

MEMORIAS

2do CONGRESO ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

2do CONGRESO ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

15 al 17
mayo 2014

Asociación Odontológica
Uruguaya



7as Jornadas



ORGANIZA

Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria
Asociación Odontológica Uruguaya



CO-ORGANIZA

Programa APEX - UdelAR

Asociación Odontológica Uruguaya / Dumars 837 / Montevideo - Uruguay / Tel.: (598) 2600 1532 / contacto@aoa.org.uy / www.aoa.org.uy



MEMORIAS DEL SEGUNDO CONGRESO DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA

Montevideo AOU - 15 al 17 de mayo

Uruguay – 2014

Agradecimientos:

Al personal del Programa APEX – Universidad de la República

Al personal de la Asociación Odontológica Uruguaya

A todo el equipo de trabajo, vecinos y promotores de salud

*Y a la Comisión Sectorial de Enseñanza a través de
la Unidad Central de Educación Permanente por su
colaboración para financiación de esta publicación*

Memorias del
SEGUNDO CONGRESO DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA

Montevideo AOU - 15 al 17 de mayo

Uruguay – 2014

Compiladores: María Teresa Almaraz, Bettina Demarías, Cristina Fernández, Beatriz Ferreira, Teresa Conlazo Bet, Gerardo Gamou, Susana Rudolf, Carlos Torrado, Federico Valdés y Nicolás Brum.

Haiti 1606. Código postal 12800.
Montevideo, Uruguay.
Correo: info@apex.edu.uy

Web: www.apex.edu.uy

Diseño: Federico Valdés
Unidad de Comunicación

ISBN: 978-9974-0-1312-4

Se autoriza la reproducción de esta obra citando la fuente.

Montevideo, 2015.

Prólogo

La caries y la enfermedad periodontal son dos de las enfermedades más prevalentes en la población, constituyendo un grave problema de salud pública. El estudio Global Burden of Diseases 2010 realizado por el Institute for Health Metrics and Evaluation y financiado por la fundación de Bill Gates analizó la prevalencia global para todas las edades combinadas de 1160 secuelas y estableció que de las 50 más comunes, 4 eran desórdenes de salud bucodental: la caries dental en dientes permanentes ocupó el primer lugar, la periodontitis crónica el quinto lugar, la caries dental en dientes caducos el décimo lugar y edentulismo el trigésimo sexto lugar).

Estos números y posiciones que se vienen repitiendo año tras año y década tras década nos muestran que los avances tecnológicos y científicos, los cambios socioculturales y hasta políticos que se han producido en los últimos años junto con el aumento en los recursos humanos formados no han sido suficientes para revertir este perfil.

En nuestro país, si bien se puede afirmar que tanto los niveles de salud como los hábitos en relación a la salud bucodental están cambiando, es igualmente cierto que la atención odontológica continúa siendo el sector más privado de la atención de la salud y una asignatura pendiente del SNIS. La reforma del sector salud ha posibilitado cambios que eran necesarios, pero todavía no existe en el ámbito estatal una política específica en relación a la salud bucal, a pesar de ser esta un área con elementos suficientemente diferenciadores del resto de la actividad sanitaria como para tener una entidad específica que se refleje en el organigrama del SNIS, como sucede en otros países. Lo hecho hasta el momento en los últimos años, ha evolucionado a impulsos sectoriales o individuales sin seguir las directrices de una estrategia establecida.

La necesidad de establecer y profundizar en estrategias basadas en un abordaje comunitario con equipos de salud con una visión global, social, asistencial y preventiva hacia la sociedad adquiere una necesidad impostergable por la que vienen luchando quienes han abrazado a la odontología comunitaria como el camino que nos lleve a cumplir con el objetivo final de nuestra profesión, salud bucal para todos.

Esta introducción sirve para remarcar el gran trabajo que realiza la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria que ahora, dando un paso más, ha tenido la brillante y necesaria iniciativa de plasmar en un libro la

experiencia vivida durante su 2° Congreso. Evento multidisciplinario que fue el marco ideal para desarrollar una serie de actividades dirigidas al equipo de salud odontológico (odontólogos, higienistas, y asistentes) a estudiantes, promotores de salud y otros profesionales del área salud y que buscó no solo profundizar experiencias y conocimientos sino también el generar conciencia en el colectivo y la sociedad sobre cómo abordar de manera positiva la problemática situación planteada.

Es un libro que invita a todos a interiorizarnos más sobre el abordaje comunitario de la salud bucal, con una presentación sencilla pero completa de las temáticas desarrolladas durante el congreso y donde se podrán leer las excelentes ponencias de dictantes, panelistas y las conclusiones alcanzadas durante el mismo, y que sin dudas debe recibir el reconocimiento de todo el colectivo odontológico y más.

Espero que todos puedan disfrutar del libro y que siembre.

Dr. Álvaro Roda

Especialista en Gestión de Servicios de Salud

Maestría en Gerencia y Administración - MBA

Presidente Asociación Odontológica Uruguay 2010 – 2014

Consejero Federación Dental Internacional 2012 a la fecha

Sumario de Presentaciones orales

“Fisuras labio palatinas-Enfoque Comunitario”.	
Garmendia, Sandra.....	32
“Biblioteca especializada AOU...hacia una biblioteca híbrida?”.	
Demaría, Bettina.....	32
“Educando a un pueblo”.	
Da Silva, Yeny.....	33
“Viajando por una sonrisa”.	
Estévez, Micaela.....	34
“Proyecto de promoción de salud en ámbitos escolares”.	
“Merienda saludable para un buen crecimiento”.	
Huartamendía, Rosemarie.....	35
“Pequeños Soles”.	
Zanolli, Macarena.....	36
“Formación de Promotores en Salud Bucal”.	
Medina, Lorena.....	38
“Trabajo multidisciplinario con adolescentes en el Cerro de Montevideo”.	
Ferreira, Carolina	39

“Proyecto Multidisciplinario Intracomunitario en Primera Infancia: un Espacio de Formación Integral para estudiantes universitarios”.

Viera, Annalet.....40

“Evaluación del estado de salud dental y periodontal de una muestra de la población afro uruguaya del Municipio A de Montevideo”.

Rotemberg, Enrique.....41

“Relación entre la salud bucal y la Atención Primaria en Salud. Experiencia del Programa de Territorio Saludable, Localidad cuarta - San Cristóbal, Bogotá”.

Piragauta Ruiz, Maira Alejandra.....42

“Comunitarios del Sur: un nuevo aporte a la equidad en salud”.

Araya V, Carlos.....43

“Publicaciones científicas del Programa Apex”.

Arispe, Laura.....44

“Presentación de la Especialización en Intervenciones comunitarias en salud, Programa APEX”.

Rudolf, Susana.....45

“CON viene / venios”.

Indart, Fernando.....46

“Metodología educativa basada en estaciones de trabajo para la implementación de actividades preventivo-promocionales en jardines infantiles”.

Ramírez, Gerardo.....47

“Actualidad en atención odontológica Municipal”.

López, Federico.....48

“Metodologías participativas en la construcción de material educativo para Programas de Comunicación en Salud”.

Urzúa, Madeleine.....49

“Determinación social de la caries de los niños y niñas, pacientes de la Clínica de Niño I de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia durante el año 2012 (incluye dos períodos académicos)”.

Martínez de Dios, Jeynner Manuel.....50

“Las capacidades de investigación sobre enfoques de Determinantes Sociales de la Salud. Colciencias - Colombia, 2005-2012”.

Morales, Carolina.....51

“La sistematización de experiencias: Conocer la realidad para transformarla. La sistematización de experiencias como método que contribuye a la evaluación de actividades en APS y a la salud comunitaria”

Lafourcade, Natalia.....52

“Pensando participación comunitaria en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario, Argentina”.

Cecilia Melina.....53

“Hábitos de Salud Oral de preescolares de 2 y 4 años de Jardines Infantiles vulnerables, Comuna de Retiro, Región del Maule, Chile 2013”.

Marchant Bouffanais, Ignacio.....54

“Procesos comunitarios de construcción de Salud”.

Torrado Carlos.....55

“Trabajo en Redes en un barrio de Montevideo. Mesa Técnica de Villa García 2008-2013”.

Nappa Peluffo, Ana.....56

Sumario de Conferencias

“Salud bucal para todos y por todos”.

Roberto Beltrán Neira.....58

“Campaña Uruguay Sonrisa Natural”.

María Teresa Almaraz, Miguel Olivetti, Rosa Núñez, Cristina
Fernández.....63

“Educación - díptico - Cuidemos a la primera infancia”.

Natalia Acosta, María Teresa Almaraz, Rosemarie Huartamendía, Laura,
Hermida, Carlos Torrado.....71

“Gestión Positiva de Salud”.

Enrique Saforcada.....77

Mesa Redonda: “Gestionando Salud”.

Susana Rudolf (Coordinadora)

Integrantes de la mesa: Wilson Benia, Marta Ruiz Díaz, Fernando
Tomasina, Rodolfo Levin, Ma. Teresa Almaraz.....85

Concurso Fotográfico: “Relatos visuales de la Odontología
Comunitaria”.....105

“Gestión local colaborativa para el trabajo con familias y comunidades”

Alex Bustos Leal.....119

Mesa Redonda: “Interdisciplina Comunitaria”

Coordinador: Andrés Velázquez

Integrantes: Annalett Viera, Macarena Zanolli, Verónica Iglesias,

Beatriz Ferreira.....131

“Odontología para la Comunidad, un compromiso de todos”

Visión desde los partidos políticos.....141

Auspicios, Adhesiones y Colaboraciones al 2do COSUOC

.....179

Programa

JUEVES 15 de mayo

13.00 hs. - Acreditaciones

- Colocación de fotografías

Coordinadores: Prof. Carlos Torrado, Sr. Nelson Bueno, Dr. Gerardo Gamou, Dra. Cristina Fernández, Mag. Lic. Enf. Annalet Viera

13.30 hs. - Presentaciones orales – conferencias libres.

Coordinadores: Dras. Alicia López, Cristina Fernández, Alba Carvallo, Hig. Mabel Curbelo

17.00 hs.- Café

17.30 hs.- “Salud bucal para todos y por todos”.

Prof. Roberto Beltrán Neira (Perú)

Coordinadora: Dra. Natalia Acosta

17.45 hs.- S.U.O.C - Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria

Coordinadores: Dra Alejandra Mier y Dra. Beatriz Ferreira

Campaña: “Uruguay Sonrisa Natural”

Prof. Ma. Teresa Almaraz, Lic. Miguel Olivetti, Dra. Cristina Fernández,

Sra. Rosa Núñez

Educación – díptico: - “Cuidemos a la primera infancia”

Dras. Rosemarie Huertamendia, Natalia Acosta, Laura Hermida.

18.40 hs.- Acto Inaugural - Palabras de Autoridades:

Asociación Odontológica Uruguaya

Programa APEX - Lic. Nut. Raquel Palumbo

Comisión Organizadora - SUOC – Dra. Alba Carvalho

Brindis de bienvenida

Coro Facultad de Arquitectura – Director Rodolfo Vidal

VIERNES 16 de mayo

08.00 hs.- Acreditaciones

08.00 hs.- “Gestión Positiva de Salud”

Prof. Enrique Saforcada (Argentina)

Coordinadora: Dra. Cecilia Güelfi

09.00 hs. - Mesa redonda - “Gestionando Salud “

Coordinadora: Mag. Susana Rudolf

Prof. Dr. Fernando Tommasina, Prof. María Teresa Almaraz,

Dr. Wilson Benia, Sra. Marta Ruiz Díaz, Soc. Rodolfo Levin

10.30 hs.- Café - Colocación de fotografías

10.45 hs.- Trabajo en grupos sobre mesa redonda - Talleres.

Coordinadores: Mag. Susana Rudolf, Dras. Carolina Ferreira, Alicia López, Hig. Mabel Curbelo, Dr. Walter Altmark, Sra. Sandra Franco.

12.15 hs.- Conclusiones del taller

Coordinador: Mag. Susana Rudolf, Sra. Sandra Franco, Hig. Mabel Curbelo

14.30 hs.- Curso Dictante extranjero: “Gestión Local Colaborativa para el trabajo en comunidades”

Prof. Dr. Alex Bustos (Chile) - 4 hs.

Coordinadora: Dra. Alba Carvallo

SÁBADO 17 de mayo

08.15 hs. – “La perspectiva de la ciencia y la innovación tecnológica en la salud comunitaria”

Francisco Morales Calatayud (Cuba)

Coordinadora: Dra. Natalia Acosta

09.00 hs. - PANEL - “Interdisciplina Comunitaria”

Coordinador: Dr. Andrés Velázquez

Dra. Beatriz Ferreira, Mag. Lic. Enf. Annalet Viera, Dra. Macarena Zanolli,

Lic. En Antropología Verónica Iglesias

10.00 hs.- Café

10.30 hs.- “Odontología para la Comunidad, un compromiso de todos”

Visión desde los partidos políticos uruguayos

Coordinadores: Dras. Alba Carvalho, Ana Nappa, Dr. Gerardo Gamou

12.00 hs.- Acto de Clausura

ATENTAMENTE A LA PROF. DRA. MARÍA TERESA ALMARAZ, EN OCASIÓN DE LA CELEBRACIÓN DEL II CONGRESO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA EN MONTEVIDEO, MAYO DE 2014.

Distinguida Profesora: Me dirijo a usted, y por su conducto a los demás organizadores y participantes en esa importante cita científica para expresar mi pesar por no poder cumplimentar el compromiso que asumí ante vuestra honrosa invitación de pronunciar la conferencia titulada “La perspectiva de la Ciencia y la Innovación Tecnológica en la Salud Comunitaria”, programada para el día 16 de mayo del presente. El motivo es que me encuentro en licencia por enfermedad debido a una severa afección de mi columna lumbar que me obliga a permanecer en cama. Ante este inconveniente no me queda otra opción que presentarles estas disculpas y expresar que una vez repuesto en mi estado de salud, sigo a la orden para desarrollar ante ese auditorio este tema u otro que sea de interés y esté a mi alcance, en la ocasión que se considere oportuna.

Un saludo con el mayor afecto,

Dr. Francisco Morales Calatayud

El Dr. Francisco Morales Calatayud es cubano, nacido en Cienfuegos en 1947. Licenciado en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud y Doctor en Ciencias de la Salud. Desde 1968, se integró al núcleo de psicólogos cubanos que iniciaron la integración de la psicología a la Atención Primaria de la Salud así como a la enseñanza de la psicología en la formación de técnicos y profesionales del campo de la salud y a la investigación de procesos psicosociales relacionados con la salud. Coordinó los servicios de psicología en la Dirección de Salud de La Habana a partir de 1975 a 1996. Desarrolló la mayor parte de su carrera académica en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, en la que obtuvo la categoría docente principal de Profesor Titular de Psicología en 1996. Vicerrector de esta universidad en las áreas de posgrado e Investigaciones desde 1996 a 2009. Autor de más de 70 publicaciones, entre ellas los libros “La Psicología y los servicios de salud” (editado por la Universidad de Buenos Aires en 1997) e “Introducción a la Psicología de la Salud” (Paidós, 1999). Ha brindado cursos, conferencias y realizado asesorías sobre temas de psicología en el

campo de la salud en varios países latinoamericanos. Desde fines de 2013 es Profesor Titular del Polo de Salud Comunitaria de la Universidad de la República en Paysandú.

Resúmenes de las presentaciones orales

Dra. En Odontología Garmendia, Sandra.
“Fisuras labio palatinas-Enfoque Comunitario”

Los pacientes con fisuras labio palatinas son responsabilidad de todos, ya que no basta con la unión quirúrgica de la misma. Las técnicas comunes practicadas tienen dos desventajas: cicatrices secuelas que empeoran con el crecimiento y tiempos quirúrgicos que se prolongan en el tiempo en nuevas operaciones para mejorar el resultado estético. Actualmente existe un tratamiento quirúrgico solo en 3 tiempos, con objetivos diferentes: a los 6 meses labio, nariz y paladar blando, al año y medio paladar duro y a los 4 años el injerto óseo de hueso de la cresta ilíaca para lograr la continuidad ósea. Los resultados estéticos son muy buenos y no se repiten las instancias quirúrgicas, logrando de entrada el resultado final. Es responsabilidad de todos que se conozca y que salud pública se la brinde a todos los niños que la necesiten. Se mostrarán casos tratados desde el año 2010, como lo pide el congreso.

Lic. En Bibl. Demaría, Bettina.
“Biblioteca especializada AOU...hacia una biblioteca híbrida?”

