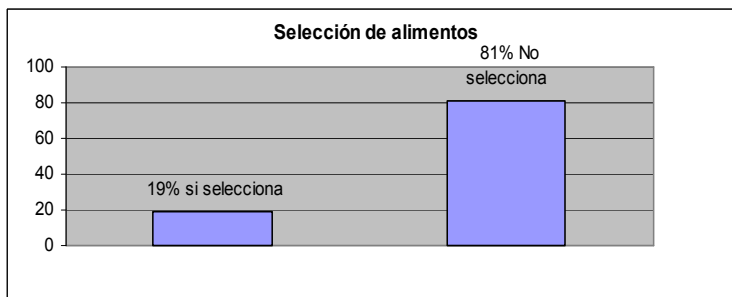
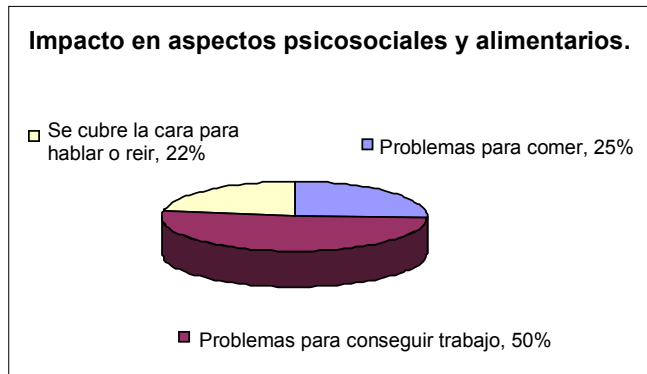
Signos y síntomas relacionados con la enfermedad periodontal en diferentes estadios fueron evidenciados: sangrado gingival 41%, caída espontánea de una pieza dentaria 25% y 20% de movilidad dentaria.



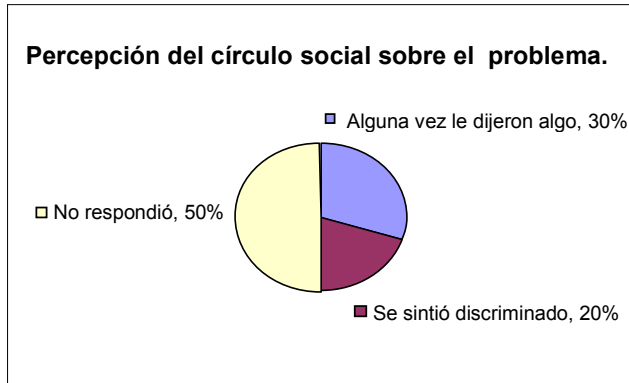
253 personas, lo cual corresponde a casi el 70 % de la población estudiada, se sometieron a una exodoncia alguna vez.



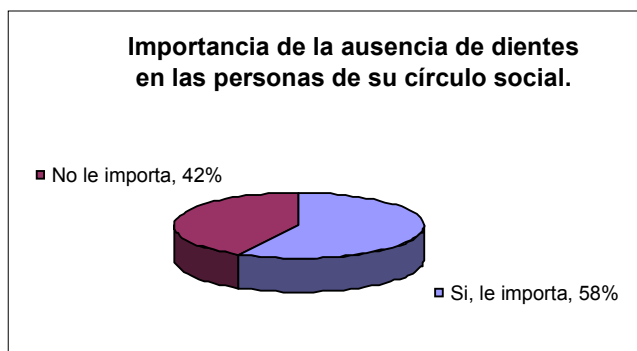
En relación a la percepción del problema por parte de la persona afectada, el 50% expresa que su falta de piezas dentarias es una barrera para conseguir distintos empleos, el 25% acusa problemas para masticar, pero solo el 19 % elige los alimentos para poder desmenuzarlos e ingerirlos bien. El 22% se cubre la boca para hablar o reír.



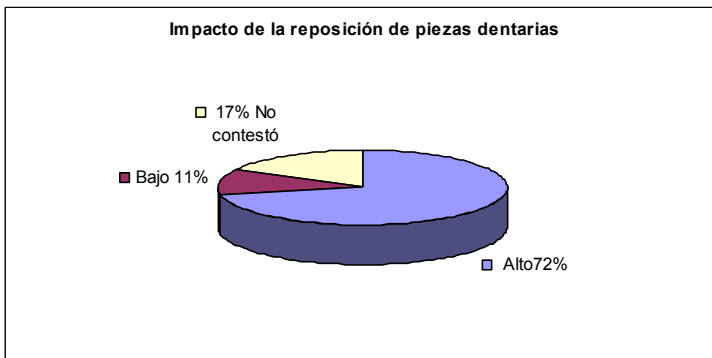
A 114 personas, correspondiente al 30% de la muestra, alguna vez alguna persona de su círculo social le dijo algo respecto a su falta de dientes y el 20% se sintió discriminación por esta carencia. Es importante resaltar que estas preguntas fueron contestadas solo por el 50% de la población encuestada.



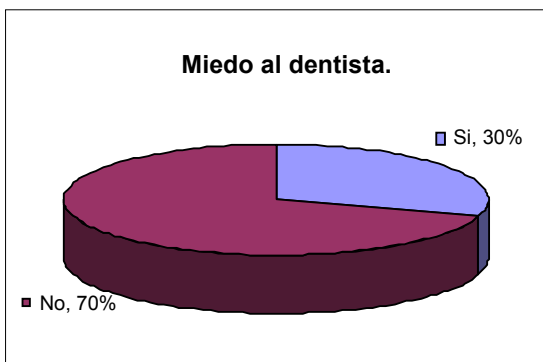
El 51% de los entrevistados notaron falta de piezas dentarias en las personas que los rodean, familia y amigos, y el 58% sostuvo que la carencia de dientes en su círculo social le importa, no le es indiferente.



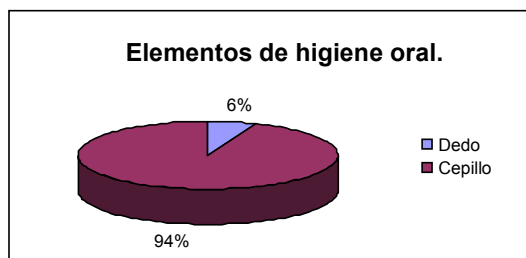
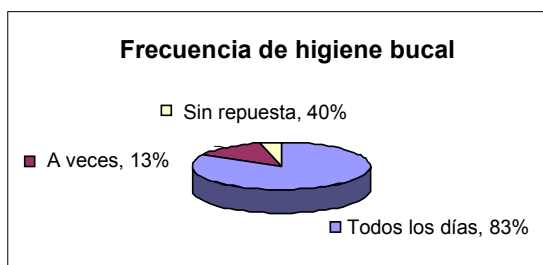
El 72% de las personas sostuvo que su vida mejoraría mucho si pudiesen reponer sus dientes perdidos, mientras que un 11% dijo que su vida mejoraría poco de resolver ese problema. El 17% no respondió a esta pregunta.



El 30% de la muestra manifestó miedo al dentista.



El 83% de los encuestados relató higienizarse todos los días y solo el 13% dijo hacerlo a veces y en relación a los elementos de higiene oral, el 94% utiliza cepillo dental mientras que el 6% se higieniza con el dedo.



Un 20 % es portador de prótesis parcial o total. Entre las personas que nunca intentaron colocarse las piezas dentales faltantes, el 14% expresó impedimentos económicos, el 24% dijo no haberlo hecho por decisión propia y el 19% por otros motivos diversos, como por ejemplo falta de tiempo.