Objetivos:

1- Informar a los usuarios de la AOU de las funciones y servicios que brinda la biblioteca.

2- Incentivar a los mismos en el uso de tecnologías de la información (Portal Timbó, BVS en Odontología, etc., como punto de partida para una posterior capacitación de usuarios potenciales de biblioteca.

3- Capacitar a los usuarios de biblioteca en el uso de las Tics como modo de acceso libre a la información.

4- Introducir el concepto de biblioteca híbrida en el contexto de un Servicio de Información especializado, perteneciente a una Institución del Área de las Ciencias de la Salud.

5- Actualizar y capacitar al personal del Servicio de Información en forma constante en cuanto a incorporación de nuevas TIC's.

Metodología: Por medio de distintas redes comunicacionales (mailing; Web, Prismas, Facebook, Twitter) la biblioteca pretende acercarse a los socios de la AOU difundiendo sus servicios. En este sentido se pretende capacitar a su público para que puedan acceder a las nuevas tecnologías informacionales en forma didáctica y motivadora. (Ej.: Portal Timbó, Pub med, BVS)

Resultados: A largo plazo nos proponemos llegar a tener las características de una biblioteca híbrida, es decir, aquella que convive con materiales en soportes tradicionales (papel), pero que incorpora las funciones automatizadas y digitales, que permiten acceder al usuario en forma remota, Ej.: la creación de OPAC's (catálogos en línea).

Hig. En Odontología Da Silva, Yeny.

“Educando a un pueblo.”

Dra. Cármen Cardozo, Dra. Micaela Estévez, Dra. María Elisa Lucas,

Dra. Florencia Majerczyk

El Programa Interinstitucional Nodos de Salud de Tacuarembó, cuenta con un equipo multidisciplinario. El área de salud bucal está integrada por cuatro odontólogas y una higienista dental.

Objetivo: Desarrollar la promoción en salud y prevención de enfermedades bucales prevalentes, trabajando en el Primer Nivel de Atención, priorizando poblaciones rurales y suburbana de Tacuarembó.

Metodología: El trabajo comienza con el relevamiento de necesidades, priorizadas en una planificación, organizada por los técnicos sociales, la comunidad, las agentes comunitarias de salud y equipo multidisciplinario. Se coordinan talleres de educación en salud bucal en las 186 localidades del departamento (68% rurales) organizados en 21 sub territorios llamados “Nodos”, con niños, jóvenes, padres y comunidad en centros educativos y asistenciales de todo el territorio. Como estrategia metodológica se implementan acciones complementarias para evaluar los impactos y

reforzar conceptos y prácticas. La accesibilidad territorial se instrumenta mediante la gestión interinstitucional, dadas las características particulares del departamento (densidad y dispersión demográfica, acceso a servicios, caminería, entre otros).

Resultados: En el período 2009 - 2013 llegamos 5.224 personas promedio por año, con 320 talleres anuales de salud bucal, donde el 52% son mujeres y el 86% menor de 19 años. De 147 centros educativos escolares departamentales trabajamos en 136 escuelas rurales y suburbanas. 4.308 niños recibieron kits de prevención proporcionados por el MSP, enmarcado en la actividad educativa. Desde una perspectiva de modelo asistencial basada en la inclusión de estrategias de promoción de salud bucal y prevención ha disminuido las patologías bucales de la población objetivo. En este camino estamos, en el de concientizar y sensibilizar para generar cambios de hábitos en salud bucal, individual y colectiva, apropiándose de la salud como un derecho universal.

Dra. En Odontología Estévez, Micaela.

“Viajando por una sonrisa”.

Dra. Carmen Cardozo, Dra. Florencia Majerczyk, Dra. María Elisa Lucas, Hig. Yeny Da Silva

Objetivo: Este Programa abarca todo el territorio del departamento de Tacuarembó, teniendo como objetivo intervenir junto a las comunidades, prioritariamente en la salud de la población rural y suburbana desde un enfoque prevencionista, trabajando sobre el primer nivel de atención, priorizando población y comunidades de escasos recursos, con poca o nula accesibilidad a servicios de salud. Intervención interinstitucional con participación del MSP, MIDES, ASSE, I.D.T y UdelaR, aportando recursos humanos, movilidad e insumos para la ejecución del Programa. Contamos con un equipo multidisciplinario, compuesto por equipo médico, odontológico, nutricional, social, Agentes Comunitarias de Salud (ACS) y unidad de gestión.

Metodología: Técnicos sociales y ACS de las distintas localidades, recogiendo las necesidades de la zona coordinan con el equipo de salud las

llamadas “jornadas saludables”. Estas consisten en talleres de promoción y prevención en el área médica, odontológica y nutricional, seguida de la atención multidisciplinaria en estas áreas. El equipo odontológico está formado por cuatro Odontólogas y una Higienista dental, quienes se subdividen para trabajar en simultáneo en distintas localidades, contando con un ómnibus autosuficiente con consultorio odontológico completamente equipado, valijas odontológicas portátiles, y un móvil odontológico. Dicho ómnibus además cuenta con consultorios para atención en medicina general, ginecología y enfermería.

Resultados: La atención odontológica y médica ha llegado a las 186 localidades del departamento. En nuestras actividades (62% rurales) participaron un total de 23,634 personas, integrándose algo más de 500 por mes. Desde el inicio logramos 11 escuelas rurales “0 caries”, rehabilitación integral en adultos con la realización de 200 prótesis parciales a placa. Pasamos de una primera etapa de predominio de extracciones a una actual restauradora, debido a la reducción de patologías acumuladas y actividades de promoción.

Dra. En Odontología Huartamendía, Rosemarie.

“Proyecto de promoción de salud en ámbitos escolares”.

“Merienda saludable para un buen crecimiento.”

Dra. Nappa, Ana

El Proyecto se realizará dentro del marco institucional escolar, teniendo como fin participar en el control y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes (obesidad, hipertensión, diabetes y caries), favorecer una buena alimentación y cambiar los hábitos alimentarios dentro de la escuela para que tengan impacto en la vida familiar. Se denominará así a fin de poder ubicar a los padres en cuál sería el centro movilizador de los contenidos desarrollados.

Una alimentación equilibrada y la actividad física son los elementos que más contribuyen a un estilo de vida sana. En este sentido, y junto al rol educativo que cumple la familia, debe aprovecharse el proceso de socialización que tiene la escuela. Así los niños/as ya en la educación

primaria aprenden a conocer su cuerpo, a contribuir a su propio desarrollo adoptando hábitos de salud y bienestar y a entender la repercusión de determinadas conductas sobre su salud actual y futura.

La Educación Alimentaria adquiere un rol esencial, considerada como un proceso multidisciplinario que involucra la transferencia de informaciones, el desarrollo de actitudes y la modificación de prácticas alimentarias, cuando sea necesario, para promover el buen estado de nutrición y salud.

Los niños a través de las actividades, indagarán y conocerán las propiedades de los alimentos que a diario consumen, apropiándose de conocimientos que les permitirán seleccionar entre los sanos y no tan sanos, los que son buenos para el crecimiento y otros que pasarán a ser exclusivos de un momento de placer como el chocolate. También esta experiencia permitirá un espacio especial en la incorporación de nuevos sabores y alimentos.

Las actividades serán sustentadas en el desarrollo de contenidos de todas las áreas: Matemática, Lengua, Ciencias Sociales, Naturales y Tecnológicas, Música, Plástica y Educación Física, y formación en valores para la vida.

Complementariamente se organizarán talleres con especialistas para los padres y personal docente y no docente, que brindará un marco teórico sustentable a la realización del proyecto.

Dra. En Odontología Zanolli, Macarena.
“Pequeños Soles”

Objetivos:

1- Acercar herramientas de prevención y promoción en salud bucal a niños del Colegio.

Incorporar pautas de higiene.

2-Mejorar técnica y frecuencia de cepillado.

3-Establecer una correcta organización para actuar en casos de emergencia.

4-Capacitar alumnos que promuevan la salud bucal entre sus compañeros.

5-Generar compromiso por parte de las familias.

6-Motivar a la familia a acercarse más a la salud bucal.

7-Lograr que el cuidado de la cavidad bucal se instale en el hogar.

8-Vincular las instituciones a las actividades, que los docentes también actúen como promotores de salud.

Metodología: En el colegio trabajamos en la copa de leche con alumnos del polimodal que también se encargan del apoyo escolar. Formamos promotores que manejen conceptos básicos de salud bucal y que también puedan ser el nexo de niños que se acercan al colegio. Trabajamos en el patio de la escuela y contamos con espejos, cepillos, historias clínicas, revelador de placa, flúor y notas de derivación. Las actividades de cepillado se realizan después de la merienda, luego de tomar cada uno su cepillo, dejamos que el niño se cepille y luego los promotores repasan de ser necesario, completamos las historias clínicas con lo que la boca nos dice y con lo que cada niño nos cuenta. Aquellos niños que poseen caries, reciben una nota destinado a sus papás con derivación al hospital municipal para que sean atendidos.

Resultados:

1- Incorporación de conceptos biológicos y preventivos a la comunidad escolar.

2-Formación de promotores que surgieron de la misma comunidad infantil.

3-Entablamos un vínculo dinámico y fluido con los promotores teniendo en cuenta sus propuestas y aportes personales.

4-Mejoramiento de la salud bucal de los niños adquiriendo conductas saludables.

5-Convocamos a familiares a reuniones y consultas espontáneas.

6-Recreación y permanencia en un espacio donde desarrollar las actividades.

Dr. en Odontología Medina, Lorena.

“Formación de Promotores en Salud Bucal”

Dr. Diego De María, Dra. Andrea Giménez Guillén,

Prof. Adj. Carlos Torrado

Objetivos:

1-Dar continuidad y profundizar la formación de “Promotores en salud bucal” realizada durante el año 2012 en la Escuela Nro. 372 “Buffa”, promoviendo conductas y hábitos saludables vinculados a la salud buco-dental a través de actividades lúdico-expresivas hacia sus pares.

2-Generar instancias de integración entre el alumnado de los centros escolares N° 372 y N° 303.

3-Afianzar el espacio interdisciplinario existente entre el personal del Policlínico Odontológico del Cerro

4-Intendencia de Montevideo, el Subprograma Infancia – Recreación del Programa APEX-Cerro de la UdelaR y personal de las escuelas, con el fin de promover la salud buco-dental.

Metodología: El presente resumen pretende describir una experiencia de trabajo en equipo interdisciplinario e intersectorial. En la misma se presentan a lo largo de todo el proceso ejes comunes de trabajo que lo transversalizan. Estos son: promoción en Salud Bucal - participación adolescente – enfoque lúdico-expresivo.

La misma se ha desarrollado en la zona oeste de Montevideo, dentro del Cerro en la Escuela N° 372 “Buffa”.

La población con la que se trabajó se conforma por un grupo de adolescentes pertenecientes al 6to año escolar, involucrando así mismo a sus referentes institucionales. Destacando el trabajo entre pares con el resto de la población de su escuela, como con la integración con otro centro escolar.

Este proceso tuvo su inicio en el año 2012, estando los adolescentes cursando 5to. Año, dándole continuidad en el año 2013.

Resultados: A lo largo de esta experiencia de trabajo se ha realizado una evaluación continua del proceso, en conjunto con los alumnos y representantes de la institución educativa. Valorándose como una experiencia enriquecedora para todos los que participamos en el proceso.

Dra. En Odontología Ferreira, Carolina.

“Trabajo multidisciplinario con adolescentes en el Cerro de Montevideo”

Dra. Alejandra Mier, Dra. Mariana González

Antecedentes: Desde el año 1995 el programa APEX-CERRO desde su sub programa Adolescentes comenzó la Atención Integral adolescentes.

Objetivos Generales del subprograma: Promover un programa de Atención Primaria de Salud que mejore la calidad de vida de los jóvenes ayudando a prevenir situaciones de riesgo. Transformar al proceso de atención en salud, que priorice y promueva la promoción y prevención, y no sólo la asistencia.

Metodología: El equipo de técnicos es multidisciplinario, integrado por: Odontólogo, Pediatra, Lic. En Nutrición, Lic. En Enfermería, Obstetra-partera, Agentes socio-educativos, Psicólogos, Técnicos Registros Médicos.

Modalidad de trabajo incluye: actividades educativo-preventivas, de investigación, de extensión, docente – asistenciales. El trabajo se realiza desde APS y con estrategias de intervención interdisciplinarias en problemáticas de los adolescentes.

Se destaca: Trabajo en equipo, experiencia novedosa para los estudiantes, así como poco frecuente para los técnicos. Las miradas desde otros saberes con una constante puesta en común. Resolución integral de problemas. Seguimiento multiprofesional de situaciones de mayor complejidad. Aprendizaje. Discusión. Conclusiones.

El aporte desde la UdelaR al cambio del Modelo de Atención. De lo meramente asistencial a la priorización de lo educativo -preventivo-participativo. La pasantía de estudiantes por servicios con la estrategia APS les da una concepción más amplia, dinámica e integral de su visión de la Salud, y una formación de mayor solidez y competencia.

Líneas de trabajo: Talleres educativos-preventivos con la participación de las distintas disciplinas en centros educativos y recreativos del cerro. Realización del carnet del adolescente. El trabajo interdisciplinario lleva su tiempo y no hay recetas acabadas. Ante esta situación intentamos la búsqueda de lo que nos es propio, lo que nos define y nos diferencia. La creatividad, la comunicación, la escucha y la reflexión, son parte de nuestro posible “hacer” como profesionales.

Mag. Viera, Annalet.

“Proyecto Multidisciplinario Intracomunitario en Primera Infancia: un Espacio de Formación Integral para estudiantes universitarios.”

Dra. María Teresa Almaraz; Dra. Beatriz Ferreira; Hig. Dana Matonte; Sr. Nelson Fernández; Sra. Norma Espinosa.

La atención integral a la primera infancia, desde el momento de la gestación hasta los 6 años de edad, reviste una importancia creciente para abordar temas tales como prácticas de crianza, nutrición, hábitos saludables, estimulación temprana, educación y terapia psicomotriz, entre otros. Para cumplir con tales cometidos se comenzó a implementar un programa educativo-preventivo-asistencial con controles periódicos de salud, énfasis en la protección y promoción de salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación de la misma, trabajando con los integrantes del Centro Educativo Preescolar La Gotera y las familias de los niños.

El objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños de 0 a 4 años que concurren al mencionado centro, sus familias y los integrantes del mismo, mediante la aplicación de un programa educativo - preventivo - asistencial con énfasis en la protección y promoción de la salud y controles periódicos.

Se conformó un Espacio de Formación Integral, donde se conjuga la visión de integralidad de las personas y de las funciones universitarias, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial, con anclaje en un programa plataforma. Integrado con Facultad de Enfermería, Escuela de Nutrición y Dietética, Escuela Universitaria de Tecnología Médica y se articula con el Programa APEX-Cerro, a través de los docentes del área Odontología. Se trabaja con la metodología de Enseñanza Basada en Problemas, discusión de los contenidos teóricos a partir de la práctica y la vinculación a la investigación.

Como resultados se espera que los estudiantes logren conceptualizar las problemáticas asociadas al quehacer universitario, a través de la conjugación de las tres funciones, del trabajo interdisciplinario y con la población; que el relacionamiento entre las diferentes disciplinas se fortalezca y que se pueda visualizar la importancia del rol de la Universidad en el medio.

Dr. En Odontología Rotemberg, Enrique.

“Evaluación del estado de salud dental y periodontal de una muestra de la población afro uruguaya del Municipio A de Montevideo”.

Dra. Karina Smaisik

Resumen: El presente trabajo procura información sobre indicadores de salud de una muestra de la población residente en el Municipio A de Montevideo que declare tener antepasados de origen afro. Los resultados serán comparados con otra de similares características pero de población caucásica, residente en el mismo Municipio.

Objetivo general: Contribuir a determinar mediante diferentes marcadores del proceso salud-enfermedad el estado buco-dental de una muestra de conveniencia de la población afrodescendiente con residencia en el Municipio A de Montevideo.

Objetivos específicos:

a) Recopilar información sobre indicadores de salud buco-dental, hábitos de higiene además del acceso a los servicios sanitarios barriales.

b) Detectar la prevalencia de pérdida de inserción periodontal en ambas poblaciones

Metodología: El estudio será transversal y descriptivo. Se realizará a través de la metodología acción participativa con la colaboración de promotores de salud. Tras consentimiento informado y cuestionario individual, se confeccionará el examen clínico utilizando la Historia Rediente y el periodontograma en seis puntos de todas las piezas dentarias excepto terceros molares, en una muestra de 50 individuos para cada población, rango etario de 15 a 35 años, con similar porcentaje de varones y mujeres. Se excluirá población con embarazo en curso, con enfermedades que afecten la salud periodontal auto reportadas, con adicción al tabaco o que hayan recibido profilaxis profesional o antibioterapia los últimos seis meses.

Resultados esperados: El presente trabajo de investigación se enfoca a obtener información sobre hábitos de higiene, acceso a los servicios de salud, estado de salud dental y periodontal. El estudio comparativo entre ambas muestras nos dará resultados que podrían sostener si existe riesgo de inequidad sanitaria y si la población más vulnerable recibe la atención acorde a sus demandas.

Factibilidad: La investigación se encuentra en etapa de calibración. Será desarrollada en forma conjunta por el Programa APEX-Cerro, la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria de la Asociación Odontológica Uruguaya, el Grupo Promotor Afro de Salud y las Cátedras de Fisiología General y Buco-Dental y de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UDELAR. El proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología.

Br. Piragauta Ruiz, Maira Alejandra.

“Relación entre la salud bucal y la Atención Primaria en Salud.

Experiencia del Programa de Territorio Saludable, Localidad cuarta - San Cristóbal, Bogotá.”

La atención primaria en salud (APS) busca lograr el acceso universal a los servicios de salud garantizando el derecho a la salud y la equidad en Colombia¹. Sin embargo, el desarrollo de la APS en el país es escaso debido al sistema de seguridad social cuyo énfasis es la prestación de servicios de salud como mercancía. En Bogotá se ha desarrollado una estrategia de promoción de la salud y calidad de vida, denominada territorios saludables, con tres componentes: salud al colegio, al hogar y al trabajo. Incluye políticas y programas de salud oral que impulsan acciones comunitarias por parte de profesionales de la salud oral².

Objetivo general: Analizar la relación entre la salud oral y la atención primaria en salud en el trabajo realizado por los equipos de territorios saludables en la localidad de San Cristóbal en Bogotá.

Objetivos específicos: Estudiar el papel del odontólogo en los equipos de APS que existen en la localidad de San Cristóbal; identificar los principales desafíos del que hacer odontológico en el marco de la estrategia de APS en la localidad y de la política de salud oral de Bogotá.

Metodología: Se realizará un estudio observacional descriptivo en el territorio de la localidad de San Cristóbal de Bogotá, dividido en cuatro fases: una documental en la que se consultará la información existente; una fase de trabajo de campo en el territorio, con aproximación socio histórica y de cartografía social para el estudio de las dinámicas sociales en salud, de

1 Vega Romero R. Lo que se entiende por Atención Primaria Integral en Salud - APIS. En: Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez P, Restrepo Vélez O, editores. Atención primaria integral de salud: estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud/Pontificia Universidad Javeriana; 2009. p. 35-52.

2 Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política de Salud oral de Bogotá D. C. con participación social para el decenio 2011 – 2021. Bogotá. 2011.

los equipos y la participación de las comunidades. Una fase analítica y otra fase narrativa para presentar los resultados obtenidos.

Resultados: Un artículo en revista de circulación nacional y socialización de resultados mediante ponencia en evento de carácter nacional.

Dr. En Odontología Araya V, Carlos.

“Comunitarios del Sur: un nuevo aporte a la equidad en salud”.

Dres. Luis Pincheira, Fabián Muñoz, Byron Martínez

La Universidad de Concepción ha sido de sus orígenes promotora del desarrollo e integración de la región donde pertenece. Sus alumnos participan permanentemente en actividades voluntarias organizadas por su federación de estudiantes. En un diagnóstico de la profundidad de la vulnerabilidad social y agravada por el terremoto de 2010, un grupo de estudiantes deciden crear una organización para fomentar el voluntariado en todas sus expresiones, teniendo como ejes orientadores el desarrollo comunitario, el trabajo en equipo, el compañerismo, la autogestión, el respeto, el amor al prójimo y la justicia social y dirigida a trabajar en forma permanente.

Metodología: Se hace un pre diagnóstico con la comunidad donde se determinan las áreas de acción: salud, educación, construcción, trabajo social y recreación. Se postula a fondos regionales e instituciones gubernamentales o educacionales para el apoyo logístico. Los voluntarios están organizados en las áreas de su competencia y manejan en forma clara sus necesidades y requerimientos para la acción.

Resultados: Desde octubre del 2010 se han efectuado intervenciones en invierno y verano en Quilacoya, Quirihue, Los Remates, Isla Santa María, Santa Rosa de Lebu y Colcura, además de talleres culturales en Los Alamos, Talcahuano, San Pedro, Concepción cubriendo una población aproximada de 70 familias, 700 personas hombres mujeres y niños en cada actividad.

Conclusiones: Esta agrupación de jóvenes sueña con un Chile alegre y fraterno, justo y comunitario, solidario e igualitario, tolerante y multicultural, sustentable e integrador, para el desarrollo de las personas, las familias y la comunidad. Se promueve y desarrolla el trabajo comunitario en sectores

apartados, postergados y vulnerables del país, mediante una labor conjunta “voluntario-comunidad”, generando soluciones a problemas inmediatos y entregando herramientas de información, conocimiento y organización para el desarrollo comunitario permanente.

Arch. Arispe, Laura.

“Publicaciones científicas del Programa Apex”

Br. Nicolás Brum

El Programa APEX de la Universidad de la República, publicó en diciembre de 2010 el primer número de la Revista Científica “It” Salud Comunitaria y Sociedad. “It” es una publicación que intenta consolidar el vínculo entre la Universidad, el conocimiento y la ciudadanía. Tiene como objetivo ofrecer un espacio para la difusión de trabajos de investigación, relacionados al ámbito de la salud comunitaria, encaminado a mejorar la protección social en salud, el nivel de calidad de la atención, proporcionar aportes educativos y asistenciales, centrados en las personas y en la reforma del sistema de salud de nuestro país. Asimismo, se cuenta con aportes de los países de la región. La revista “It” cuenta con un Comité Editorial, compuesto por un cuerpo multidisciplinario, encargado de determinar los lineamientos editoriales de acuerdo a los objetivos de la publicación y un Comité Asesor al cual le compete la evaluación del contenido de los artículos que aspiran a ser publicados. La producción intelectual ha crecido junto con la Revista “It” y la creación de una colección seriada denominada “Prácticas y Saberes”, en el cual difunde el conocimiento de las prácticas metodológicas territoriales.

Actualmente se han publicado tres obras que refieren a la serie “Prácticas y Saberes”:

-Espacios de Articulación territorial Santa Catalina (2012).

- UDA Apex – Cerro: Optimizando el SNIS (2013).

-Segunda reforma universitaria: hacia la integralidad en la Universidad de la República (2014).

La serie contribuye a la difusión de información académica basada en las diversas metodologías aplicadas y la sistematización de las mismas, relacionadas al universo de estudio de cada disciplina.

Mag. En Psicología Comunitaria Rudolf, S.

“Presentación de la Especialización en Intervenciones comunitarias en salud, Programa APEX.”

Dra. Almaraz, María; Mag. Cabezas, Alicia.; Lic. De Ávila, Natalia; Lic. Nut. Palumbo, Raquel; Lic. San Martín, Mery

La relevancia de continuar generando conocimientos y prácticas en el área de la salud comunitaria cobra especial interés - entre otras razones - por su potencialidad de contribuir a la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Continuar con el desarrollo académico y de investigaciones en esta área de estudios redundaría en mejorar la calidad en la identificación y en el tratamiento de los problemas de salud. Así también contribuiría con los esfuerzos regionales por desarrollar este campo de conocimiento. Asimismo, se destaca su relevancia para la formación de recursos humanos, particularmente de los recursos docentes y profesionales de la UdelaR.

El trabajo comunitario remite a una forma de ejercicio de la relación entre el sistema de salud y la comunidad, que implica una construcción conjunta de las mejores formas de producir salud en los colectivos humanos. Parte de la base de que la producción de salud trasciende las intervenciones realizadas en el ámbito de los servicios de atención a la salud y pasa por el diálogo con los vecinos en los espacios en los que transcurre su vida cotidiana. Las habilidades para desarrollar este tipo de trabajo no deberían ir en desmedro de la adecuada relación con los servicios para articular con las políticas públicas en salud, y para referir oportunamente aquellos casos que requieran otra complejidad de abordaje. Apunta hacia el perfeccionamiento de un perfil de profesional claramente inserto en el primer nivel de atención, territorial, comunitario, con una visión estratégica matizada por la estrategia de APS.

Dr. En Odontología Indart, Fernando.

“CON viene / venios”.

Dra. Abaracón, Valentina.

Introducción: En el marco del modelo de atención educativo-preventivo asistencial, se expondrán los diferentes convenios de la Intendencia de Montevideo con distintos organismos. Brindando atención odontológica integral a sus participantes:

- URUGUAY TRABAJA. / MIDES, Genera oportunidades de inclusión social y laboral mediante la implementación de estrategias de trabajo transitorio para desocupados de larga duración en situación de vulnerabilidad socio económica.

- PROGRAMA DE IMPULSO A LA UNIVERSALIZACIÓN DEL CICLO BÁSICO (PIU)/MIDES, Posibilita que jóvenes pertenecientes y derivados desde el PIU reciban asistencia odontológica integral.

- PROGRAMA DE ATENCION A LAS VICTIMAS DE TERRORISMO DE ESTADO / ASSE, Son beneficiarios personas detenidas, exiliados forzosos, fallecidos durante la detención, desaparecidos, hijos de los muertos, asesinados y desaparecidos, niños que permanecieron detenidos con sus padres, o que estuvieron desaparecidos o nacidos en cautiverio, sus hijos y nietos.

- PROGRAMA URUGUAY CLASIFICA (PUC)/ MIDES-División Salud de la Intendencia de Montevideo, dirigido a integrantes de Cooperativas de Clasificadores de Residuos.

- PROGRAMA GIRASOLES / Secretaría de la Juventud-División Salud de la Intendencia de Montevideo, Dirigido a adolescentes.

- REFUGIO “SE CRECE”/ONG, dirigido a mujeres en situación de calle con hijos a su cargo.

- PROGRAMA “BARRIDO OTOÑAL”, dependiente de la Secretaría de la Mujer dirigido a jefas de hogar en situación de pobreza con personas a su cargo.

Objetivo: Exponer las políticas de cooperación a nivel odontológico a través de convenios entre la Intendencia de Montevideo y distintos organismos públicos, privados y comunitarios, fomentando la inclusión laboral, social y cultural, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los montevideanos.

Metodología: Mediante el trabajo de odontólogos pasantes y municipales, se brinda atención integral a los beneficiarios.

Resultados: Se instaura ininterrumpidamente la atención odontológica integral de la población adolescente y adulta con vulnerabilidad social y económica.

Dr. En Odontología Cruces Ramírez, Gerardo.

“Metodología educativa basada en estaciones de trabajo para la implementación de actividades preventivo-promocionales en jardines infantiles”.

Dres. Javiera Antivillo Bruna, Andrea Muñoz Martínez, Madeleine Urzúa Gajardo.

El Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares (PPPSBP) es una estrategia nacional que busca disminuir el daño prematuro en salud bucal de menores de 6 años.

La organización de Trabajos Comunitarios (TCO) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, plantea una metodología para implementar esta estrategia en comunas vulnerables de nuestro país.

Objetivo: Implementar una metodología educativa adaptada al contexto comunitario para la implementación del PPPSBP en jardines infantiles de la comuna de Retiro, Región del Maule.

Metodología: El público objetivo son preescolares de 2 a 4 años asistentes a jardines infantiles JUNJI e Integra, educadoras y apoderados de la comuna de Retiro, Región del Maule. Se diseña un circuito basado en estaciones de trabajo:

1-Motivación de la comunidad a través de una obra de títeres que desarrolla temas de salud bucal

2-Adaptación de preescolares con insumos para colorear

3- Cuestionario base para encuestas de salud buco dental MINSAL para apoderados

4-Examen bucal para diagnóstico epidemiológico a preescolares de 2 y 4 años según pautas OMS, previa calibración intra e inter examinadores

5-Fluoruración tópica a preescolares

6-Talleres teórico-prácticos con metodologías participativas para apoderados y educadoras.

Resultados: Se logra diseñar e implementar una metodología para trabajar en contexto comunitario el PPPSBP, que según condiciones locales y número de preescolares a ser intervenidos, tarda aproximadamente 3 horas en ser instalada y ejecutada; considerando 14 monitores en total.

Fueron intervenidos 7 jardines infantiles JUNJI e Integra, donde se realizó fluoruración tópica a un total de 80 preescolares, diagnóstico epidemiológico a 51 preescolares, que servirá de línea de base para evaluar el impacto del PPPSBP y 7 talleres educativos a apoderados y educadoras.

Dr. En Odontología López, Federico.
“Actualidad en atención odontológica Municipal”.
Dra. Adriana Flangini, Dr. Rodolfo Manggini

Objetivos:

1-Reflexionar acerca de la nueva realidad de los servicios de salud a partir de la implementación del nuevo Sistema Nacional de Salud en Montevideo.

2-Analizar el ingreso de nuevos usuarios y sus necesidades.

3-Jerarquizar el servicio municipal como un impulsor de medidas educativo-preventivas.

4-Importancia de las redes de salud de cada municipio, para la adecuación de las actividades, a las inquietudes de los usuarios de los sectores público y privado. La participación activa de los odontólogos en ámbitos extra-clínicos.

Metodología: El presente resumen pretende describir la nueva realidad de la atención odontológica, en el Programa de Salud Bucal de los servicios municipales de Montevideo, integrados ahora al nuevo Sistema Nacional de Salud. Proponiendo actividades desde la estrategia de Atención Primaria con fuerte contenido educativo-preventivo, pero también con propuestas de segundo nivel de atención como el acceso a restauraciones protéticas dentales. Combinando esfuerzos con otras instituciones del sector público y privado.

Priorizando los grupos de embarazadas, niños, adolescentes y pacientes de convenios, se realiza una atención programada, planificada dando altas y luego sus respectivos controles para mantener los usuarios en salud.

Resultados: Se enumeraran cantidad de usuarios que acceden al servicio, cantidad de atenciones odontológicas, cantidad de altas obtenidas de los convenios.

Cantidad de recursos humanos que participaron, ingreso de nuevos odontólogos, higienistas, becarios y estudiantes.

Dra. En Odontología Urzúa, Madeleine.

“Metodologías participativas en la construcción de material educativo para Programas de Comunicación en Salud.”

Dres. Candía O.; Inostrosa M.; Manríquez J.; Coronado L.; Verdaguer C.; Muñoz A.; Cruces G.

Introducción: La educación en salud para padres y apoderados de preescolares es un desafío respecto de generar un aprendizaje significativo que les posibilite el autocuidado de su salud, debido al contexto sociocultural exige una cuidadosa y responsable preparación de actividades. La necesidad de evaluar los materiales educativos radica en que son un medio que para apoyar y mediar este proceso de aprendizaje colaborativo, a través de metodologías participativas que permiten a los participantes expresar y articular sus propias visiones del mundo, escuchar y comprender las ideas de los otros participantes, enfrentar los conflictos constructivamente y reconstruir su propia comprensión creando progresivamente un sentido de conocimiento compartido.

Objetivo: Evaluar la aplicación de metodologías participativas en la elaboración de materiales educativos generados por estudiantes para actividades del programa de comunicación educativa dirigido a apoderados de preescolares de la comuna de Cerro Navia.

Metodología: Estudio transversal descriptivo. Se adaptó una pauta para evaluación de materiales educativos de la OPS para la evaluación.

Resultados: De total de materiales revisados (n = 21) el cumplimiento de la pauta promedio fue de 59,3% (41,66% - 75%). Los ítems relativos a: participación de la audiencia en la selección, elaboración y evaluación del material y puesta a prueba de los materiales previo a la elaboración final tuvieron 0% de logro, el uso de lenguaje comprensible para la comunidad alcanzó un 47% de logro, ausencia de elementos descontextualizados obtuvo un 58 % y la pertenencia a un programa educativo tuvo el mayor porcentaje de logro

Conclusiones: Aunque el cumplimiento promedio fue regular, se evidencian problemas en categorías clave para la pertinencia cultural, tanto de materiales como de programas educativos. Asimismo se revela que existen dificultades en la inclusión de la comunidad durante la elaboración de los materiales.

Br. Martínez de Dios, Jeynner Manuel.