6.2 Entrevistas realizadas y respuestas agrupadas para las observaciones y conclusiones.

1) ¿Cómo describiría la población que concurre a la atención odontológica del servicio?

Los referentes entrevistados hicieron una descripción basada en la procedencia geográfica de los pacientes y antigüedad en Tilcara.

2) ¿Existe algún común denominador entre ellos en relación al sexo, edad, perfil socioeconómico, tipo y organización de la demanda (urgencias, citas programadas)?

Tanto en urgencias como citas programadas se asignan los turnos dos veces al día, por la mañana muy temprano y al medio día para la atención por la tarde.

3) ¿Cuál es el motivo principal de consulta?

Primerio, odontalgia; segundo, caries y tercero extracciones.

4) ¿Cómo cree que la falta de dientes impacta en la población a su cargo?

Tiene alto impacto para todos los entrevistados.

5) ¿Cómo cree que la gente que lo padece percibe su problema?

Cinco respuestas: impacta mucho, alta percepción del problema por parte de quienes lo padecen (estética, autoestima, masticación, fonación, digestión.) Dos respuestas: impacta por el dolor o la dificultad para comer, no por la estética y la autoestima.

6) ¿Qué acciones se llevan a cabo en su área de responsabilidad, respecto a este tema "edentulismo"?

Prevención y promoción e información y derivación a la atención privada.

Una sola respuesta hace referencia a la posibilidad de derivación al Centro Sanitario Alvarado.

7) ¿Piensa en nuevas acciones o en alguna iniciativa que pudiera desarrollarse al respecto?

Una respuesta: más programas preventivos y mayor acompañamiento del gobierno.

Cuatro respuestas: aumentar la oferta de servicios (recurso físico y humano), endodoncia.

Una respuesta propone comenzar por la valoración del problema, como problema en términos de población y otra respuesta brindar prótesis en el Hospital.

8) ¿Cuáles son las barreras o dificultades más sobresalientes para el desarrollo de las iniciativas mencionadas?

- a. Intereses encontrados sector privado/ público para la realización de los tratamientos necesarios en el sector público.
- b. Económico del sistema de salud (para obtener los recursos físicos y humanos necesarios).
- c. Posibles barreras culturales relacionadas con el resultado del servicio ofrecido, la aceptación dependerá del éxito del tratamiento observado, del "boca en boca", (ejemplos negativos: resistencia al P.A.P. y al D.I.U.).

6.3. Observaciones e interpretación de los datos obtenidos en las entrevistas y encuestas realizadas.

Entrevistas.

A través de las entrevistas realizadas, se pone en evidencia una concepción "diferente" de la atención/prestación que se brinda en el sector público y en el sector privado, esto es, se da por entendido que por diferentes motivos, (tiempos de atención, estructura o falta de RRHH) en la atención pública determinadas prestaciones están excluidas.

Precisamente los tratamientos endodónticos (tratamientos de conducto) que permitirían preservar las piezas dentarias es uno de los tratamientos que se practica en los consultorios privados de Tilcara (todos situados muy cercanos al Hospital) pero que por los motivos mencionados, no se brindan hoy en el Hospital Salvador Mazza, ni en sus puestos de salud. Si bien el Hospital también cuenta con los recursos necesario para realizar esta prestación, se expresó en las entrevistas que la demanda hoy es muy alta ya que cuentan con un solo consultorio que trabaja mañana y tarde brindando las prestaciones ya mencionadas: caries, extracciones, limpiezas. El Hospital no cuenta con especialistas en endodoncia, si bien los tratamientos de conducto en piezas anteriores (dientes que poseen una sola raíz, anatomía menos compleja) pueden ser realizados por un odontólogo general.

Se observa la falta de valoración del edentulismo como problema comunitario y no individual, quizás en este hecho se explica por un lado, la falta de oferta de servicios de parte del sistema de salud que permita preservar las piezas y brindar el servicio de prótesis asistenciales, y por otro la falta de recurso humano especializado (endodoncia y prótesis).

Así también, quedaron en evidencia falencias en los protocolos de atención en el servicio de odontología, reflejado en una respuesta heterogénea en relación a la

derivación para la realización de los tratamientos que el Hospital no brinda. Fue de esta manera que se conoció la existencia del Centro Sanitario Alvarado. Solo un profesional del servicio de odontología del Hospital derivaba a algunos pacientes que de acuerdo a su criterio eran adecuados para la confección de prótesis gratuitas. Falta de canales eficientes de información entre los distintos niveles de organización del sistema de salud público.

Se relató la existencia de barreras administrativas en el Hospital y su área programática (falta de turnos en relación a la demanda).

Se evidencia una importante barrera económica relatada por los profesionales, ya que la oferta de servicios privados, fuera del sistema de atención pública disponibles en Tilcara (endodoncia y prótesis fija o removible) suponen un arancel que podría considerarse "gasto catastrófico" en relación al poder adquisitivo de las personas que conforman la muestra objetivo de esta investigación.

Durante las entrevistas se identificaron otros aspectos relacionados a la pérdida de piezas dentarias, descriptos a continuación.

En relación al medio/cultural.

Abuso de alcohol.

Se observa un alto porcentaje de la población que abusa de bebidas alcohólicas. El abuso del consumo de alcohol, afecta tejidos duros y blandos de la cavidad oral. Esto se debe al bajo pH de las bebidas alcohólicas. Las caries observadas son de rápida aparición y evolución. Siendo altamente irritante puede provocar cáncer en la cavidad oral.

Hábito de masticar hojas de coca con bicarbonato.

En la población estudiada, es un hábito muy frecuente durante todo el día, más observado en hombres que en mujeres.

Se forma un montículo de hojas que va acrecentándose hoja por hoja y se agrega bicarbonato para estimular una mayor secreción de la hoja de coca. Este volumen de alta alcalinidad que contacta, presiona y rosa con tejidos duros y blandos durante muchas horas, genera por su acción física, lesiones en carrillo y encías, retrayendo las mismas y favoreciendo la caries de cuello. Este tipo de caries de acuerdo a su evolución terminan con la indicación de extracción de la pieza afectada.

Violencia familiar.

En relación directa con el consumo de alcohol. Cabe destacar que en la entrevista con la Dra. Lavadenz, directora del Hospital, se expresó la preocupación por este tema y la

iniciativa/proyecto de destinar un ala hospitalaria a la contención y reubicación de víctimas de la violencia, generalmente mujeres, niños y adolescentes.

Ausencia de piezas dentarias anteriores de mujeres muy jóvenes son en algunos casos consecuencia de esta triste realidad.

En relación a los individuos.

Falta de información y concientización (clave: madre-niño).

Higiene incorrecta y tardía.

En las entrevistas a los médicos del Hospital se indagó sobre las conductas de higiene y cuidado bucal de madres hacia sus hijos, observándose que los niños comienzan a limpiarse la boca cuando pueden hacerlo solos, las madres no cuentan con la información ni el hábito de limpiar los dientes de sus niños. El hábito de higiene oral y general debe adoptarse lo más tempranamente posible, y debe ser realizado por los adultos hasta que el niño sabe hacerlo correctamente solo. Esto, que parece una obviedad, no lo es.

Por otro lado, de las encuestas se desprende que un 94% se limpia los dientes con cepillo, mientras que el 6% lo hace con el dedo. Un 83% todos los días y un 13% a veces. O sea que existe una relación consiente entre frecuencia de higiene y limpieza/salud. A pesar de los errores técnicos o del momento en que comienza a realizarse una higiene periódica correcta.

Condicionante económico.

Salvar las piezas dentarias con tratamientos de conductos y restauraciones fijas, la instalación de prótesis removibles, así como la ortodoncia son percibidas como una "imposibilidad" resultante del costo económico.

Encuestas.

Del procesamiento de las encuestas realizadas se desprenden las siguientes caracterizaciones y conclusiones:

- En la categoría perfil de atención odontológica se advierte un alto porcentaje de concurrencia al odontólogo, un 70% de la muestra durante el año en curso y un 2% que jamás se atendió con un odontólogo. A pesar de la alta concurrencia, el 30% sufre dolor dentario, el 41% acusa sangrado gingival, a un 20% de las personas encuestadas se le mueven los dientes y a un 25% se le cayó espontáneamente algún diente. Tanto el sangrado gingival, la movilidad dentaria y la caída espontánea de dientes son síntomas característicos de la enfermedad periodontal en sus diferentes

estudios. Es importante recalcar lo expuesto anteriormente en el marco teórico sobre la relación existente entre enfermedad periodontal y accidente cardio y cerebro vasculares y parto prematuro. Estos síntomas advierten sobre un factor de riesgo prevenible. El 70% del total de la muestra se sometió a exodoncias: el 67% de piezas posteriores y un 35% de piezas anteriores. Se observa que la cantidad de personas atendidas en este año es coincidente con el porcentaje de personas que se sometieron a extracciones dentarias.

- En la categoría percepción del problema edentulismo: un 25% de las personas manifestó problemas para comer y de ellas solo un 19% selecciona los alimentos para poder ingerirlos, lo que sugiere que un 80% de los mismos podría presentar trastornos digestivos de algún tipo.

- En la dimensión psicosocial/vincular: el 50% cree que la ausencia de piezas representa un obstáculo para conseguir determinados trabajos y el 22% se cubre la boca para hablar o reírse. Solo un 52% del total de la muestra accedió a responder las preguntas relacionadas a la mirada de los otros sobre su problema, de ese 52% el 30% afirmó que su entorno le dice "algo" sobre su falta de dientes y un 20% alguna vez se sintió discriminado por su aspecto.

- En relación al edentulismo en el entorno más próximo de la persona entrevistada, un 51% de la muestra advirtió falta de dientes en sus semejantes y un 58% afirmó que es una situación que le importa, le afecta y no le es indiferente. El 72% afirmó que su vida mejoraría mucho si pudiera tener dientes y el 11% que mejoraría poco. Esto conduce a pensar que el edentulismo en la población estudiada no está naturalizado ya que afecta profundamente distintos aspectos en la vida de estas personas y su entorno.

- Por último se observa que solo un 20% usa prótesis (muchas de ellas visiblemente gastadas o en mal estado), un 50% de la muestra nunca intentó colocarse prótesis por diferentes motivos, pudiendo referirnos aquí a las siguientes barreras de accesibilidad.

Las barreras de accesibilidad detectadas para la preservación de piezas dentarias o la colocación de prótesis:

1) Geográficas: no se observa barrera geográfica para la atención odontológica que se brinda en el Hospital o los CAPS del área programática ya que la distancia promedio a los tres CAPS estudiados o al Hospital es corta (1,5 Km, promedio).

Sin embargo, el Centro Sanitario Alvarado que es el único lugar dentro del sistema de salud público a donde estas personas podrían acudir para realizarse una prótesis, está

en San Salvador de Jujuy, lo cual significa tiempo (dos horas de viaje ida y vuelta, más el tiempo de espera para la atención) y dinero para el traslado (60\$ ida y vuelta). Considérese que siempre es más de un turno para la confección de las prótesis dentales.

2) *Económicas*: si bien solo un 14% de la muestra expresó directamente la imposibilidad económica de solventar una rehabilitación protética, dentro del 24% que respondió: "no, por decisión propia", hubo quienes aclararon la falta de tiempo o las distancias existentes. Esto sugiere un trasfondo económico.

3) *Miedo al dentista*: un 30% de la muestra expresó miedo al dentista. Esta barrera puede ser un fuerte obstáculo para la atención, que además se transmite en el núcleo familiar y social, como se expuso anteriormente en el marco teórico.

4) *Falencias en el modelo de atención*: no se observa en el sistema público del caso estudiado (Tilcara) la oferta de servicios para la preservación de las piezas dentarias afectadas, (endodoncia, prótesis).

Extraer una pieza dentaria que podría ser preservada mediante la endodoncia y la colocación de un elemento provisorio, podría entenderse como *amputación de posibilidades*. Posibilidad de ser restaurada en un futuro económicamente más próspero, posibilidad de conseguir mejores trabajos, posibilidad de sonreír, hablar o comer, sin sentir vergüenza, discriminación, incomodidad, etc.

Al presente, la indicación de exodoncia se remite a una situación en la que no existe ninguna otra posibilidad de tratamiento. Esto se refiere a una extrema pérdida de inserción en el hueso alveolar o bien a una extensa destrucción en su estructura dentaria.

Considerando que en el caso estudiado los dos centros de atención más concurridos (el Hospital Salvador Massa y Huacalera) cuentan con los recursos físicos necesarios para la realización de las endodoncias y con la pericia de los profesionales que en ellos trabajan, ya que los mismos manifestaron realizar este tipo de tratamiento en forma privada, es quizás una cuestión de voluntad político/sanitaria, incluir esta prestación a la oferta.

En el caso estudiado donde se observa disponibilidad de recursos físicos y humanos en un servicio público donde el número de piezas dentarias extraídas es tan alto, se trata de una "situación evitable e injusta" como explica Whitehead en el marco teórico de la investigación.

Una vez que los pacientes han perdido piezas dentarias, podrían ser derivados a la capital de la provincia, sin embargo la información necesaria para la derivación al

Centro Sanitario Alvarado, solo era conocida (hasta el momento de la investigación) por un integrante del servicio de odontología. Cabe destacar que el Hospital brinda servicio de reservas de turnos en hospitales centrales que se encuentran en San Salvador de Jujuy, por ejemplo, para quienes necesitan del servicio de neonatología, facilitando así la prestación del servicio.

En la actualidad las posibilidades para la realización de un tratamiento de conducto son afrontar el gasto de bolsillo (alrededor de \$400) o bien solicitar turno en el Hospital de Maimará, que es otro municipio dentro del departamento de Tilcara, donde a pesar de ser un hospital con prestaciones más básicas, se realizan tratamientos de conducto.

5) La falta de información y de protocolización en el servicio de odontología son barreras que aquí se observan claramente y que no necesitan de ningún recurso extra para ser sorteadas, facilitando así la posibilidad de las personas de reponer sus piezas perdidas. Es fundamental la organización de un servicio que analice y defina necesidades de su población y protocolización de tratamientos, facilitando así la labor de los profesionales y optimizando el uso de recursos físicos y humanos, con la vista puesta en la mejora de la salud bucal de la población a cargo.

6) Naturalización de lo injusto: la "peor" barrera, (si la situación expuesta puede ser entendida como una situación innecesariamente injusta, todas las barreras anteriores podrían ser sorteadas). Quizás la historia de la profesionalización de la odontología esclarece los motivos por los cuales desde sus orígenes ha estado siempre orientada a los sectores más adinerados de la sociedad, llegando al límite de considerar un "logro" restringir por ley la atención odontológica en hospitales públicos como ocurrió hace más de 80 años. Han sido efectivos y de larga duración los motivos corporativos que colocaron históricamente el acceso a la odontología en un lugar de "bien suntuario", tener dientes es aún hoy un lujo de pocos y eso es entendido así por la sociedad en general, en muchos lugares del mundo, no solo aquí en Argentina.