“Determinación social de la caries de los niños y niñas, pacientes de la Clínica de Niño I de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia durante el año 2012 (incluye 2 períodos académicos)”

Este proyecto de investigación que actualmente está en proceso de ejecución surgió como trabajo de grado con el fin de explicar por qué la caries en niños sigue siendo la patología oral de mayor incidencia en Colombia.

Objetivos: Analizar el proceso de determinación social de la caries dental en los niños y niñas, pacientes de la Clínica de Niño I de la Facultad de Odontología de la Universidad durante el año 2012 y comprender que la caries se produce y reproduce socialmente. Se apoyará en la propuesta de la medicina social latinoamericana específicamente la teoría de Jaime Breilh.

Metodología: Estudio analítico con énfasis etnográfico con estudio de las historias clínicas de la clínica en referencia. Se complementará con visitas domiciliarias a los niños y sus familias con entrevistas a los padres, madres o cuidadores con previo consentimiento informado para profundizar sobre los modos de vida de las familias para entender la determinación social de la caries. Se establecerá un diálogo de saberes acerca del conocimiento científico y popular sobre la salud bucal de los niños.

Resultados esperados: Artículo derivado de la investigación para su publicación en revista de circulación nacional. Aportes dirigidos a los estudiantes y profesionales de la odontología sobre estrategias integrales en prevención de la caries dental y promoción de la salud. Recomendaciones para las clínicas de niño de la Facultad de Odontología, con énfasis en los procesos de enseñanza y docente-asistencia.

Aspectos éticos: Este trabajo se apoya en la resolución 8430 de 1993 - Normas para la investigación en salud del Ministerio de Salud de Colombia. También se tienen en cuenta la protección de la confidencialidad y el consentimiento informado de manera voluntaria e individual por parte de los pacientes especificados en las guías CIOMS y el código de Helsinki de 1964.

Dra. En Odontología Morales, Carolina.

“Las capacidades de investigación sobre enfoques de Determinantes Sociales de la Salud. Colciencias - Colombia, 2005-2012.”

Analizar capacidades de investigación sobre los enfoques de determinantes sociales de la salud predominante en Colombia a partir de la información registrada en la plataforma de Colciencias entre 2005 y 2012, con la opinión de los grupos de investigación existentes.

Metodología: Se diseñó un estudio observacional descriptivo sobre la base Scienti de Colciencias para revisar ocho años de trabajo y se complementó con grupos focales y análisis del actual sistema nacional de investigación.

Resultados: Existen 65 grupos registrados en el Programa de Colciencias (6%), han publicado 123 artículos científicos, en idioma español (48%), sobre tres temas principalmente: Estudios poblacionales y demográficos, sistemas de salud, inequidad en salud y enfermedades prevalentes. Es frecuente investigar bajo el enfoque anglosajón de determinantes sociales de la salud dentro de proyectos y/o redes de carácter nacional. Las dificultades más frecuentes en Colombia obedecen a la tradición en investigación tanto en la academia como en las fuentes de financiación, a las demandas institucionales nacionales e internacionales y al escaso respaldo sociopolítico para el desarrollo de investigación con enfoques afines a las corrientes latinoamericanas tales como la medicina social - salud colectiva.

Conclusiones: El predominio del enfoque propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en la investigación en salud se relaciona con escaso debate sobre epistemologías del sur y de otros enfoques en determinantes.

Recomendaciones: Fortalecer capacidades de investigación que respondan a necesidades y prioridades en investigación nacionales y regionales mediante proyectos.

Lic. En registros Médicos Lafourcade, Natalia.

“La sistematización de experiencias: Conocer la realidad para transformarla. La sistematización de experiencias como método que contribuye a la evaluación de actividades en APS y a la salud comunitaria. “

La promoción de salud en el ámbito educativo tiene una larga trayectoria en nuestro país. En particular estas son prácticas que se vienen desarrollando hace muchos años desde la Universidad y en particular desde el Programa APEX, con las escuelas y liceos.

Todas estas acciones tienen un valor y un papel preponderante como un eje para la concreción de la inclusión de la salud en todas las políticas públicas.

La sistematización no solamente le permite a las organizaciones registrar lo que hace y cómo lo hace sino también mejorar tanto la presentación institucional, como la rendición de cuentas que divulgue sus acciones y sus conocimientos. La sistematización de experiencias tiene características en común con otros tipos de producción de conocimientos como la evaluación.

Se diferencian en que dependiendo del tipo de evaluación, a la evaluación le interesa el producto o resultado del proceso y en la sistematización interesa tanto el proceso como el producto, por tanto va más allá de la evaluación.

¿A qué le llamamos sistematizar?

Para las Ciencias Sociales y el concepto más común es el de Sistematización de Información: recuperar, ordenar, precisar y catalogar datos para darle un carácter científico a las intervenciones sociales y hacer comunicables los conocimientos adquiridos.

El concepto de sistematización al que me quiero referir, tiene algunas diferencias sustantivas con el mencionado:

— “La sistematización es un proceso de interpretación crítica de una o varias experiencias, que a partir de su reordenamiento, muestran la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de esa manera.”
Oscar Jara H.

— Registrar, de manera ordenada, una experiencia que deseamos compartir con los demás, combinando el quehacer con su sustento teórico, y con énfasis en la identificación de los aprendizajes alcanzados en dicha experiencia. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos)

Dra. En Odontología Ranzuglia, Cecilia Melina.

“Pensando participación comunitaria en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario, Argentina”.

Objetivos: Reconstruir lo trabajado en un taller sobre participación comunitaria desarrollado en un Centro de Atención Primaria de la Salud, en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina.

Metodología: Relato y análisis de experiencias.

Resultados: La experiencia de taller que relatamos fue desplegada en tres encuentros, con diferentes consignas de trabajo para el equipo de salud, contando con la participación de odontólogos, psicólogos, personal administrativo y de limpieza, médicos generalistas, ginecólogos, clínicos, nutricionistas, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales y agentes sanitarios.

El resultado más importante de este trabajo fue la construcción interdisciplinaria de interrogantes relativos al sentido de las prácticas de participación comunitaria y sus condiciones de posibilidad. Algunos de estas interrogantes son: ¿Los talleres que se están realizando en este Centro de Salud junto a la comunidad representan espacios de participación?

¿La comunidad con la que trabajamos demanda estos espacios?

¿El equipo está preparado para sostener este tipo de intercambio con la comunidad?

Este equipo de trabajadores en Salud Pública, como tantos otros, está compuesto por personas de diferentes edades, formadas en distintas instituciones, diversas ideologías y diferentes disciplinas. Estas interrogantes, construidas en los puntos de encuentro entre estas diferencias, no existían con anterioridad a la realización del taller, o al menos no circulaban explícitamente.

Dr. En Odontología Marchant Bouffanais, Ignacio.

“Hábitos de Salud Oral de preescolares de 2 y 4 años de Jardines Infantiles vulnerables, Comuna de Retiro, Región del Maule, Chile 2013”

Dres. Priscilla Madrid Lafferte, Gerardo Cruces Ramírez, Andrea Muñoz Martínez.

La morbilidad oral constituye uno de los principales problemas de salud pública por su relación con la calidad de vida de las personas y están influenciados, entre otros, por hábitos y los determinantes sociales.

El Ministerio de Salud (MINSAL) propone el Programa de Prevención y Promoción de Salud Bucal para Pre-escolares (PPPSBP). Trabajos Comunitarios de Odontología (TCO) ha aplicado este programa en su totalidad, incluyendo instalación de vigilancia epidemiológica.

Objetivo: Determinar factores asociados a la generación de morbilidad bucal en de 2 a 4 años asistentes a Jardines Infantiles de la comuna de Retiro, beneficiarios del Programa preventivo en salud bucal para pre-escolares.

Metodología: Durante las actividades promocionales y preventivas ejecutadas por TCO en la comunidad rural de Retiro, fueron intervenidos 51 párvulos (2-4 años) asistentes a jardines infantiles de alta vulnerabilidad social, beneficiarios del PPPSBP. Se aplicó una encuesta de vigilancia a apoderados de dichos niños, determinándose hábitos en relación a dieta del niño, atención odontológica, salud bucal y entorno familiar.

Resultados: La prevalencia de caries en los párvulos fue de 51.16%, tres veces superior al promedio nacional. 74.47 % toma leche en la noche, 59.57 % toma líquidos azucarados antes de dormir. 86.67% se cepilla dos o más veces al día y 68.18 % lo hace con ayuda de un adulto. 85.11 % ha llevado alguna vez a su hijo al dentista. A 73.91 % le habían enseñado cómo lavar los dientes de su niño. Aun así, 76.60 % cree que su hijo necesita atención dental.

Conclusiones: Los instrumentos aplicados denotan que un alto porcentaje de la muestra tiene hábitos de salud oral desfavorables y alta prevalencia de caries, esto se relaciona con determinantes socioeconómicos y geográficos de la población estudiada.

Prof. Torrado Carlos.

“Procesos comunitarios de construcción de Salud”.

La formación de equipos de Promotores/as Comunitarios/as de Salud desde la integralidad permite abordar la educación y la promoción de la salud desde el punto de vista científico-popular.

El Programa APEX, a partir de un abordaje interdisciplinario, con un fuerte componente teórico-práctico, enfatizando en la participación de agentes y promotora/es comunitarios y adaptando los contenidos a la población destinataria como protagonistas claves en la planificación, ejecución y evaluación, se han desarrollado una serie de Talleres para Promotores/as Comunitarios/as de Salud con el objetivo de: Contribuir al fortalecimiento y a la formación de un equipo de Promotores/as Comunitarios/as de Salud en el área buco-dental, que conjuntamente con los técnicos, permita abordar la educación y la promoción de la salud buco-dental y la edición de una guía amigable de trabajo.

En el marco de los talleres con la participación de Promotores/as Comunitarios/as de diferentes zonas de Montevideo, se ha establecido el trabajo colectivo, desde la docencia y la práctica, desde la multi e inter disciplina, en actividades que han contribuido a integrar a los actores universitarios (docentes, estudiantes, funcionarios/as) con actores sociales, en procesos interactivos horizontales.

La promoción de la salud y la prevención requieren de Promotores Comunitarios involucrados y comprometidos en la comunidad, en los espacios donde se desarrolla la vida social, en lo cotidiano. El Promotor Comunitario de Salud debe acceder a una formación integral en salud desde la perspectiva de los Derechos a la Salud.

La salud entendida como un proceso que sólo puede abordarse desde la perspectiva y el contexto que rodea a las personas, nos plantea una redefinición del quehacer diario y el rol de la Extensión Universitaria.

Pensar en la salud y en la autopercepción de la salud nos obliga a ir más allá y contribuir a legitimar el perfil y el rol del promotor comunitario en el equipo de salud, identificar su función, características, cualidades y motivaciones.

Dra. En odontología Nappa Peluffo, Ana.

“Trabajo en Redes en un barrio de Montevideo. Mesa Técnica de Villa García 2008-2013”.

Los trabajadores del Sector Salud y del Sector Educación, el Programa Integral Metropolitano (PIM-UdelaR) y el SOCAT-MIDES-INFAMILIA, pertenecientes a la zona comprendida entre el Km. 16 y el km 22 de la ruta nacional 8 (Villa García), forman un espacio intersectorial local desde julio de 2008, al que se ha denominado “Mesa Técnica de Villa García - km 16”.

Estos trabajadores son referentes comunitarios en las áreas socio-educativas y de salud. Han desarrollado una modalidad de trabajo colectivo intersectorial favoreciendo una planificación a mediano y largo plazo, dándole calidad a los diferentes servicios, articulando y optimizando esfuerzos, y sumando los recursos disponibles en las distintas instituciones para abordar problemáticas comunes.

Desde el año 2006 a la fecha, realizan actividades coordinadas en las áreas de salud y educación, vinculadas tanto a la promoción de salud comunitaria como a la planificación de tareas concretas en el abordaje individual.

Como consecuencia del trabajo cotidiano y de la sistematización de las actividades realizadas, se priorizan problemas claves que requieren la participación de actores comprometidos de la zona.

La intersectorialidad es uno de los principios esenciales de la APS, que permite impactar en los determinantes de la salud, contribuir con actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) aparecen en nuestro modelo de atención como herramienta apuntando a articular los servicios de salud en función de una población y un territorio a cargo, potenciando el conocimiento de las necesidades sanitarias de la población, factores demográficos y epidemiológicos, y la articulación de la presencia de actores públicos y privados dentro del sistema.

Conferencia: “Salud bucal para todos y por todos”

Prof. Roberto Beltrán Neira – Perú

-Graduado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en 1952.

-Profesor emérito y fundador de la Universidad Cayetano Heredia de Perú, la cual lleva su nombre. Promovió la creación y organización de la Asociación Peruana de Facultades de Odontología de la cual fue Presidente.

-Integrante de la Comisión del Gobierno Peruano que preparó el Proyecto de Ley General de Salud.

-Coordinador del Programa de Innovaciones en la enseñanza y servicios odontológicos en A. Latina.

-Director de Programas de la Fundación W.K. Kellogg.

- Decano del Colegio Odontológico del Perú.

-Consultor de la Federación odontológica Latinoamericana.

-Promotor de la introducción a nivel nacional de la fluorización de la sal doméstica en México, Costa Rica y Perú.

-Ha realizado investigación básica, clínica y educacional, y publicado más de 40 trabajos en revistas en español y en inglés.

“Salud Bucal Para Todos y por Todos”

La odontología dispone de métodos efectivos para mantener la salud bucal de las personas. A pesar de ello los índices epidemiológicos de las infecciones más frecuentes de los dientes, de las encías y del periodonto se mantienen con poca variación en el medio urbano. En el medio rural la carencia de servicios preventivos es prácticamente total en la mayoría de países de América Latina...

Se conoce que factores de orden social, político y económico condicionan la presencia de estas enfermedades que afectan prácticamente a toda la humanidad en forma crónica. A tales factores se les viene llamando los condicionantes sociales de la salud.

La cuestión es si las profesiones de la salud pueden modificar significativamente tales condicionantes. Si así no fuera habría que generar un enfoque proactivo para atender el problema sin necesidad de esperar a que cambien favorablemente los condicionantes sociales.

Sin embargo, vale resaltar que frente a la incidencia de los condicionantes sociales cabe al sistema sanitario pasar por sobre ellos y actuar tempranamente con medidas promocionales y preventivas. Es decir, la presencia de tales condicionantes no exime a la profesión odontológica del deber de actuar. Las profesiones de la salud tienen el reto de actuar sobre la amenaza de la enfermedad para prevenirla y controlarla.

La infección bucal se instala tempranamente en el niño en cuanto aparecen los primeros dientes. Son la madre y el entorno familiar los responsables de transmitir las cepas bacterianas que infectan la película que normalmente recubre los dientes, dando lugar a la formación de una placa bacteriana, que es un verdadero cultivo de bacterias patógenas, que en los dientes produce la caries dental y en los tejidos blandos, gingivitis y periodontitis.

Las enfermedades infectocontagiosas han sido prácticamente erradicadas en los países desarrollados y en vías de desarrollo mediante los sistemas obligatorios de vacunación para toda la población. Si reconocemos que las infecciones de la boca afectan a toda la población, cabe pensar en qué medidas preventivas de carácter obligatorio y general pueden contribuir a disminuir los índices de enfermedad y en un futuro erradicar la caries dental y las enfermedades gingivoperiodontales.

Esta ponencia plantea la necesidad de una legislación nacional que haga obligatorio el control de la infección dental y gingivoperiodontal de la madre y del niño hasta el término de su escolaridad. Como se ha dicho, en América Latina la caries dental y las enfermedades gingivo periodontales aún son prevalentes a pesar de la disposición de métodos efectivos para prevenirlas. Estas enfermedades impactan la salud de las personas y la economía de las comunidades.

Se requiere diseñar y poner en práctica un modelo de amplia cobertura, sistematizado y de control programado. Consideramos que la mejor infraestructura y mayor cobertura para organizar este sistema son las facilidades físicas y administrativas del sistema escolar.

El Perú ha aprobado una ley que establece la instalación de servicios de salud en todos los colegios del Estado. Es un gran paso, cuyo segundo momento ha de ser la habilitación de personal especialmente preparado para una tarea de promoción y prevención que atienda a la mujer gestante y al niño desde la etapa pre-escolar. Un personal con capacidad de liderazgo en la comunidad para comprometer a los padres de familia y a los líderes sociales. Mucho se ha dicho sobre el papel promotor de la cultura que deben cumplir las escuelas en las comunidades donde están ubicadas. En el campo de la prevención ese papel permitiría incorporar al servicio de salud del sistema escolar la atención preventiva de la infección bucal de la gestante mediante un enfoque multidisciplinario e intersectorial que comprometa a los ministerios de salud y de educación.