Es posible que la carga de enfermedades buco dentales no sea tan alta en países que han llevado a cabo políticas preventivas y educativas durante muchos años, por lo tanto se observa menos ciudadanos con necesidad de tratamientos rehabilitadores. En nuestro país, donde la carga de enfermedades orales es muy alta y se observa en todos los estratos sociales, sin desconocer claro está, la teoría gradiente social mencionado anteriormente, más pobreza, más enfermedad; se pone en evidencia la necesidad de desarrollar políticas públicas que contemplen esta realidad.

Si además consideramos que la posibilidad de preservar piezas dentales, así como de reponer las perdidas está condicionada por la capacidad de pago de las personas, llegamos a entender lo injusto de la realidad.

Aceptar pasivamente que a más de la mitad de la población le faltan piezas dentarias y que justamente ese grupo poblacional es el que no accede a reponer su falta por razones económicas es, ni más ni menos que aceptación de lo injusto.

Tilcara no es la excepción, la evidencia obtenida a partir de esta investigación pone sobre la mesa un tema hasta ahora no discutido. Teniendo en cuenta la repercusión de la salud oral en la salud general ya abordado en el marco teórico y conociendo la importancia de la función estética que las piezas dentarias claramente tienen (la ausencia de piezas dentarias es la marca de la inequidad, en el rostro de la persona que la padece), parece una obviedad que la prevención de la pérdida así como la restitución de las mismas se entienda como un derecho al que todos debieran acceder, no solo aquellas personas que se encuentran en los deciles medios y altos, en lo que a ingresos se refiere de la sociedad.

Esta situación coloca a las personas que no tienen acceso, en un lugar de aceptación de la carencia pero no desde una lugar pasivo, sino de padecimiento y malestar permanente, cada vez que se mira al espejo o que sonrío o habla, una "aceptación colectiva" de la carencia que ya se vio reflejada en sus pares o su grupo familiar: *"me duele el diente, me voy al Hospital a que me lo saquen", "no, yo no puedo pagar para tener mis dientes"*.

La equidad en salud constituye un elemento cardinal del derecho a la salud, entendida como un Derecho Humano y por ende, universal y requiere de la formulación de estrategias orientadas a garantizar la accesibilidad igualitaria y de calidad para todos los habitantes. Si bien en la Provincia de Jujuy el sistema de salud está basado en la estrategia de APS, "estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación", carece al igual que todas las provincias de nuestro país, de un servicio integral de salud oral.

7. Conclusiones finales.

En la búsqueda del cumplimiento de los objetivos cognitivos enunciados, se arribó a las siguientes conclusiones:

- La población estudiada está fuertemente afectada por el edentulismo.
- La población estudiada no ha naturalizado su condición, por el contrario, la sufre y padece sus consecuencias psico-sociales como la discriminación y baja autoestima así como sus ya estudiadas repercusiones biológicas.
- La respuesta sanitaria es parcial e insuficiente.
- Se observa la necesidad de programas que se planifiquen basados en la evidencia científica, así como la evaluación y reformulación de los programas vigentes.
- La falta de piezas dentales no es valorada por el sistema de salud como problema comunitario y mucho menos son dimensionadas sus consecuencias en las perspectivas de desarrollo y crecimiento individual de las personas que padecen esta condición.
- Han sido identificadas diferentes barreras para la preservación de dientes dañados en forma reversible así como la reposición de piezas dentarias perdidas que evidencian ausencia de equidad en salud.
- Se observa que la falta de iniciativa de parte de la sociedad y de la comunidad sanitaria, guarda estrecha relación con la naturalización de la falta de dientes en poblaciones vulnerables. Esto significa que el corto alcance de las prestaciones brindadas parecieran responder no a motivos racionales, sino al preconceito de prestadores y decisores en salud sobre la carencia injusta, aquí expuesta.

Esta última conclusión es también una hipótesis; su ratificación cerraría el círculo de inequidad, operaría como agravante de la condición que padece la población afectada y como determinante en la vigente planificación de la provisión de servicios.

8. RECOMENDACIONES.

Un camino hacia la desnaturalización del edentulismo.

Considerando que el presente estudio representa una muestra representativa de un universo mayor, se recomiendan las siguientes acciones:

- 1)** Reconocer el impacto del edentulismo en la esfera psicosocial y biológica de la población afectada.
- 2)** Indagar acerca del impacto del edentulismo medido en años de vida relacionados con la calidad de los mismos) HRQL
- 3)** Incorporar el edentulismo en la planificación y la agenda sanitaria.
- 4)** Establecer el alcance de la cobertura en salud oral, incorporando la opinión de la comunidad afectada.
- 5)** Capacitar a los odontólogos a cargo de los centros de atención primaria de la salud en las especialidades necesarias para evitar la conducta extraccionista de piezas dentarias (endodoncia y prótesis).
- 6)** Evaluar el potencial impacto financiero que tendría la ampliación de prestaciones odontológicas.
- 7)** Evaluar el costo/beneficio de la conducta extraccionista en relación a la preservación de piezas dentarias y su rehabilitación.
- 8)** Desarrollar los estudios de costo/beneficio necesarios para establecer acciones sustentables desde la óptica financiera y la óptica sanitaria.
- 9)** Establecer el costo de oportunidad de los recursos requeridos para el financiamiento de las prestaciones necesarias.
- 10)** Fomentar la participación y el compromiso de actores involucrados en esta problemática: facultades de odontología, asociaciones odontológicas, instituciones formadoras de mecánicos dentales, la industria de materiales dentales para la planificación de acciones tendientes a alcanzar la equidad en salud oral.
- 11)** Proporcionar la información correspondiente a los ciudadanos, facilitando así la conducta preventiva y preservadora de piezas dentales.
- 12)** Fomentar la participación ciudadana en la eventual planificación de programas o políticas sanitarias para disminuir así la brecha existente entre necesidad, demanda y oferta de servicios odontológicos.
- 13)** Investigar posibles fuentes de financiamiento para la ampliación de la oferta hoy existente.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- 1)** Krall E, Hayes C, Garcia R (1998), How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 129:1261–1269.
- 2)** Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. (2001), The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J. Dent Res* 80:408–413.
- 3)** Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW (1996), The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 127:459–467.
- 4)** Hamada 2001, Hamada MO, Garrett NR, Roumanas ED, Kapur KK, Freymiller E, Han T, et al. (2001), A randomized clinical trial comparing the efficacy of mandibular implant-supported overdentures and conventional dentures in diabetic patients. Part IV: Comparisons of dietary intake. *J Prosthet Dent* 85:53–60.
- 5)** Haraldson T.U.Karlsson, Carlsson GE, “Valoración de eficacia masticatoria y prótesis dentaria”, *J. Oral Rehabilitation* 1979 Jan; 6(1), 41-8.
- 6)** Isasti, g y cols, (2009) “Inflamación y cardiopatía isquémica”, cap. 4 del libro “Patología periodontal y cardiovascular, su interrelación e implicancias para la salud”.
- 7)** Feres, Magda Fonte, “Desde la infección focal hasta la medicina periodontal/From focal infection to periodontal medicine”. *Rev. Fundación Juan José Carraro*; 15 (32): 41-46, sep-oct 2010, tab.
- 8)** Louis J. Muglia, M.D, Ph.D, and Michael Katz, Article “The Enigma of Spontaneous Preterm Birt” *M.D.N Engl J. Med* 2010; 362:529-535, February 11, 2010.
- 9)** Uppal A, Uppal S, Pinto A, Dutta M, Shrivatsa S, Dandolu V, Mupparapu M.*J Am Dent Assoc*. “The effectiveness of periodontal disease treatment during pregnancy in reducing the risk of experiencing preterm birth and low birth weight: a meta-analysis”. Source New Jersey Dental School, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Newark, NJ 07101, USA. 2010 Dec 141(12):1423-34.
- 10)** La Organización Mundial de la Salud, en el documento “Política de salud oral del municipio de Ibagué, Secretaría de Salud Municipal, Colombia, año 2009”.
- 11)** Bordoni-Escobar-Rojas-Castillo Mercado. “Odontología pediátrica, la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual”, primera edición, Buenos Aires: Panamericana, 2010.
- 12)** Definiciones enfermedad y discapacidad Organización Mundial para la Salud, web.
- 13)** Bourdieu, Pierre 1988, *La distinción. Crítica social del gusto*. Taurus. Madrid, Pag. 477.