Esta ponencia se sustenta en la prevalencia de las enfermedades infecciosas de dientes, encías y periodonto, en la universalidad del ataque de las infecciones en los distintos momentos de la vida y en la constatación de que la falta de control sanitario alienta el descuido y lleva progresivamente a la mutilación dentaria.

Esta ponencia sostiene que los condicionantes de la salud y enfermedad deben ser reconocidos y considerados en las grandes políticas de Estado para disminuir su letal incidencia. Sostiene que si no está al alcance de los profesionales de la salud cambiar los condicionantes sociales, si están obligados a actuar preventivamente para evitar la instalación de la enfermedad.

Esta ponencia invoca a los gobiernos de los países de América Latina a legislar a favor de la creación de un sistema de mantenimiento obligatorio de la salud bucal de la mujer gestante y de los escolares que implica la preparación de un personal especialmente formado para liderar el cambio en salud bucal de la comunidad.

Esta ponencia insta a las fuerzas vivas de la ciudadanía para que contribuyan activamente en los sistemas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, constituyéndose en la contraparte necesaria de los esfuerzos del Estado. Por ello decimos salud bucal para todos y por todos...la madre, la familia y la comunidad organizada y la persona misma, sea niño o adulto.

Para concluir puedo afirmar que la profesión odontológica tiene una responsabilidad pendiente que he llamado: LA DEUDA SOCIAL DE LA ODONTOLOGÍA.

La erradicación de las infecciones de la boca es una posibilidad científica y socialmente factible. Es el gran reto que la odontología y la organización social deben encarar en el presente siglo XXI.

***Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria -
SUOC -
Presentación “Campaña Uruguay Sonrisa Natural”***

**Dra. María Teresa Almaraz, Lic. Miguel Olivetti, Promotora
Rosa Núñez, Dra. Cristina Fernández.**

-Palabras de la Dra. Ma .Teresa Almaraz, presidente de la SUOC:
“Campaña Uruguay - Sonrisa Natural”

LA SALUD es un DERECHO HUMANO. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) en su artículo 25, establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”

La ODONTOLOGIA COMUNITARIA es ciencia y práctica, praxis, es la disciplina, que se ocupa de proteger y promover la salud buco-dental, de prevenir y controlar las enfermedades orales, incluyendo la rehabilitación de las secuelas, trabajando con la comunidad en equipo multidisciplinario, priorizando la salud.

Como sabemos, la salud buco-dental es aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población, debe ser abordada desde todas sus dimensiones: social y biológica, psicológica, política, económica, ambiental, cultural.... priorizando la salud, para lograr metas en salud, trabajando conjuntamente con la gente en equipo, desarrollando la práctica odontológica a través de la multidisciplina transitando a la interdisciplina.

Ahora bien una de las problemáticas importantes a la que tenemos que enfrentarnos en la actualidad - los trabajadores comunitarios - es la divulgación, el compartir, articular e integrar saberes, o sea la democratización del saber en ambos sentidos, desde la población hacia la odontología y desde la odontología a la población.

Este equipo viene realizando desde el año 2001 ininterrumpidamente jornadas, cursos, talleres de Odontología Comunitaria en las cuales intervienen estudiantes, profesionales del área salud de diversas disciplinas, vecinos, promotores de salud, equipo odontológico.

En las 5tas. Jornadas de Odontología Comunitaria, llevadas a cabo en Montevideo en 2009, en el capítulo conclusiones se expresó la necesidad de crear una Seccional de Odontología Comunitaria en la Asociación Odontológica Uruguaya (AOU), que nucleará gente que trabaja en la disciplina en varios organismos, instituciones públicas y privadas, se solicitó entonces a la AOU y su comisión directiva lo aprobó. Posteriormente se fundó la SUOC - Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria. En el año 2011 se resolvió realizar una campaña de promoción de la salud buco-dental y prevención, por lo cual el equipo entendió que debía abocarse a su realización, ya que hacía años se estaba pensando realizar dicha campaña.

Comenzamos por el nombre CAMPAÑA - URUGUAY SONRISA - NATURAL.

Sonrisa Natural, como sinónimo de salud, salud que debemos preservar y proteger, es una campaña en pro de la salud bucal.

Solicitamos la utilización del nombre en el Ministerio de Turismo y Deporte, a quien agradecemos su apoyo y cooperación en esta tarea.

Su objetivo es: Contribuir al mejoramiento de la salud buco dental de la población mediante una campaña - la cual en su primera fase se viene realizando por medio de afiches sobre higiene buco-dental, los afiches fueron realizados por un equipo multidisciplinario, conjuntamente AOU-SUOC, Programa Apex- UdelaR.

La higiene buco-dental es el procedimiento o la medida más eficaz, económico y de mayor alcance para la prevención de las dos enfermedades bucales infecciosas más prevalentes. Trabajamos esta frase con psicólogos, enfermeras, vecinos, comunicadores, educadores, licenciadas en trabajo social, promotores de salud, compañeros administrativos de trabajo, a fin de que fuera lo más clara posible y realizada entre todos.

Y esta es la frase que resulto del trabajo integrado,

La manera más eficaz y económica de cuidar la salud de tu boca.

El afiche lleva en su parte superior el nombre de la campaña: Uruguay – Sonrisa Natural, foto con los padrinos y madrinas de la campaña, los cuales son personalidades destacadas del quehacer nacional. Gracias a Noelia CAMPO, Rafael COTELO, La Murga Agarrate Catalina y Clara BERENBAU.

Gracias a ellos, porque sin ellos no podrían haber empezado la campaña, la foto fue realizada por la fotógrafa Lic. Gimena Mastroiani, que como todos trabaja en forma honoraria.

Los destinatarios de esta campaña son: la población uruguaya, es de carácter nacional.

Probablemente no hay ningún problema de salud que no haya sido abordado, con un afiche o cartel, dado que es un método económico, de gran impacto, es un medio eficaz y masivo que puede ser visto por la población en general, nos pareció una alternativa eficaz para difundir el mensaje, buscamos que la gente pueda captar el mensaje con una imagen llamativa, con las madrinas y los padrinos, con la finalidad de estimular hábitos saludables, que es a lo que apuntamos y/o cambiar o suprimir hábitos nocivos, integrando el saber científico y el saber popular.

Este trabajo ha sido realizado desde el principio en forma honoraria.

Nosotros creemos que las calles de las ciudades, los pueblos, sus peatonales, los ómnibus y sus paradas, representan la realidad socio-cultural de la gente y tienen la propiedad de igualar a transeúntes y viajeros.

Los afiches y los carteles son un interesante vehículo para llegar a esos lugares, colocados en lugares estratégicos, tiene un gran potencial de impacto.

Nuestro especial agradecimiento a Ministerio de Salud Pública, y al Ministerio de Turismo y Deporte, a nuestras madrinas y padrinos, y a todas y todos los cuales han aportado como nosotros a este trabajo.

-Palabras del Lic. Miguel Olivetti, Programa APEX – UdelaR: “Vectores comunicacionales para el diseño de la campaña de Salud Odontológica.”

La campaña de higiene bucal elaborada por la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria tuvo un soporte comunicacional en el equipo docente del sub programa de Información del Programa Apex- Cerro de la Universidad de la República.

Este material muestra la importancia del trabajo interdisciplinario en la promoción de salud en donde profesionales universitarios de las Ciencias de la Comunicación realizan aportes al diseño de las estrategias de promoción de salud bucal. El aporte se da tanto por una dimensión analítica como técnica. La elección de los medios expresivos y los mensajes diseñados surgen de un pensamiento sobre los componentes pedagógicos vinculados a las estrategias de promoción de salud, luego la retórica utilizada se acopla a ellas para terminar de configurar así la composición resultante expresada en signos visuales.

Los objetivos comunicacionales planteados por el equipo de trabajo para la campaña “La higiene bucal” se estructuraron a partir de una estrategia educativa entorno a los beneficios de la prevención de salud bucal. La comunicación publicitaria muchas veces se estructura exclusivamente sobre el posicionamiento buscado de un concepto o producto en una determinada población objetiva, esta visión muchas veces está asociada a una intención persuasiva con fines comerciales. En este caso no se buscó el posicionamiento persuasivo sino una búsqueda pedagógica que propiciara algunos disparadores para la reflexión en este caso sobre la importancia de la prevención de la salud bucal centrada en el cepillado dental en la población destinataria del mensaje.

La definición del componente educativo como eje estructurar de la comunicación se ve acompañado de la elección del medio gráfico como forma de satisfacer la necesidad de contactar a un público objetivo amplio, no delimitado a priori por variables sociológicas, esta decisión de la Sociedad Odontológica del Uruguay implica una búsqueda de un público general y el medio gráfico permite la aplicación de un lenguaje de llegada accesible y de fácil lectura potencial para la mayoría de los estratos sociales.

Con la visión de una comunicación con un fuerte objetivo pedagógico que aporta a las herramientas de prevención de salud que intenta promover la Sociedad Odontológica, en las que la elección del medio gráfico se justifica por sus capacidades expresivas para la lectura en diferentes segmentos de la población, aparecen las elecciones a nivel del contenido visual con una composición que incluye la elaboración de signos estructurantes de la comunicación: fotografías, textos escritos, logotipos entre otros.

La producción de sentido que adquiere la pieza gráfica se relaciona con la importancia de las prácticas preventivas como una manera más eficaz y económica del cuidado de salud bucal. Ese horizonte significativo busca ser explícito a través de anclajes de texto e imágenes reconocibles en la decodificación. La necesidad de tomar contacto con muchos segmentos de población y cerrar los horizontes interpretativos hacia los conceptos de prevención de salud explican una elección de una retórica basada en la adjunción de elementos más que en la sustitución más elaborada que posibilitaría tal vez recursos más creativos.

Las imágenes de personajes identificables por diferentes segmentos de la población, posibilita un reconocimiento sobre huellas de otras comunicaciones públicas que el receptor puede hacer. Son personas que ya han hecho otras apariciones públicas ya sea en televisión, radio o gráfica y esto le confiere a este producto una significación sobre el reconocimiento que se basa en las significaciones previas realizadas sobre los personajes. La elección de los mismos tiene que ver con captar diferentes estilos y códigos con el público. El común denominador es su sonrisa natural, que es conocida previamente pero que en esta producción adquiere un nuevo sentido, el anclaje del mismo está dado por la incorporación de textos escritos que aterrizan los recorridos significativos.

-Palabras de la Promotora Comunitaria de Salud, Sra. Rosa Núñez:

Es con gran placer que he recibido la invitación para hacer mi modesto aporte junto a estos gigantes del trabajo sobre odontología comunitaria.

Los dientes son la....., en cada cuerpo humano. Y digo esto porque de mañana cuando nos levantamos y al mirarnos al espejo nos sonreímos y al decirnos que bien me siento hoy; lo que observamos es una linda sonrisa.

Ahora haciendo referencia al trabajo que desarrolla este equipo a mi me llamó gratamente la atención que al hacer el relevamiento, los arreglos comiencen por la parte sana; para luego recién seguir con la carie o la extracción según lo que corresponda, porque de ese modo se previene y se proporciona el cuidado de los dientes.

No se si soy clara en la explicación, hay gente mejor capacitada que yo para hablar del tema, así que les hablaré de un trabajo muy lindo que surgió de un grupo que tenemos con tres compañeros más un estudio comparativo de la salud buco dental de la población afro uruguaya, estamos trabajando en eso y creo que en poco tiempo estaremos ya haciendo el trabajo de campo. Disculpen que no me extienda en el desarrollo del mismo; pero me gustaría hacer hincapié en el intercambio de saberes, que bueno que nuestra universidad haga valer esa horizontalidad.

Los docentes (técnicos) se ocupan de lo que les corresponde, los estudiantes lo que a ellos y nosotros los promotores de salud, lo nuestro. Visitar, encuestar, juntar los datos que se utilizarán para hacer el estudio comparativo, etc. Véase el valor del trabajo de los promotores de salud. Una linda tarea hecha en equipo con el fin de mejorar la calidad de vida y la salud buco dental de la población afro mediante la prevención.

Aprovecho la oportunidad para hacer referencia a la cartelera que se elaboró para promocionar la campaña, un trabajo de equipo; hablo por mí, me sentí sumamente satisfecha con el resultado pero más que nada con el comportamiento de los académicos, que hicieron sentir a la vecina en total libertad de expresar sus saberes. Ejemplo: color, tamaño, etc, todo un disfrute. Además de un trabajo serio y responsable, donde nos reímos, bromeamos, y también hubo críticas para colaborar con la perfección del trabajo. Los y las promotoras de salud somos y estamos siempre abiertos a participar en este intercambio de saberes, de los cuales salimos todos fortalecidos. El trabajo se hizo en varias instancias.

Uruguay - *Sonrisa Natural*
La higiene bucal



La manera más eficaz y económica
de cuidar la salud de tu boca



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

Auspicia
Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Turismo y Deporte

“Educación - díptico - Cuidemos a la primera infancia”

Dras: Natalia Acosta, María Teresa Almaraz, Rosemarie Huartamendía, Laura Hermida, Prof. Carlos Torrado.

-Palabras de la Dra. Natalia Acosta, integrante de la SUOC:

Este díptico constituye una etapa de la Campaña Uruguay- Sonrisa Natural.

Nosotros entendemos que un díptico es un folleto impreso, formado por láminas de papel o cartulina que se dobla en dos partes. Constituye un medio para transmitir ideas sencillas, siendo una herramienta fundamental para la difusión de la información (especialmente para presentarla), con el objetivo de comunicar y a su vez educar. Por lo cual debe combinar el lenguaje verbal e ilustrado para lograr un impacto visual en la población, con la información necesaria de lo que se desea transmitir.

Encontramos una serie de ventajas las cuales nos llevaron a decidirnos por esta herramienta de difusión: a) va dirigido a todo el público; b) produce impacto visual, ya que las imágenes poseen colores brillantes y atractivos; c) es de fácil lectura; d) se pueden realizar con pocos recursos; e) atraen la atención del receptor, ya que al estar plegados producen curiosidad; f) se entrega en forma personalizada.

Es así que surge el díptico “Cuidemos a la primera infancia”, y ¿por qué elegimos este nombre? Porque: Cuidando la primera infancia promovemos el establecimiento de hábitos y condiciones favorables para la salud bucal del niño y futuro adulto. Entendemos que la Salud es un derecho inalienable y aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial; y nuestro objetivo principal es proteger la Salud”.-

Como ya dijimos, surge como una etapa dentro de la campaña, con el objetivo de transmitir un mensaje claro y conciso a sus destinatarios, en este caso al binomio madre-hijo y a su entorno familiar, enfatizando en la protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad tanto en la embarazada como en los niños desde su nacimiento para lograr adultos sanos.

Fue realizado por el equipo integrado por:

-La Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria (SUOC), la cual invitó a la Sociedad Uruguaya de Odontopediatría (SUOP) cuya representante es la Dra. Laura Hermida

-La Asociación Odontológica Uruguaya

-Programa APEX - de la Universidad de la República

Los personajes del díptico son los que aparecen en la “Guía amigable para promotores/as comunitarios de salud buco dental” del Programa APEX-UdelaR y en la “Guía amigable para la promoción de la salud buco dental en la Primera Infancia” de Uruguay Crece Contigo.

Acto Inaugural - Palabras de Autoridades

Palabras de la Dra. Alba Carvallo en representación de la SUOC:

Buenas noches autoridades de la Asociación Odontológica Uruguaya, de la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria, profesionales uruguayos y extranjeros, miembros de la comunidad y compañeros del equipo.

La Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria, constituida hoy en la Asociación Odontológica Uruguaya, tiene el honor y el placer de darles la bienvenida y agradecerles su presencia en el 2º Congreso de Odontología Comunitaria - 7ª Jornadas que dio comienzo en la tarde de hoy.

Una vez más este equipo, reafirmando su compromiso con las metas propuestas hace ya más de 15 años, propicia un ámbito dialéctico donde los saberes se difundan, se intercambien, se profundicen para proyectarse a la comunidad y a la academia enriquecidos con los aportes y experiencias de todos.

Es para nosotros de invaluable cuantía, la dinámica técnico-comunidad-aprendizaje, establecida en este equipo de trabajo, mancomunado en el esfuerzo de mantener vigente aquello de "enseñar aprendiendo y aprender haciendo", en el ámbito y en el momento en que surgen las dificultades que convertirán nuestra teoría... en práctica y aprendizaje.

Como lo hemos dicho en otras oportunidades: "no somos abanderados del saber, no imponemos técnicas ni ideologías, somos la sumatoria de todos aquellos que con, trabajo y tesón (como dijera el Dr. Pablo Carlevaro en el 1er. Congreso) vamos construyendo un camino donde podamos transitar juntos."

Con ese propósito estamos aquí, ávidos de escucharlos y de compartir vuestros saberes.

Les damos una vez más la bienvenida a este evento y destacamos el esfuerzo de profesionales, estudiantes y comunidad que han llegado de otros departamentos del país y de la región: Argentina, Chile, Perú y Colombia gracias a todos ustedes por estar hoy aquí.

Les deseamos buena estadía, que disfruten del evento, de nuestra ciudad y que puedan confraternizar y estrechar lazos de amistad.

Muchas Gracias.

Palabras de la Lic. Nut. Raquel Palumbo, Directora Interina del Programa APEX-UdelaR:

Buenas noches para todas y todos.

En nombre de los/as integrantes del Programa APEX de la Universidad de la República agradezco a la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria y la Asociación Odontológica Uruguaya, la invitación a participar del acto de apertura del 2º Congreso de Odontología Comunitaria y 7ª Jornadas de Odontología Comunitaria.

Saludo a organizadores/as, docentes invitados/as, asistentes y ponentes nacionales y de países hermanos como Argentina, Perú, Colombia y Chile.

El Programa APEX es testigo del trabajo y esfuerzo del desarrollo de esta área dentro de la odontología que hace foco en el abordaje comunitario de la salud bucal. El sub programa Salud Bucal está gestado desde la perspectiva comunitaria, con equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención, sustentado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, en un territorio específico con sus determinantes psicosociales. Este escenario de formación que ya lleva más de veinte años, basado en un modelo de enseñanza por problemas y donde profesionales, agentes comunitarios, docentes y estudiantes actúan en el espacio donde viven las personas, las familias, los grupos, desde la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

Eventos como este promueven que la odontología comunitaria como área emergente, progrese en la sistematización de sus experiencias y en la visibilidad de estrategias creativas para la promoción y protección de la salud bucal. Aportando desde esta perspectiva a la formación de los profesionales y a la renovación del compromiso de trabajar para que la atención de la salud bucal sea un derecho que no esté condicionado por lógicas mercantilistas.

Les deseo que disfruten de este encuentro porque la excelencia de los abordajes y experiencias compartidas, ya está asegurada.

Palabras del Dr. Álvaro Moreno integrante del Consejo Directivo de la AOU:

Sra. Presidente de la SUOC Dra. María Teresa Almaraz, Sra. Secretaria de la SUOC Dra. Beatriz Ferreira,

Autoridades, funcionarios y colaboradores de la AOU, socios/as de la SUOC, queridos colegas todos:

Como profesionales de la salud, formados en la Universidad de la República, así como integrantes de la Asociación Odontológica, nos hemos esforzado por continuar el camino de nuestros Maestros, en pos de alcanzar y mantener la salud bucal, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos, sin más distinción que las que establecen sus necesidades.

Esta obra en la que nos embarcamos hace años, este quehacer odontológico que damos forma día a día, solo lo podemos sustentar sobre tres grandes pilares: formación continua, servicio a la Comunidad y Gestión de Salud; pilares estos, fundamentales que se mantienen en pie por la acción de la Universidad de la República desde siempre, en la atención brindada en nuestra Casa de Estudio, en el Programa APEX que ha llevado la atención allí donde más se la necesita, y aquí, en nuestra Casa Gremial, en acciones como las desarrolladas por la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria, señalando el rumbo como mascarón de proa por una salud igualitaria, donde tengamos siempre presente la calidez para con el otro y la calidad del servicio.

En mi carácter de integrante del Consejo Directivo de la Asociación Odontológica Uruguaya, y en representación de éste, les deseo éxitos en este 2º Congreso de Odontología Comunitaria, congreso que sin lugar a dudas permitirá a todos quienes participamos, ver colmadas nuestras expectativas y renovar el compromiso de trabajar por “Salud para Todos”, como desde nuestros inicios y por siempre.

Conferencia: “Gestión Positiva de Salud”

Prof. Dr. Enrique Saforcada – Argentina

Doctor en Psicología

-Profesor Consulto Titular de Salud Pública/Salud Mental Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires (UBA)

-Profesor Titular de Salud Pública - Carrera de Psicología - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Favaloro

-Coordinador General del Proyecto Intracomunitario de Neurodesarrollo en Niños de 0 a 11 en Situación de Pobreza Estructural en la Ciudad de San Luís

-Autor de más de doscientos trabajos, presentaciones científicas, capítulos en libros extranjeros y autor o coautor de los libros “Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud” (Paidós, 1999), “El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva” (Proa XXI, 2001), “Psicología y políticas públicas en salud” (Paidós 2006), “Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano (Paidós, 2010), “Neurociencias, salud y bienestar comunitario” (Nueva Editorial Universitaria 2010).

“Gestión positiva de salud”, si bien debió ser “Gestión de salud positiva”

En primer lugar quiero agradecer profundamente la invitación, por la que estoy acá presente, a las autoridades de la Asociación Odontológica Uruguaya, particularmente a la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria, a su Presidenta y Secretaria, Dras. Almaraz, Carvallo y Ferreira, al Programa APEX-Cerro de la UdelaR, a su destacado Promotor de la Salud Nelson Bueno y a todas las personas que con su esfuerzo han hecho realidad este evento.

En segundo lugar quiero especificar una cuestión central. Cuando se va a exponer un tema perteneciente al campo de la salud es conveniente aclarar si se hablará desde la perspectiva de la salud individual o desde la correspondiente a la Salud Pública. Si bien ambos espacios tienen en común cuestiones vinculadas con el proceso de salud hay aspectos fundamentales en que difieren.

Lo que voy a exponer pertenece absolutamente al campo de la Salud Pública, no de la salud individual. Nadie puede pretender gestionar la salud de una persona, sí se debe hacer cuando se trata de la salud de la sociedad o de las comunidades, dado que gestionar implica administrar recursos y acciones a través del trazado de políticas públicas y el armado y ejecución de programas de acción. Es una responsabilidad de los tres poderes del Estado que, directa o indirectamente, convergen en el campo de la Salud Pública.

El diccionario de la Real Academia Española precisa el significado del vocablo gestionar, consignando que es “hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera”.

Con relación a la segunda alternativa, logro de un deseo en el campo de la salud, es de sensatez y respeto a los derechos humanos buscar satisfacer el natural deseo de lograr, o aportar a lograrlo, que la gente sana permanezca sana y, si es posible, que esté más sana aún; la salud no es un punto de llegada sino una condición y una potencia.

Con respecto a la primera alternativa, diligencias conducentes al logro de un negocio, se puede pensar que deberían estar orientadas del mismo modo, pero como la RAE define los vocablos de nuestro idioma y las palabras encierran la realidad, hay que tener en cuenta que esta academia

define gestión adjudicándole una finalidad que denomina negocio. A su vez, el vocablo negocio la RAE lo puntualiza manifestando que es “aquello que es objeto o materia de una ocupación lucrativa o de interés” y por acá entramos en el gran problema de la Salud Pública hoy: la cuestión de que se la puede gestionar con el fin de alcanzar instancias que implican el interés humano de lograr que la gente esté sana o se lo puede hacer con fines lucrativos.

En el mundo occidental, el campo de la salud pública se ve distorsionado por la avidez lucrativa del complejo industrial que usufructúa el mercado de la enfermedad y que está constituido, esencialmente, por las industrias de los rubros químicos farmacéuticos, electro mecánico, electro electrónico y físico nuclear. Estas empresas y grandes corporaciones buscan colocar masivamente sus productos, todos destinados al diagnóstico y la cura de enfermedades, con el agravante de que esta última finalidad ha ido cambiando hacia la cronificación de las mismas más que a su cura. Por estas razones los responsables de la Salud Pública, imperceptiblemente o a veces de modos flagrantemente intencionales, están en el pleno camino de gestionar enfermedad.

El problema se agrava progresivamente porque cuando se gestionan dolencias desde los puntos de vista del lucro, propios o ajenos pero impuestos a los decisores y ejecutores de las políticas, programas y proyectos de acción, como los fines lucrativos son siempre de maximización ilimitada, se extralimita la oferta, uso y prescripción de los recursos destinados a la patología presente o amenazante y poco a poco el país se acerca a una situación en que la sociedad se va transformando en una gran sala de hospital, como era el propósito del Dr. Knock en la obra satírica del dramaturgo francés Jules Romains.

Indefectiblemente, esto implica que la masa de morbilidad que debe soportar cada país se hipertrofia artificialmente, a la par que los presupuestos para el área resultan cada vez más críticamente insuficientes. Según como se tenga regulado el accionar de este complejo a través de las leyes, estrategias de acción y otros dispositivos puede darse el caso que en un país se llegue a agregar una tercera parte de enfermedad a la carga de morbilidad natural del mismo, adicionándole así morbilidad artificial que, hablando con propiedad, debemos denominar enfermedad pública porque,

potencialmente, los poderes del Estado podrían evitarla y no lo hacen por presiones del mencionado complejo e indebidas complicidades facultativas. No en vano, los estudios de la Dra. Bárbara Starfield determinaron que el Sistema de Servicios de Salud de Estados Unidos son la tercer causa de muerte en este país y del total de estas muertes el mayor porcentaje se debe al resultado adverso de las drogas empleadas, no a mala praxis médica.

En épocas pretéritas, cuya distancia temporal en cada nación depende de su propia historia de la salud local, lo que estoy planteando tal vez no habría tenido sentido o tanto sentido como lo tiene hoy. No obstante, los profesionales de la salud siempre fueron y son formados, desde el Renacimiento, para ocuparse solo de la enfermedad, actual o potencial, porque la profesión señera del ámbito de la salud, la medicina, pasó a ser el instrumento fundamental de control social para los poderes del Estado; ustedes tuvieron a un gran estudioso del proceso de medicalización de la sociedades, José Pedro Barrán. Como bien sabrán, nuestras inequitativas sociedades solo se controlan por el miedo al sufrimiento o a la muerte y esos dos miedos, con la aquiescencia de la sociedad, solo los manejan la religión y la medicina. El miedo es la gran fuente de poder humano, también da lugar a la soberbia y la omnipotencia.

Pero volvamos al núcleo de esta exposición que no es precisamente la enfermedad sino la salud. Las cosas se fueron distorsionando tanto que hoy el vocablo salud ha adquirido las características de un disfraz verbal o un eufemismo. Es frecuente oír o uno mismo hablar, comenzando por decir “bueno, vamos a hablar de salud... la gripe porcina o la tuberculosis o la caries dental...” y surge la pregunta “¿cómo, no era que íbamos a hablar de salud?” Es inexacto o incorrecto hablar de profesionales, ministerios, políticas de salud porque en realidad lo son de enfermedad, dado que hasta la prevención primaria también es ocuparse de la enfermedad. Por lo tanto, sería adecuado y fértil denominar estas instancias o realidades como profesionales, ministerios y políticas de la enfermedad dando así lugar a que un país, lúcido, comience a pensar que también puede generar y crear profesionales, ministerios y políticas de salud-salud o, tratando de diluir el engaño eufemístico antes mencionados apelar, como lo hizo Milton Terris, a la expresión de salud positiva dando lugar a que la enfermedad se denomine salud negativa. Pienso que sería interesante y útil, por la fuerza pedagógica

que tendría, comenzar a hablar y ver escrito: Ministerio de Salud Negativa, profesionales de salud negativa y políticas de salud negativa. Facultad de Ciencias de la Salud Negativa. Esto daría lugar a empezar a pensar en el despliegue necesario de la salud positiva.

Este es el tema que he venido a exponer y que me gustaría discutir con ustedes: la gestión de salud positiva o comenzar a pensar en cómo, en términos de la RAE, hacer diligencias conducentes al logro de que la mayor parte de la población esté y se conserve sana.

Al respecto es necesario poner sobre la mesa una cuestión fundamental para cualquier gobierno, sociedad o país: la gestión de salud positiva casi no tiene costos porque su desarrollo no implica insumos provenientes del complejo industrial antes mencionado. Su insumo esencial es solo la palabra, la comunicación interpersonal entre profesionales y técnicos con quienes integran las comunidades con las que se trabaja y con las poblaciones consultantes.

Hay una realidad de suma importancia que se debe tener en cuenta con relación a este planteo; su relevancia proviene de que se trata de algo que está ocurriendo ahora mismo con gran eficacia y eficiencia en forma cotidiana, me refiero a la pediatría. Las buenas escuelas de pediatría de nuestra región, algunas de las cuales, como la chilena del Dr. Julio Meneghello, se denominan de pediatría social, son un ejemplo contundente de gestión de salud positiva. Estas concepciones y prácticas pediátricas implican que sus facultativos dedican no menos de las dos terceras partes de sus tiempos de trabajo profesional al consultorio del niño y el adolescente sanos. Una buena pregunta a formularnos es ¿cuál es el costo del consultorio del niño sano? Entonces, ¿por qué no se puede contar con consultorios del viejo y la vieja sanos o consultorios de adultos jóvenes sanos?, ¿por qué nuestros países no poseen dispositivos y establecimientos para la atención de las personas sanas o casas de salud?

Dando un seminario de posgrado en la provincia de Tucumán, en Argentina, uno de los cursantes, odontólogo, me informó que él solo atendía personas con la boca sana y que todo lo que implicaba prevención de la enfermedad lo derivaba a colegas, él se dedicaba a la protección y promoción de la boca sana y así se ganaba la vida con total holgura económica.

Tal vez resulta una cuestión compleja comenzar a pensar en generar este tipo de instituciones a escala social. Tenemos que aceptar que desarrollar capacidad instalada en salud positiva no es una cuestión simple y requiere desarrollos educativos, políticos y culturales que, a su vez, exigen voluntad y poder políticos.

Por el contrario, es de mucha menor dimensión y está en nuestras manos apuntar a proyectos y programas geográfica y poblacionalmente acotados (una comunidad, un barrio, una institución como puede ser una escuela primaria y/o secundaria o la misma universidad) en los cuales poner en marcha la estrategia de gestión de salud positiva. Lo esencial de esta orientación práctica reside en cinco principios o componentes que, en síntesis, implican considerar a las personas como sujetos de derechos. El primero de estos componentes es el que explícitamente trata de los derechos humanos y su natural jerarquización, la cual debe ser incondicionalmente respetada por los profesionales.

La segunda cuestión es basar la planificación de las acciones en la lógica del triángulo inteligente de la salud.

El tercer paso implica atenerse estrictamente a la aparente consideración ilógica de buscar tener la peor puntería posible.

El cuarto asunto nos lleva a bajarnos de los caballos a que la universidad nos enseña a montar y volvernos sencillos pero eficaces, e implica otra cuestión ilógica para el mundo universitario: usar el conocimiento más simple.

Finalmente, el quinto y último paso nos adentra en una perspectiva generalmente inaceptable en el mundo occidental que insta que la vida sea puro esfuerzo y trabajo duro; en gestión de salud positiva no, lo que se postula es que siempre se tome por el camino del menor esfuerzo.

Bien, esto es todo lo que quería plantear.

Gracias por haberme escuchado.

Mesa Redonda: “Gestionando Salud”

Coordinadora Mag. Susana Rudolf

Psicóloga Especialista en Administración de Servicios de Salud. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Ex Profesora Titular del Área de Salud de la Facultad de Psicología. Ex Directora del Programa APEX de la Universidad de la República.

Integrantes de la mesa: Dr. Wilson Benia, Sra. Marta Ruiz Díaz, Dr. Fernando Tomasina, Soc. Rodolfo Levin, Dra. Ma. Teresa Almaraz.

La coordinadora comenzó compartiendo la siguiente reflexión: la preocupación por la gestión de los servicios de atención a la salud es relativamente reciente en la historia de las profesiones en occidente. Desde los lejanos comienzos en que las relaciones eran fundamentalmente individuales y cara a cara (la clínica hipocrática propiamente dicha) hasta la planificación y administración de sistemas complejos que abarcan países enteros.....hemos pasado por muchas etapas.

En los fines del siglo XX, con el auge de las políticas y prácticas neo liberales y su traslado a las políticas sociales, primó una orientación de la gestión que en el comienzo de este siglo XXI parece retroceder ante la comprobación de sus errores y sobre todo de las injusticias generadas.