- 14)** Román Reyes. HÁBITUS. (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México 2009.
- 15)** Bourdieu, Pierre, 1972, *Esquisse d'une theorie de la pratique*. Droz. Genève, Paris.
- 16)** Guerra Manzo, Enrique, (2010). Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elías: los conceptos de campo social y habitus. *Estudios Sociológicos*, XXVIII Mayo-Agosto, 383-409.
- 17)** Klingberg, G; Raadal, M; Arnrup K, "Miedo dental y problemas en el manejo de la conducta, capítulo 4 del libro "Odontopediatría: abordaje clínico" de Koch, Goran, Poulsen Sven.
- 18)** Sen, Amartya, Bernardo Kliksberg, Ed. Deusto Año 2007 Libro "Primero la gente".
- 19)** Sen, Amartya. *Rev. Panam. Salud. Pública* 11(5/6), 2002 "Por qué la equidad en salud".
- 20)** Whitehead, M y Dahlgren G, publicado en inglés por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 2006 con el título: *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*, Parte 1.
- 21)** Ferrer, M. *Equidad y Justicia en salud, Implicaciones para la bioética*, *Acta Bioethica* 2003; a.o IX, Nº 1.
- 22)** Lolas F, "El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública" (*) *Rev. Española de Salud Pública* 2001; 75: 187-192.
- 23)** Pullinger, A, Seligman, D, Gorbein, "A multiple logistic regression analysis of the risk and relative odds of Temporomandibular Joint as a function of common occlusal features", *J.J Dent Res* 1993; 72:968-979.
- 24)** Costen JB, "Síndrome of ear and sinus symptoms dependente upon disturbed functions of the temporomandibular joint", *Ann Otol Rhinol laryngol*, 1934; 43:1.
- 25)** Heinen Cortés, María Martha, "Impacto de la disfunción temporo mandibular sobre la dieta del paciente", *Rev. Del Centro de Invs. (Méx.)*, Vol. 8 Nº 31 Ene-Jun, 2008.
- 26)** Marta V. Schapira "La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada". *História, Ciências, Saúde* . Manguinhos, vol. 10(3): 955-77, set.-dez. 2003.

10. Anexos.

10.1. Descripción de la encuesta realizada a la población estudiada.

Edad:		
Género:	F	M
Trabaja:	SI	NO
¿Tiene Obra Social?	SI	NO
¿Tiene algún plan social (Asignación por hijo, Plan Jefes/as de hogar)?	SI	NO
¿Tiene hijos? ¿Cuántos?	SI	NO
¿Tiene agua potable? ¿Canilla?	SI	NO
¿Tiene baño con inodoro?	SI	NO
¿Cuántas habitaciones para dormir tiene en su casa?		
¿Cuántas personas viven en la casa?		
Distancia al CAPS (en cuadras):		
Años de escolaridad (desde 1 grado, incluir secundario si corresponde):		
ANTECIÓN ODONTOLÓGICA		
¿Se atendió alguna vez con un odontólogo?	SI	NUNCA
¿En los últimos 12 meses?	SI	NO
¿Entre uno y dos años atrás?	SI	NO
Hace más de dos años.	SI	NO
¿Le duelen los dientes?	SI	NO
¿Siente que tiene mal aliento?	SI	NO
¿Siente que sus dientes se le mueven?	SI	NO
¿Le sangran las encías?	SI	NO
¿Le sacaron algún diente?	SI	NO
¿Se le cayó algún diente de grande?	SI	NO
¿Le falta algún diente de adelante?	SI	NO
¿Le falta algún diente o muelas de atrás?	SI	NO
¿Tiene problemas para masticar?	SI	NO
¿Elige que comer para poder tragar los alimentos?	SI	NO
¿Le tiene miedo al dentista?	SI	NO
¿Cree que le trae problemas la falta de dientes?	SI	NO
¿Para conseguir trabajo?	SI	NO
¿Se tapa la boca para hablar o para reírse?	SI	NO
¿A las personas que viven con usted les faltan dientes?	SI	NO
¿A usted le importa que le falten dientes?	SI	NO
¿Las personas cercas a usted le dicen algo de la falta de dientes?	SI	NO
¿Alguna vez se sintió discriminado por eso?	SI	NO
¿Cree que mejoraría su vida si tuviera sus dientes?	MUCHO	POCO
HIGIENE		
¿Con qué se lava los dientes? ¿Con el dedo? ¿Con cepillo?		
¿Con qué frecuencia? ¿Todos los días?	SI	NO
¿Tiene dientes postizos?	SI	NO
¿Trato de ponerse los dientes que le faltan?	SI	NO
Si las respuesta es "no", explique el porqué:		

10.2. Desgrabación de entrevistas Tilcara, realizadas en febrero y junio del año 2013.

Nombre y cargo: Dra. Mónica Maurín, Odontóloga del puesto de salud de Huacalera.

- ¿Cómo describiría la población que concurre a la atención odontológica?

En su mayoría niños. Se hacen talleres para catar a las mamás jóvenes.

- ¿Existe algún común denominador entre ellos?

Más demandas de urgencias que visitas programadas, aunque se habla con la gente y se empieza a programar.

- ¿Cuál es el motivo principal de consulta?

Dolor, segundo caries y tercero extracción. Le explicamos de la posibilidad de un tratamiento de conducto pero si no pueden pagar van a extracción.

- ¿Cómo cree que la falta de dientes impacta en la población a su cargo?

En fonética, los chicos la pasan mal en la escuela, niños con apariencia de ancianos. El gerente de muchos años desdentado o con una prótesis muy vieja y desgastada. Los adultos jóvenes, sobre todo con las mujeres trato de salvárselas, ellas se tapan la boca cuando hablan, se sacan el resto para hacerse las prótesis y que quede parejo. Ya en los adultos es más difícil pero con niños y adolescentes es posible prevenir.

- ¿Qué acciones se llevan a cabo en su área?

Prevención e información, derivación a tc, etc. Lo que se puede hacer son las campañas de prevención. Se pensó en hacer prótesis en personas que realmente necesitan, es necesario buscar los fondos.

- ¿Lo económico?

Acá colaboran, y tenemos todo, pero cuando hablamos de valores más altos ellos creen que como es público es gratis, y el mecánico dental es otro tema, no hacer una prótesis económica que después no le sirve.

Nombre y cargo: Dra. Ximena Salas Pérez, Médico generalista.

- ¿Cómo describiría la población que concurre a la atención odontológica?

Es una atención mixta, niños, adultos, y ancianos. Generalmente el nivel de educación: sin terminar la primaria. Citas programadas muy temprano para la mañana y al mediodía para la tarde.

- ¿Existe algún común denominador entre ellos?

En los adultos mayores el cuidado de la boca no es muy buena. Vemos caries en niños pequeños, no han incorporado hábito higiénico. Las madres no les lavan los dientes a

sus hijos, esperan a que el niño lo haga solo. Se suele ver muchos flemones en niños y en adultos. Los medicamos para prevenir el flemón y pasado el dolor no vuelven. El coqueo, hombres y mujeres, con bicarbonato, desgasta mucho las piezas dentarias. No creo que lo perciban como un problema al edentulismo. En las embarazadas hacemos hincapié, para que no coqueen. En las giras médicas veo que necesitan inmediatez para solucionar el dolor, no les interesa un tratamiento prolongado.

- ¿Cuáles son las barreras detectadas para el desarrollo de las iniciativas?

Falta de educación, falta de accesibilidad geográfica y económica. Hay odontólogos que viven acá y tienen consultorio privado, no se ve interés de parte de ellos en hacer tratamientos prolongados en estas personas en la atención pública. Cuando hay que hacer un tratamiento de conducto para salvar la pieza va derecho a extracción. En el caso de algunos niños, dependiendo del nivel de comprensión de la madre, reúnen el dinero para realizarse el tratamiento de conducto. Los pacientes quieren soluciones radicales, cuando falla el tratamiento de conducto y hacen un flemón es peor aún, prefieren extraerse las piezas. La gente del valle, bajan hacen sus trámites y se van al cerro, piden soluciones rápidas. Hay menos números por día para el odontólogo, porque las consultas son más prolongadas, otra barrera de accesibilidad administrativa, horaria.

Nombre y cargo: Miguel Ángel Caguara, Odontólogo del Hospital Salvador Massa de la ciudad de Tilcara, área programática 18.

- ¿Cómo describiría la población que concurre a la atención odontológica?

La describiría en dos partes. En general si o si requiere atención odontológica, tenemos que tener en cuenta que casi un 98% de la población mundial presenta la enfermedad más común, que es la caries, no está exenta Tilcara. Entonces si o si concurren la gente se ha preocupado últimamente. La población urbana, tanto en Tilcara como Huacalera, Colonia San José, Juella, La Banda, la concurrencia es continua, acá no damos abasto con la demanda, es constante la preocupación, hacemos talleres de prevención y promoción de la salud bucal y ellos concurren, hacemos hincapié en los niños, ellos son los mejores traductores de esta información o de los mensajes de prevención hacia los padres, una cosa acarrea a la otra.

- ¿Qué acciones se llevan a cabo en su área?

Con respecto al área rural, lamentablemente Tilcara tiene puestos de salud muy alejados, donde hay que caminar de 10 a 12 horas. Tenemos que llevar los materiales, a veces nos vemos favorecidos porque podemos llevar animales de carga pero a veces

lo tenemos que llevar nosotros en nuestras espaldas con mochilas. Se llega el área rural: Alonso, Chala del Monte Carmelo, El durazno, Modulo, San bernardo, 106 Km. 16, 18hs. Se arma un equipo de salud donde el odontólogo es una pieza fundamental, vamos a atender conjuntamente con el médico, se arma un equipo interdisciplinario completo donde atendemos toda la problemática. Yacu pampa, Abra pampa y San Bernardo, son caminos de herradura y de difícil accesibilidad.

- ¿Existe algún común denominador entre ellos?

No, realmente las citas son programadas, los colegas odontólogos que trabajan en el hospital concientizamos a la gente, le hablamos bien con decirte que le pedimos que vengan muñidos de cepillo dental "algo nunca visto" le hacemos los arreglos y los motivamos para que también la próxima vez vengan y les pedimos que se hagan un control y vamos viendo cómo se cepillan. En el área rural están los afiches hechos hace años en el hop.

- ¿Cuál es el motivo principal de consulta?

No, generalmente es... si, primero es principalmente el dolor. Nosotros realizamos los tratamientos de operatoria dental, hacemos los arreglos permanentes. Nosotros realizamos arreglos con la última tecnología y tenemos materiales de última generación y de alta calidad.

- ¿En cuanto a los flemones?

Sí, vienen muchos con flemones sobre todo en el área rural. De allí donde es muy difícil llegar en donde el odontólogo es una pieza vital para la atención de salud de los puestos. Cuando hacemos las reuniones con la comunidad piden por favor de que vuelvan los odontólogos, bueno nosotros tratamos de programar, tenemos que tener la actividad escolar, tener en cuenta las lluvias y la heladas, estamos condicionados, se hielan los caminos. De abril a octubre tenemos que cubrir toda el área programática.

- ¿Cómo cree que la falta de dientes impacta en esa población?

Impacta mucho porque, a los jóvenes especialmente, vemos en el área rural e igual al área de la ciudad el factor estético prevalece. Les hablamos, no solo de lo funcional, sino de la importancia estética y los orientamos si no podemos hacerle nosotros el tratamiento.

- ¿A dónde los envían?

Nosotros generalmente tenemos el servicio del ministerio de salud de Jujuy está el centro de salud bucal de Dr. Carlos Alberto Alvarado. Nosotros hablamos con el colega responsable de la prótesis y se la hacen totalmente gratuita pero con el compromiso

de que la boca esté en condiciones, eso es lo que le piden tanto para prótesis como para ortodoncia.

- ¿Piensa en nuevas acciones que pudieran resolver el problema del edentulismo?

Y, nosotros tenemos pensado poner, a la brevedad posible, un consultorio de endodoncia pura, es mucha la demanda de endodoncia y a veces por la imposibilidad del paciente de poder pagar en un consultorio privado, ¿qué hace? No le queda otra que extraer la pieza. Por eso pensamos con la dirección inaugurar....

- Claro, endodoncia ¿para evitar extraer y en una próxima etapa haría falta la colocación de pieza?

Sí, claro, mientras tanto podríamos contactarnos para que el responsable de prótesis de Jujuy haga allá la prótesis.

- ¿Y cuáles cree usted que serían las barreras principales para que se haga eso acá?

(Risas....). Una la cuestión económica, a veces el Hospital se maneja con presupuestos muy bajos, no dan los números necesarios para construir otro consultorio para prótesis, también tendríamos que tener otro colega que se dedique a hacer p...

- ¿Más que otro consultorio necesitaría otro colega, porque el mismo consultorio podría usarse para prótesis?

Acá, Dra, en la última tabulación, a fines del 2012, se atienden entre 8000 y 9000 personas y nosotros somos 4, yo cumplo 40 horas semanales los otros 30, a veces nos podemos abordar todo. Básicamente la barrera es económica. A veces no nos alcanza para comprar todo los materiales, tenemos cinco consultorios (hospital más los puestos con consultorio odontológico) completamente equipados, material, instrumental, la población sabe y colabora porque sabe del trabajo, del gasto de odontología, hemos comprado un equipo odontológico móvil con la colaboración de la gente, con esa colaboración la hacemos en obras. En la localidad de La Banda estamos haciendo uno nuevo, solo faltan detalles.

Nombre y cargo: Lic. Ramón Lascano, Psicólogo, Jefe de APS del Hospital Salvador Mazza.

- ¿Cómo describiría la población que concurre a la atención odontológica?

La gente que accede es local, suele ser gente que vive de manera permanente en toda el área programática y a la vez la atención de guardia por alguna situación especial, movimiento turístico. No es una población homogénea, tenés la gente de Tilcara con

sus características, la gente de los cerros o valles y la gente de la zona agrícola, ruta 9, yendo a Humahuaca.