Pero no es solo una concepción de la economía la que subyace a una orientación de la gestión, sino también una determinada concepción de la salud propiamente dicha. Es por ello que esta actividad se planificó relacionada con la Conferencia sobre “Gestión Positiva en Salud” del Prof. Saforcada.

Como estímulo motivador para el intercambio a desarrollar en el transcurso de la Mesa, se propuso un fragmento de Gastao Wagner de Sousa Campos, en su libro “Gestión en Salud. En defensa de la vida”(de Lugar Editorial, Bs. As. 2006)

...”directriz fundamental a ese proceso de reformas permanentes y progresivas, se asocia al esfuerzo para disminuir al máximo la distancia entre los que comandan, planifican y dirigen a la mayoría de los ejecutantes de acciones y servicios ordenados.

Trabajar para que todos sean en alguna medida gerentes, reformular los organigramas de las instituciones redistribuyendo el poder de decidir. Atribuir a cada grupo la libre organización de su propio proceso de trabajo trae para la base las amarguras y las dificultades de manutención y reproducción de las organizaciones. Es obvio que este proceso es antagónico con la lógica de la propiedad privada, y que se opone a la tradición burocrática y clientelista de las instituciones públicas. Pero es de esto mismo de lo que se trata, de la creación de condiciones sociales para que el conjunto de la sociedad experimente los límites de estas contradicciones, buscando y madurando nuevas soluciones; ya que las viejas neo liberales o estatizantes están por agotarse.”

A continuación se transcriben las ponencias que fueron enviadas por escrito por los integrantes de la Mesa, con una breve presentación del curriculum de cada uno de ellos.

- Dr. Wilson Benia

Médico. Magíster en Epidemiología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomado en Salud Pública (Facultad de Medicina. Udelar). Profesor Adjunto Medicina Preventiva y Epidemiología en el Programa APEX-CERRO. Udelar (1997 – 2001). Profesor Adjunto Titular del Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, Udelar (2001-2009). Director de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (2005 - 2010). Asesor de la División Salud de la Intendencia de Montevideo (2010 – 2012). Coordinador de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS – ASSE). Consultor Nacional de OPS/OMS desde abril 2012.

Gestionando Salud: El título de la Mesa nos convoca a clarificar de qué hablamos cuando nos referimos a gestionar salud. Intentaremos tres aproximaciones, que tienen en común la noción central que gestionar es tomar decisiones, pero ¿respecto a qué? Podemos enfocarlo como gestionar Salud propiamente dicha, entendiéndolo como la implementación de los cursos de acción tendientes a que las personas se mantengan sanas. Es posible también poner el foco en la gestión de Servicios de Salud así como en la gestión de Sistemas de Salud. Tres posicionamientos diferentes.

Plantearnos Gestionar Salud nos remite al campo de la intersectorialidad, en la medida que para mantener a las personas sanas y evitar efectos deletéreos del entorno sobre su salud, tenemos que actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud. Y ello solo es posible si se gestiona una adecuada articulación de los organismos del sector salud con otros ámbitos del Estado y la Sociedad Civil organizada. Tendremos que abordar aspectos vinculados a la alimentación, el agua potable, la vivienda, las condiciones de trabajo, la segmentación social, la distribución de la riqueza y el poder, el ejercicio de derechos, etc.

En esta perspectiva se instala un nudo muy importante vinculado a como se construye y quién lleva la agenda. El desafío es superar la fragmentación entre los organismos del Estado; superar la tendencia a que los temas se aborden desde estamentos cerrados de poder. En este ámbito, quizá más que en otros, gestionar Salud es negociar la conformación de una agenda compartida, con involucramiento de la sociedad civil organizada, habilitando la participación social y el empoderamiento de la comunidad para incidir en su entorno.

Hay camino andado en esto. La construcción de una Matriz de Protección Social con vocación universal y capacidad de focalización en poblaciones vulnerables, parece ser un camino posible, que se está transitando. Los actores del sector salud deben desarrollar las destrezas necesarias para incidir en esta dinámica.

La perspectiva de Gestionar Sistemas de Salud, nos coloca ante el desafío de dar cuenta de las funciones básicas de los sistemas de salud: rectoría, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios.

La gestión de la rectoría implica definir y monitorear lo que se debe hacer desde el Sistema de Salud para cuidar la salud de la población. Es definir las reglas de juego, el marco normativo. Un ejemplo de ello es la definición del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), que significa definir el conjunto de prestaciones que se debe asegurar a la población, y por lo tanto exigibles por los ciudadanos, con criterio de integralidad (las diferentes dimensiones de la salud y del proceso salud – enfermedad), con sustento técnico en base al conocimiento científico sistematizado, y con criterio de sostenibilidad (lo que se puede sostener en el tiempo, cultural, política y financieramente, para que las prestaciones no sean pan para hoy y hambre para mañana).

La gestión del financiamiento remite a como organizamos los recursos del Estado (las rentas generales, los aportes de los contribuyentes) para asegurar el financiamiento de las prestaciones. El desafío aquí es superar la lógica del mercado y de mercantilización de los bienes y servicios de salud. La exigencia es implantar una solidaridad operativa en el financiamiento, donde se brinde protección financiera a las personas, con una lógica de que los sanos aporten para los enfermos, que los jóvenes aporten para los viejos, y que cada uno aporte según sus capacidades y reciba según sus necesidades. Un ejemplo de esto ha sido la mancomunidad de recursos que implantó la reforma a través de un fondo único, público y obligatorio, el FONASA, que se nutre en forma mixta de aportes contributivos de los trabajadores y las empresas, y no contributivos de rentas generales.

La generación de los recursos en los Sistema de Salud implica un amplio abanico de acciones que va desde la racionalización del uso de la tecnología, evitando duplicaciones e ineficiencias, y las presiones del complejo médico – industrial; hasta la previsión planificada de una dotación y distribución adecuada de Recursos humanos en salud, para evitar inequidades y el deterioro de la calidad de la atención. El conocimiento sistematizado, las políticas de alianzas y actores que operen en el sistema con posicionamiento tecno político, son claves en este campo.

En la provisión de servicios es crítica la definición de cuanto de la atención a la salud correrá por cuenta de los prestadores privados y cuanto a cargo de los prestadores públicos. El equilibrio en este campo es fundamental, particularmente en la realidad uruguaya, para evitar que la hegemonía de la provisión por parte de alguno de los sectores, devenga en los vicios que en general amenazan a las hegemonías, y pueden condicionar fuertemente las decisiones políticas y de gestión. La vía de la complementación parece ser la estrategia de gestión más apropiada para la mejora de la calidad, la sostenibilidad del sistema y un adecuado servicio a la población, que en última instancia es la razón de ser de la gestión. Pero el desafío es ejercer rectoría para asegurar la complementación.

Cuando la pregunta por la gestión se enfoca a los Servicios de Salud, se abre otro campo de asuntos. Aquí, más que nunca, gestionar es decidir a partir de una planificación. Pero no hay planificación ingenua o aséptica. Se planifica desde algunas premisas: un determinado modelo, un

posicionamiento ideológico en tanto concepción de la realidad, una postura respecto a quién o qué ocupa el centro de las decisiones: la institución?, los técnicos?, los usuarios?

Se planifica además, a partir de un diagnóstico de la realidad. Siempre hay diagnóstico previo. Centrado en criterios de derechos, de epidemiológicos o en criterios de mercado.

Allí, como modelo de gestión, se presenta como una propuesta atractiva la gestión en redes integradas de servicios de salud (RISS) que propone OPS, apostando a una dinámica de interdependencia entre los diferentes efectores de salud y unidades asistenciales. Es el modelo que han asumido ASSE y la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), a partir de los lineamientos del SNIS.

En el campo de la Gestión de Servicios de Salud, decidir es clave. Se decide todo el tiempo. Sobre la asignación de los recursos financieros, los gastos de funcionamiento (para insumos, logística, etc.), la inversión en equipamiento o en planta física. Sobre la dinámica del trabajo en salud desde la gestión de los recursos humanos.

A la vez se definen procesos asistenciales, logísticos, de compra, etc. Allí puede estar en juego desde la calidad de la atención por una adecuada gestión clínica, la seguridad del paciente, hasta el buen uso de los dineros destinados a los servicios de salud.

Y también se gestiona la información para la retroalimentación de la toma de decisiones, la evaluación, el monitoreo de indicadores, los sistemas de registro, etc.

Pero ciertamente, la gestión de Servicios de Salud está atravesada por la cultura organizacional, que es quizá el “objeto de gestión” más difícil de organizar porque involucra lo que está dentro de las personas, de quienes deciden y quienes están inmersos en las decisiones de otros, los vínculos institucionales, el “modo de estar de cada uno en la institución” y el “modo de estar de la institución” en el cuerpo social. En este campo el cultivo de una perspectiva de derechos se presenta como reaseguro para gestionar en orden al sentido último de los servicios de salud: justamente, estar al servicio de la población y construir ciudadanía en salud.

-Dra. María Teresa Almaraz

Dra. En Odontología, Facultad Odontología de la Udelar. Post-grado en Gestión de Servicios de Salud, Universidad Católica del Uruguay. Gestión en Servicios Públicos de Salud, Facultad de Administración y Ciencias Sociales, Universidad ORT. Diplomada en Educación Popular, Multiversidad Franciscana de América Latina. Magister en Educación Popular, Multiversidad Franciscana de América Latina. Profesora del Subprograma Salud Bucal del Programa APEX- Cerro, Udelar Miembro de la Comisión Organizadora de Jornadas y Congresos de Odontología Comunitaria. Programa APEX- Cerro, Udelar – AOU. Presidente de la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria de la Asociación Odontológica Uruguaya.- SUOC.

Gestionando salud: Apuntes para el taller

La Odontología Comunitaria es parte de la Salud Comunitaria: es ciencia y práctica, es la disciplina que se

ocupa de proteger y promover la salud buco-dental, de prevenir y controlar las enfermedades orales, incluyendo la rehabilitación de las secuelas, trabajando con la comunidad en equipo multidisciplinario, priorizando la salud.

Nos planteamos ¿cómo gestionar salud en Odontología Comunitaria y desde dónde? Evidentemente desde la salud. Uno de los objetivos para el equipo odontológico dentro de la salud comunitaria es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población a través de su salud buco dental con fuerte componente de protección y promoción de salud y prevención de la enfermedad. Por lo tanto hablemos de:

-- Gestionar con énfasis en protección y promoción

-- Gestionar desde y para la salud

¿Y cómo?

Trabajando en equipo multidisciplinario y comunitario, priorizando la salud, contribuyendo a fomentar la investigación de las ciencias de la salud y las ciencias sociales en una realidad que les es común. Es una apuesta por

la pluralidad, donde el abordaje se realiza de forma integral, en busca de la elaboración de nuevos enfoques metodológicos.

--Gestionar desde la multidisciplina – interdisciplina.

--Gestionar desde la integralidad.

Ahora bien, todo proyecto o programa intracomunitario exige un equipo técnico - profesional - comunitario capacitado y entrenado para trabajar gestionando salud

-- Gestionar capacitando - nos

Lo inteligente, práctico, ético, eficaz y eficiente entonces, es trabajar con la gente sana para que continúe estando sana, que no enferme, estrategia que disminuiría la cantidad de enfermedad, y seguramente haría nuestro trabajo más placentero.

Las acciones de protección y promoción son de bajo costo porque se apoyan en el proceso enseñanza – aprendizaje y en la adopción de conductas saludables y protectoras de la salud.

Gran parte de los conocimientos que se necesitan para proteger y contribuir a mejorar la salud ya los conocemos, entonces es hora de ponerlos en práctica entre todas y todos.

Establecida así la estrategia de trabajo se ve con facilidad que ella debería ser realizada en conjunto por la academia, la comunidad, los profesionales, el equipo multidisciplinario y el gobierno - debe ser compartido e integrado por todos los actores y actoras.

Ahora bien, la gestión compartida, es decir la co – gestión, ¿es un camino?, ¿es el camino?

Si protegemos y promovemos el desarrollo humano y el proceso enseñanza – aprendizaje, los miembros de la comunidad van adquiriendo progresivamente pautas de autocuidado de su salud que compartirán con su familia, sus hijos, sus amistades y por interacción cotidiana, con todo su entorno.

La protección de la salud traslada el énfasis hacia la salud, logrando así justicia y equidad, ¿no es esto lo que queremos?

Es necesario entonces que se produzca la democratización del saber, desde los técnicos a la comunidad y de la comunidad a los técnicos, desde la política sanitaria hacia el equipo multidisciplinario y desde el equipo multidisciplinario hacia la política sanitaria.

-Sra. Marta Ruiz Díaz

Promotora de Salud y Salud Bucal. Integrante Comisión Directiva Programa APEX-Cerro de UdelaR como referente zonal. Integra la Red Nacional de Trabajadores Comunitarios de Salud. Integra el Movimiento Nacional de Usuarios de Salud.

Integrar la mesa redonda “Gestión Universitaria” como vecina promotora de salud ha sido un desafío en lo personal.

El objetivo de participar vecinos, técnicos, profesionales, educadores, docentes, estudiantes y promotores de salud bucal, le dio al Congreso una verdadera democratización e integración de saberes y experiencias compartidas de las cuales aprendemos.

El promotor de salud bucal, es gestor comunitario, ya que somos el nexo entre los más diversos actores, el Policlínico Odontológico es una de las tantas realizaciones llevadas a cabo con la integración de vecinos, técnicos profesionales, UdelaR e IM.

Compartir esta mesa fue un honor, participar en la organización es algo en lo que solo, los que estamos en APEX entendemos. “Por un 3er. Congreso Odontología Comunitaria” y “8va. Jornada”.

-Prof. Dr. Fernando Tomasina

Doctor en Medicina, Especialista en Salud Ocupacional, Especialista en Administración de Servicios de Salud Especialista en Epidemiología, Master en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud (Universidad Politécnica de Valencia. España)

Docente del Departamento de Medicina Preventiva y Social 1988 a1991, Profesor Titular del Departamento de Salud Ocupacional.

Decano de la Facultad de Medicina desde 2011 hasta la actualidad. Director General del C. H. Pereira Rossell 2005-2010. Adjunto Dirección del C. H. Pereira Rossell 1994-1998

Director Administrativo 1998-2002 del C.H. Pereira Rossell Sub-Director de Salud de la Población. Digesa. MSP 2002-2005.

La Docencia en la Facultad de Medicina (UdelaR) y el espacio comunitario:

Durante los últimos tiempos ha estado presente en la opinión pública la necesidad de un debate profundo en los temas que hacen a las políticas públicas en las áreas de la educación y la salud. Entendemos que la universidad no puede ser ajena. La Universidad tiene la riqueza construida colectivamente en su autonomía, pero la misma hay que considerarla profundamente vinculada con el quehacer público, comprometida y al servicio de la sociedad, que la sostiene presupuestalmente, por tanto, contribuir a las soluciones conjuntamente con los diferentes actores sociales es un deber ético consagrado en la propia Ley Orgánica.

La Facultad de Medicina, con sus 20 carreras de grado, ha iniciado procesos de reformas curriculares. Creo oportuno colocar en la mesa del debate la necesidad de superar formas organizadas en compartimentos estancos de nuestra Facultad y/o Universidad y pensar en formas de organización que rompan estos esquemas, porque no contribuyen a la formación integral e interdisciplinaria de los estudiantes ni de los docentes. El espacio comunitario para el aprendizaje es quizás un lugar privilegiado en este sentido, la experiencia de espacios de formación integral, el programa interdisciplinario metropolitano (PIM) así como el APEX lo demuestran.

Características del Nuevo Plan de Estudio de la carrera de medicina (NPE)-2008: La implementación del Nuevo Plan de Estudios aprobado en 2008 por la Asamblea del Claustro, comenzó en 2009 con la primera generación que actualmente está cursando el Sexto año de la de la carrera.

Luego de un largo proceso de reflexión donde los diferentes Claustros fueron priorizando para el nuevo plan:

- La estrategia de Atención Primaria en Salud
- El aprendizaje en el ámbito comunitario
- El aprendizaje integrado de las disciplinas básicas y clínicas, con abordaje integrado de los contenidos
- El estudiante sujeto del proceso de aprendizaje, aprendiendo a aprender.

Otros aspectos destacables son el énfasis en contenidos humanísticos,

con inclusión longitudinal de la ética y de las habilidades comunicacionales, e inserción clínica precoz en el primer nivel de atención, el desarrollo en un ciclo longitudinal de metodología científica y la existencia de materias electivas/optativas.