- *¿Existe algún común denominador entre ellos?*

En Tilcara tenés dos situaciones diferentes: los históricos de Tilcara, tienen una manera urbana de vivir y gente que vino de afuera y vive permanentemente acá pero no es de acá, mucho contacto, mucha información y después tenés otro tipo de gente que se ha venido, hay gente que vino de la Puna, de Salta o la Quebrada. El tipo de demanda es diferente, o sea la demanda de quien vive acá tiene información diferente, contactos por relación de vecindad y de vida cotidiana y la gente que viene del campo se va urbanizando pero aún tenés que interpretar la demanda o por la manera de expresarse. Si no se entiende lo que le pasa pueden cometerse errores serios. Viven más precariamente que el resto. No dejaron de tener contacto con su lugar de origen. En la zona de la Ruta 9 hay migraciones. Inmigrantes bolivianos que básicamente están en quintas, concurren menos, difícil comunicación y son errantes, van cambiando. En la estrategia de APS está toda la población identificada.

- *¿Cómo impacta edentulismo?*

No lo sé, lo que si te digo es que cuando se habla de los problemas sanitarios el problema buco dental es un problema serio. Debería ser un tema prioritario por las implicancias que tiene, nos pasó con un hijo de un agente sanitario, un prolongado dolor de cabeza, creían que era cerebral y cuando estaban pensando en abrir la cabeza del niño alguien pensó que quizás era dentario. Un médico le hizo abrir la boca y lo detectó. Así, en niños de 3, 4, o 5 años con problemas serios odontológicos. Cuando hacemos p.r.o.s.a.n.e, la mayor cantidad de derivaciones son por problemas odontológicos. Creo que no hay conciencia porque está naturalizado, la foto viejito sin dientes en el campo resulta simpática.

- *¿Cómo cree que la gente que lo padece percibe su problema?*

Yo creo que hay un tema que tiene que ver con dolor y molestia, con no poder comer que los lleva a consultar, no la estética y la autoestima. También creo yo, sin conocer mucho, que hay una práctica de falta de tratamientos odontológicos y de fácil extracción dentaria y no tratamientos que se ocupen de preservar la pieza.

- *¿Iniciativas al respecto?*

Esto no está planteado como problema, por eso no se han hecho cosas al respecto, no se valoró como problema de la población. Desconozco porqué acá no se hacen tratamientos de conductos, ha mejorado mucho la infraestructura de los puestos y el

Hospital y no está visto como problema. No está visto como un problema a abordar en términos de población.

- ¿Piensa en nuevas acciones que pudieran resolver el problema del edentulismo?

Yo creo que la gente vendría a "ponerse los dientes" si hay una respuesta positiva (ejemplo de no aceptación de los tratamientos propuestos, del D.I.U. cuando aparecen problemas o la resistencia del p.a.p. porque creen que les "despierta el cáncer"). Si el trabajo con las prótesis no les trae problemas, lo van a aceptar. Ahora hay que ver: ¿quién haría ese trabajo? Ahí empezarán a correr intereses privados, hay gente que trabaja en lo público y en lo privado acá en Tilcara y brindan distintas prestaciones en un lugar y en otro. Hay otros que yo veo que no entrarían en eso. Yo creo que en el sistema público debería haber esa prestación, no debería ser privado, al igual que la ortodoncia, ya que no es un problema estético sino que tiene que ver con la manera de alimentarse, es una deformación, etc.

Nombre y cargo: Dra. Carmen Lavadenz, Directora del Hospital Salvador Mazza de Tilcara.

- ¿Cómo afecta el edentulismo?

La falta de dientes afecta, las personas no han tenido una educación en salud bucal y se ven las consecuencias. Esto se ve en las patologías digestivas importantes, es una digestión sumamente alterada comen en trozos, carnes, los choclos.

- ¿Cómo lo perciben ellos?

Se sienten mal, sobre todo las mujeres, se aíslan, no quieren hablar, se sienten mal, se tapan con la mano o andan con un pañuelo en la mano. Acá coquea más el varón

- Además de las notorias acciones preventivas, ¿qué otras acciones se llevan a cabo relacionada con reponer piezas?

Antes se hacían solo extracciones y con compromiso de los profesionales y con la insistencia de que haya una odontología reparadora, es que hemos mejorado la odontología. Llegan a la guardia con flemones, hasta muertes flemón dental derivado a Jujuy sin posibilidades de salvar a la persona. Hoy usamos aparatos de rayos, luz halógena, y se está viendo la posibilidad de gestionar un cargo para que haya endodoncia. No sabemos quién lo atiende fuera del hospital y se hacen desastres en endodoncia. Cubrir Humahuaca, Unquía y Purmamarca sería lindo que se brinde esta especialidad para no perder las piezas.

- ¿Cuáles son las barreras para brindar los servicios faltantes hoy?

Son económicas, culturales no, porque si el hospital lo brinda la gente viene, si yo pongo un oculista seguramente la gente va a concurrir y si les decimos que vamos a poner prótesis... Colocar un mecánico dental, un profesional para hacer prótesis porque la gente va a venir al hospital.

- ¿Hay resistencia de los colegas que llevan a cabo práctica privada acá en Tilcara?

A mí no me interesa, me interesa brindarle a la gente, esa es la función del hospital. Hemos traído cardiólogos, se salvaron vidas, se pusieron marcapasos.

Nombre y cargo: Víctor Torres, Agente Sanitario, antes en El Durazno y Alonso y luego en Juella.

- ¿Qué acciones se llevaron a cabo?

Se realizaron trabajos comunitarios en el puesto de salud para mejorar la atención de las personas (ocho sobre todo en infraestructura). Trabajamos de acuerdo a las necesidades de las personas de Juella. Colabora también el centro Vecinal. Estamos haciendo un consultorio de enfermería.

- ¿Cuál es la percepción del problema desde las personas?

Sí, mucha gente tiene serios problemas, pero es muy caro y la gente no accede. Hay familias que podrían aportar y otras que no, el agente sanitario sabe. Si se brindara el servicio, habría que explicarles a las personas y creo que sería un éxito.

- ¿Cómo les afecta?

En los jóvenes el problema es peor, a la gente joven si le interesa.

Nombre y cargo: Dra. Estela Severich, Jefa del servicio de odontología del Hospital Salvador Mazza.

- ¿Cómo describiría la población que concurre a la atención odontológica?

La población que vive en Tilcara es gente que viene del cerro, de los puestos de salud, en la época de turismo tenemos muchos pacientes de afuera sobre todo enero, febrero. Distintos niveles sociales.

- ¿Existe algún común denominador entre ellos?

Son citas programadas, en los últimos años, más asistencia de niños, tenemos consultorios escolares, y en los puestos de salud. Huacalera es uno de los puestos que tiene odontóloga todos los días. Descentraliza la demanda del hospital. Huacalera (1500 habitantes.) Médico, asistente social, psicóloga. Los niños y los padres están cambiando de idea, los niños vienen sin traumas anteriores, el grande es más

resistente y viene más por urgencias. Se exige el cepillo a todos. Tenemos muchos problemas gingivales y periodontales, es por esto que se pide el cepillo. Se cepillan a veces, yo les pregunto cuántas veces come. Se indica cuatro veces al día. Nuestro fuerte es la prevención. Me tomo 5 o 10 minutos para explicar, tenemos urgencias e internaciones en niños también.

- ¿Se internan muchos chicos con flemón?

Ahora tenemos menos, los adultos se internan más. No sé porque hicieron un temor de la odontología, tenemos que revertir esto. Los pacientes a veces no saben que se puede salvar y se sacan los dientes, trato que los otros odontólogos charlen con los pacientes.

- ¿Cómo impacta la falta de dientes en esta población?

Impacta bastante. Acá conductos no se hacen, ya le contaré porqué, se le informa al paciente que a nivel particular o por obra social se lo puede salvar. Se presentó la idea de pedir el pago por parte de las obras sociales, el trámite es engorroso, se tomaron los datos de los pacientes y nunca se cobró nada. Eso sería bueno hablarlo con la directora. El instituto de seguros es el más grande acá pero no se recupera nada. Si funciona este mecanismo con PAMI.

- ¿Cree que problemas laborales, la autoestima?

También con el trabajo, lo primero que quieren es mejorar adelante (sector anterior). El odontólogo ve la boca y la cara, granos, boqueras, etc. hay que estar atento a todo. La costumbre de coquear es un problema, vos sabes dónde ponen el "acusa" donde ves una hilera de caries. Inmediatamente al ver la boca sabes de que lado, cocea, también se observan manchas tipo geográficas gris y rosa en el carrillo.

- ¿En caso de orientar a un paciente sin capacidad de pago para la colocación de prótesis a dónde lo envía?

En el hospital no hacemos prótesis. El instituto de seguros cubre prótesis, a largo plazo, pero cubre.

- ¿El centro Sanitario Alvarado?

No lo conozco.

PAUSA

- ¿Qué acciones propondría para solucionar el edentulismo?

Programas preventivos masivos, más acompañamiento del gobierno, más recurso humano y recursos físicos. En el hospital se atiende mañana y tarde y también en el consultorio escolar.

- ¿Cuáles son las barreras para brindar los servicios faltantes hoy?

Me encantaría tener un endodoncista pero primero necesito un asistente y otro consultorio. Los odontólogos de acá podrían hacer tratamientos de conducto en piezas unirradiculares, pero no en piezas multirradiculares. Necesito también recurso físico, ahora hay una demanda baja, 8 o 10 pacientes por turno, en demanda alta son 20 por turno, enero, diciembre. La barrera para mejorar sería el recurso humano y físico.

-¿Cree que sería factible colocar prótesis acá?

Sí, es factible, la gente colabora mucho, antes solo se hacían exodoncias y hoy se hacen lámparas (resinas compuestas, foto curadas con luz halógena), es un material estético. Vamos evolucionando, estoy hace 31 años acá, la pared estaba rota y se veía el adobe. Se cambiaron los pisos, ¿porque no evolucionaríamos a una prótesis? Se estimula a que los pacientes no se extraigan.

Centro Sanitario Carlos Alvarado. Hospital sin internación, dependiente de la dirección de hospitales del Ministerio de Salud del Gobierno de la provincia de Jujuy.

Nombre y Cargo: Dr. Raúl Pascual Cabido, Jefe área prótesis, ortodoncia y puestos de salud de la capital (San Salvador de Jujuy).

- ¿Qué acciones se llevan a cabo en su área de responsabilidad?

Se realizan las siguientes prestaciones: cirugía, ortodoncia, prótesis removible completas y parciales de acrílico. La endodoncia y la operatoria (arreglo de caries), no se realizan como especialidad sino como atención diaria de consultorio. No se hacen prótesis fijas (pernos y coronas) por falta de tiempo para atender (horarios de 7 a 13 hs).

- ¿Existe algún común denominador?

Tenemos pacientes desde los 15 años en adelante con prótesis parcial removibles y completas completamente gratuito. No existe el bono.

- ¿Qué acciones se llevan a cabo en su área de responsabilidad?

El centro tiene tres actividades centrales: emisión carnet sanitarios (finalidad laboral), programas preventivos relacionados con maternidad e infancia y Centro odontológico. Atención diaria de todos los consultorios. Más urgencias: 85 personas diarias. En prótesis, se atienden 15 personas diarias

- ¿Cuántas sesiones?

Primero prevención, prótesis de dos sesiones, si son completas: 4 o 5 sesiones. Un 10% es gente del interior, el viaje de los departamentos: \$30 de remis, colectivo \$50 entre ida y vta. Turnos previos y programados

- ¿Aporte para el futuro?

Ideal sería el cambio de mentalidad de la gente. No sirven consultorios nuevos si no cambia la mentalidad de la gente.

- ¿Qué peso tienen los hábitos alimentarios?

Acá los dientes, genéticamente, son muy pobres

- ¿Cuál es el criterio de selección del paciente potencial receptor de prótesis?

Tener la boca libre de infecciones. Lo fundamental es la prevención, tiene que ver con el estado bucal del paciente.

10.3. Odontología dentro del PMO.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión. El Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención sino, y fundamentalmente, como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto, reforzar los programas de prevención.

Entre sus objetivos están:

- Brindar una cobertura integral, es decir, un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud.
- Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud la recuperación de la misma y la rehabilitación.

Los Agentes del Seguro de Salud, deberán adaptar los programas de prevención a sus características sociodemográficas particulares, además de los otros planes que consideren procedentes por las características del agente.

Odontología: se asegura la cobertura por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las siguientes prácticas:

- Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento e incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha odontológica.
- Consulta de urgencia. Se considera a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética.
- Obturación de amalgama. Cavity simple, compuesta o compleja.
- Obturación con tornillo en conducto. Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental cuando la destrucción coronaria sea mayor que los dos tercios de la distancia intercuspídea. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas. Será reconocida una única vez por pieza tratada.
- Obturación resina auto curado. Cavity simple, compuesta o compleja.
- Obturación resina fotocurado, sector anterior. Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares.
- Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores.
- Tratamiento endodóntico en unirradiculares y en multirradiculares.
- Biopulpectomía parcial.
- Necropulpectomía parcial o momificación. En piezas que por causa técnica no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional.
- Tartrectomía y cepillado mecánico. Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 años se cubrirá una vez por año.
- Consulta preventiva. Terapias fluoradas. Incluye tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios.

- Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.
- Selladores de surcos, fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 15 años en premolares y molares permanentes.
- Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanentes.
- Consultas de motivación. Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.
- Mantenedor de espacio. Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.
- Reducción de luxación con inmovilización dentaria.
- Tratamientos en dientes temporarios con formocresol. Cuando el diente tratado no esté próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.
- Corona de acero provisoria por destrucción coronaria. Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad.
- Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.
- Protección pulpar directa.
- Consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico.
- Tratamiento de gingivitis. Comprende tartrectomía, raspaje y alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.
- Tratamiento de enfermedad periodontal. Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.
- Desgaste selectivo o armonización aclusal.
- Radiografía periapical. Técnica de cono corto o largo. Radiografía Bte-Wing.
- Radiografía oclusal.
- Radiografías dentales media seriada: de 5 a 7 películas.
- Radiografías dentales seriadas: de 8 a 14 películas.
- Pantomografía o radiografía panorámica.
- Estudio cefalométrico.

- Extracción dentaria.
- Plástica de comunicación buco-sinusal.
- Biopsia por punción o aspiración o escisión.
- Alveolectomía estabilizadora.
- Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización.
- Incisión y drenaje de abscesos.
- Extracción dentaria en retención mucosa.
- Extracción de dientes con retención ósea.
- Germectomía.
- Liberación de dientes retenidos.
- Tratamiento de la osteomielitis.
- Extracción de cuerpo extraño.
- Alveolectomía correctiva.
- Frenectomía.

Agradecimientos:

Gracias a todos aquellos que hicieron posible esta investigación, a quienes trabajaron en ella, a quienes me acompañaron con amor e impulsaron con entusiasmo este proyecto.

A Mario Glanc, Patricia Steren y Marcelo Bellone; a mis amigos y compañeros Paula Russo, María Gómez Marquisio, Elsa Gervasio, Susana Rivas, Cristian Walberg; a todos los trabajadores del Hospital Salvador Mazza de Tilcara, provincia de Jujuy; a Nadia Tojeiro, Estela Santilli, Máximo Chehin; a Gaby Guidetti; a mi familia; a mis pacientes y colegas.