La práctica formativa en el Nuevo Plan promueve que el sujeto del aprendizaje sea el propio estudiante, además estimula la formación en valores, facilitando también políticas de inclusión social, al permitir que los estudiantes tengan oportunidad de conocer precozmente la realidad sanitaria del país desde el espacio comunitario, con una aproximación reflexiva a los problemas sociales, determinantes de la salud de la población.

¿Cuáles son los grandes desafíos de la instrumentación del nuevo plan?

- Adoptar la acción tutoría como principal herramienta de enseñanza y aprendizaje en un contexto de numerosidad.

- Una plataforma docente en el 1° nivel de atención continente, amplia y adecuada.

- La formación de docentes para el desarrollo de la docencia como profesión para desarrollar y aplicar nuevas estrategias pedagógicas así como formatos de evaluación válidos y confiables.

El trabajo con la comunidad – estudiantes de Medicina:

Como se mencionan anteriormente en el nuevo plan de estudios el trabajo con la comunidad, a partir del trabajo de campo, ha sido vertebrador de la formación de los estudiantes de medicina, siendo una actividad curricular permanente. Este se define como la actividad que se realiza fuera del aula, en interrelación estrecha y permanente con la comunidad a la que el estudiante es asignado con el equipo de salud de primer nivel de atención de esa comunidad.

Requiere involucramiento, articulación, coordinación e interacción sostenida y permanente con los actores sociales y referentes comunitarios de cada lugar así como con los integrantes de los distintos equipos de salud y con otros actores pertenecientes a otros sectores distintos del sector salud como son la educación, el trabajo, la producción. Lo antes mencionado contribuye a que se adquieran habilidades fundamentales para la formación

del médico como son el trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial. En la gran mayoría de los equipos de salud hay docentes de la UdelaR de las distintas disciplinas del área salud, docentes de la Facultad de Medicina, principalmente de los Departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria, además de otras especialidades como Medicina Preventiva y Social, Salud Ocupacional, Salud Mental, Obstetricia y Pediatría. Los equipos docentes son estables, teniendo una fuerte inserción comunitaria.

En los primeros tres años de la carrera existe una planificación de las actividades que dan cierta homogeneidad, no obstante, el trabajo con la comunidad tiene gran variabilidad y diversidad, tanta como las diferentes realidades sociales donde se desarrolla.

Durante el primer año los estudiantes toman contacto con los equipos de salud y la priorización de problemas de salud identificados en diagnóstico de situación con participación de la comunidad realizado previamente.

Los objetivos para el primer año son: insertar al estudiante en la comunidad en el marco de la planificación local del servicio de salud, adquiriendo habilidades para el desarrollo de su trabajo en la comunidad, aproximándolo de esta manera al ejercicio del método científico en el abordaje de problemas de salud.

En el segundo año el estudiante debe promover la realización de un diagnóstico de situación de salud participativo y ejecutarlo. Al finalizar hará una priorización de los problemas de salud identificados.

En el tercer año el objetivo general es: planificar, ejecutar y evaluar un programa de promoción de salud, de educación para la salud o de prevención del daño, de alguno de los problemas identificados, analizados y priorizados con la comunidad en la etapa de diagnóstico.

Entre los años 2010 y 2013 los estudiantes de la generación entrante (en forma promedio 1200 estudiantes anualmente) conformaron 80 grupos que trabajaron principalmente en promoción de salud y en prevención de enfermedad así como detección temprana de problemas de salud facilitando el tratamiento oportuno.

Se distribuyeron principalmente en Montevideo y Canelones en ámbito urbano, suburbano y rural pero también en Florida y otras zonas más alejadas.

La población objetivo fue principalmente niños y adolescentes, se trabajó también con adultos mayores, población adulta (trabajadores) y sus familias.

El trabajo se centró en instituciones educativas, sociales, centro laborales y en otras instituciones u organizaciones comunitarias.

La Coordinación General de la Carrera está a cargo del Departamento de Educación Médica en cuya órbita funciona la Comisión de Nuevo Plan de Estudios, integrada por representantes de todos los órdenes, espacio técnico articulado con el de cogobierno.

El Nuevo Plan de Estudios contempla la obtención del título intermedio de “Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades” que fue registrado en 2012 ante la Autoridad Sanitaria (MSP) constituyendo uno de los aportes de la Facultad de Medicina al cambio de modelo de atención a la salud, con énfasis en la promoción y prevención, que es uno de los pilares de la actual reforma sanitaria.

En el 2013, basados en la experiencia anterior de tutorías entre pares para estudiantes de la carrera de Doctor en Medicina, hecho que incrementó el apoyo a los estudiantes, se creó una materia optativa para aquellos estudiantes que no lograron aprobar el primer ciclo de la carrera, con el objetivo de favorecer su vínculo con la institución y estimular su permanencia. Esta actividad contó, una vez más, con el apoyo del Programa de Respaldo al Aprendizaje de la Universidad de la República (PROGRESA).

En el primer ciclo de la carrera, la modalidad de tutorías constituye una forma de atención individualizada basada en promover las actitudes de solidaridad, cooperación y respeto entre los integrantes de la facultad, en el contexto de aprendizaje.

Durante este año un grupo de tutores ha elaborado una herramienta de evaluación de los trabajos realizados a nivel de terreno.

En el período de referencia, se continuó desarrollando y ajustando contratos didácticos de los diferentes ciclos y módulos, acentuándose la evaluación formativa, que ha permitido la exoneración en la mayoría de los ciclos, la puesta a punto de criterios homogéneos de evaluación y la definición de las unidades curriculares.

La oferta de materias y cursos optativos y electivos ha aumentado notablemente y los mismos han comenzado a integrarse con mayor facilidad a los cursos curriculares. En el año 2013 se aprobaron en la Facultad 67 cursos optativos llegando a un total para el año de 1361 cupos. Además estamos ofreciendo como cursos electivos los cursos de la Facultad de Humanidades, de la Facultad de Ciencias, algunos cursos de la Facultad de Química, Ciencias Económicas y de Ciencias Sociales, además de cursos y programas de Progresá, como Flor de Ceibo, Compromiso Educativo, entre otros, sumando 2463 cupos en esta modalidad. También se acreditan los cursos o actividades de nivel terciario que los estudiantes realicen y presenten a la comisión para su creditización.

Durante el año 2013 y lo que va del 2014 se ha trabajado en el rediseño del Ciclo Internado Rotatorio, como un ciclo pre profesional supervisado, asimismo se trabajó intensamente, en conjunto con la Comisión de Plan de Estudios del Claustro, en ajustar la descripción del plan a la nueva ordenanza de grado.

Durante el año 2013, la Facultad de Medicina consolidó un espacio de Coordinación Institucional con el Ministerio de Desarrollo Social y la Dirección de Salud del Departamento de Montevideo del MSP. Dicha Coordinación ha tenido y tiene el objetivo de generar sinergia institucional priorizando tareas de Promoción y Educación para la Salud en el marco curricular del 1er año de la Carrera de Doctor en Medicina.

Durante el año 2013 dicha iniciativa permitió que:

- 3 grupos del Curso Introductorio (60 estudiantes aproximadamente) trabajaran en espacios comunitarios (un hogar diurno de adultos y dos asentamientos urbanos) donde se encuentran personas en situación de vulnerabilidad social. En dichos espacios se realizaron trabajos de diagnóstico de salud de la población involucrada a la vez que permitió que los estudiantes se aproximaran a los procesos sociales de la salud y la enfermedad desde una perspectiva universitaria de extensión social e inicio a la investigación aplicada en Salud.

- Participación, con 2 grupos de estudiantes del Ciclo Introductorio en las Ferias Sociales del MIDES realizando actividades de información y promoción en Salud.

- Los 72 grupos del Ciclo Introductorio participaron en la 2da muestra de trabajos en Comunidad en el Centro Cultural Terminal Goes dando inicio a la Semana de la Convivencia organizada por la Mesa de Convivencia y Seguridad Ciudadana del CCZ 3 del Municipio C, donde también participa la Facultad de Medicina. En dicha actividad se expusieron los pósters que dan cuenta del trabajo en Comunidad desarrollados por los estudiantes durante el año lectivo. En el año 2014 dichos pósters formarán parte de una muestra permanente en el Edificio del Ministerio de Salud Pública.

- La referida coordinación institucional prosiguió en el año 2014 y amplió su cobertura geográfica integrándose además la División Salud de la IM.

Referencias bibliográficas:

-Memoria de la Universidad de la Republica -2009, 2010, 2011, 2012,2014

-Plan de estudio de la carrera de medicina 2008

-Los aportes del programa UDAs a la transición curricular. Revista Opción Médica. 2010; 5:18-23. Tomasina F.; Schelotto F.; Montado, D.; Ferrando, F.; Domenech, D.; Rebella, M., Salgado, M.; Llambí, L. -JORNADAS INSTITUCIONALES SOBRE PLAN DE ESTUDIO www.fmed.edu.uy/jornadas-institucionales-2011

-www.mides.gub.uy/mides/wap/text.jsp

-El cuidado humano www.inger.gov.mx/bibliotecageriatria/acervo/.../ElCuidadoHumano.pdf

-Mag. Rodolfo Levin Echeverri.

Director del Instituto de Higiene, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Sociólogo, Magíster en Sociología, Asistente Académico Decanato Facultad de Medicina, Coordinador del Ciclo Introdutorio de la Carrera de Doctor en Medicina, Responsable Académico del Taller de Sociología de la Salud en Licenciatura de Sociología FCS/UdelaR y Tutor del Campus Virtual 2014 de OPS. Desarrolla actividades de Investigación en el campo de la Sociología de la Salud (Responsable Proyecto ANNII 2009-2012 y Encuesta Nacional de Violencia Doméstica 2012-2013, (NN:UU-CND-MSP-FMED). Fue Director Administrativo del Centro Hospitalario Pereira Rossell (2005-2010) y Director de RRHH de la Administración de Servicios de Salud (ASSE, 2010-2012).

***Conclusiones del trabajo en Talleres sobre la Mesa
Redonda: Gestionando Salud***

Los grupos para los Talleres se conformaron aleatoriamente. Había un coordinador/a y un observador designados, responsables de llevar adelante la tarea. Todos manejaron las mismas pautas, con indicaciones acerca de la presentación de los integrantes, estimular la discusión sobre los temas que se habían escuchado previamente, pensar en preguntas para los políticos que estaban invitados para la siguiente jornada de trabajo, y registrar el trabajo para poder compartirlo en plenario.

A continuación se transcriben las conclusiones presentadas por cada grupo que se identificaron por colores.

Grupo rojo:

Éramos 13 integrantes, de Argentina, Colombia, Perú, Chile y Uruguay.

Odontólogos, Higienistas, Psicólogos y estudiantes de Odontología.

Todos hicimos acuerdo en que los problemas en la gestión de salud están vinculados al modelo, que la mejora en la gestión pasa por un cambio estructural del modelo de país. Otro gran punto fue la interacción entre la educación y la salud, es necesario el cambio en la formación de los recursos humanos en salud.

Se habló de:

- La importancia del trabajo interdisciplinario para salir de la clínica.
- Trabajar con la niñez de forma integral con un enfoque de promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- El que trabaja en el primer nivel es menospreciado que los especialistas.
- Los usuarios sienten que el primer nivel no soluciona.

Dos de las higienistas dentales al presentarse plantearon que están desempleadas lo cual llevó al grupo a plantear que eso es un reflejo de los problemas de gestión en salud, ya que se habla de fortalecer el primer nivel de atención y trabajar con un enfoque de promoción y prevención y hay recursos humanos formados desde ese enfoque, desempleados.

Grupo blanco:

- Para obtener respuesta política respecto a los derechos de la salud, hay que mover a la población desde “abajo”.
- Promover que los gobiernos realicen promoción de la educación continua a nivel profesional.
- Que los Promotores de Salud constituyen la unión de “la Salud” con la familia, logrando una mayor conexión.
- Falta de recursos humanos.
- Falta de una verdadera APS.
- Falta de control por parte de los gobiernos.
- Similitud de un SNIS en Uruguay y Argentina donde se menciona una “integración” que en la realidad no se da.

Grupo violeta:

Se trató de un grupo heterogéneo: enfermería, promotores, estudiante, higienistas y odontólogos, provenientes de Chile, Argentina, Colombia y Uruguay.

La pregunta disparadora propuesta fue: ¿cómo incentivar la participación de vecinos e usuarios?

- Existe una brecha entre los proyectos de intervención y la población.
- Desbordes de policlínicos, dificultades de acceso.
- Esto condujo al tema de la Información - Visibilidad - Democratización.
- Educación nexos con Salud - formación de más Promotores podría ser una respuesta.
- Participación ciudadana empoderada y gestionando, comprometida, no solo exigiendo.
- Academia aceptando el principio de “comunidad empoderada” que nos lleva a contar con el trípode:

- o población “enriquecida, acercamiento de la academia y políticos recogiendo nuestras aspiraciones.

- o La presencia del sector político Hoy para responder con propuestas Mañana.

- o ¿Cómo participamos nosotros y cómo los directores o políticos van a considerar nuestra participación?

- “Territorios Saludables” experiencia en Bogotá: equipos de salud llegando a casas de vecinos para efectuar controles de salud.

REFLEXIÓN: “si trabajáramos según los 5 principios de la SALUD POSITIVA tendríamos una comunidad que movería el piso”

Concurso Fotográfico: “Relatos visuales de la Odontología Comunitaria”

Con el fin de exponer relatos visuales de las diferentes actividades comunitarias de promoción de salud y prevención de enfermedad bucodental, se propone la presentación de fotografías tomadas en el contexto comunitario.

Se presentaron doce fotografías con un breve texto complementario que permitió una lectura abierta y no descriptiva de la imagen.

Considerando que las imágenes presentadas tenían como objetivo el registro o sistematización de actividades comunitarias, se han planteado las siguientes pautas para su evaluación:

- Pertinencia de la imagen.

- Calidad, comprensión y ajuste de la narración visual a la Odontología Comunitaria.

- Pertinencia del texto que acompaña a la imagen.

- Buen o correcto diálogo entre imágenes y texto.

- Concreción y calidad en el texto en relación a la Odontología Comunitaria.

- Originalidad de la propuesta de intervención comunitaria y del registro fotográfico.

- Calidad fotográfica.



Título de la imagen: “Redes saludables”

Autora: Marta Ruíz Díaz

Organización/Institución: Promotoras Comunitarias - Programa APEX – UdelaR

Descripción: Las redes de intercambio de saberes comunitarios y técnicos desde el compromiso, la integración y la cercanía construyen salud.



Título de la imagen: “De boca en boca”

Autora: Lorena Medina

Organización/Institución: Policlínico Odontológico del Cerro – IM / Subprograma Infancia - Programa Apex-Cerro – UdeLaR

Descripción: Entendemos que la promoción de salud buco dental entre pares, trabajada desde estrategias lúdico-participativas, contribuye a la formación de una ciudadanía responsable y saludable. Esta experiencia se ha podido llevar a cabo a partir de iniciativas que surgen desde la comunidad de la Escuela N° 372 “Buffa” de Cerro Oeste, enriquecida por el intercambio con otro centro escolar.



Título de la imagen: “Mi boca, ¿provoca?”

Autora: Dra. Alba Carvallo Sena

Organización/Institución: Programa escolar de educación para la salud bucal.

Descripción: Jugando aprendo, jugando provoco, estímulo y me divierto. Los niños con sus expresiones lúdicas son capaces de producir cambios de hábitos entre sus pares y también entre los adultos, su ingenio queda demostrado en esta instancia en la carpa del Programa Escolar de Educación para la Salud Bucal en el marco de la “Semana de la salud bucal”



Título de la imagen: “Escuela Nuevo París”

Autora: Dra. Rosemarie Huartamendía Bartel

Descripción: La fotografía corresponde a la Escuela N° 337 del Barrio Nuevo París las niñas están en una de las tantas actividades que realizamos en el Programa de Salud Bucal Escolar en este caso es una actividad de prevención.



Título de la imagen: “Aprender jugando”

Autor: Dr. Enrique Rotemberg

Organización/Institución: Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria, Asociación Odontológica Uruguaya

Descripción: En la educación inicial aprendemos a compartir libros, juguetes, útiles escolares, meriendas, siestas con los compañeros. Pero con nuestros cepillos dentales la conducta debe ser diferente pues no los podemos compartir. De ésta manera evitamos transmitir pequeños organismos que pueden provocar caries en los dientes o enfermedades en las encías. Tampoco en casa lo debemos prestar o tomar otro ajeno.



Título de la imagen: “Integrando saberes intergeneracionales”

Autora: Dra. María Teresa Almaraz

Organización/Institución: Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria.

Descripción: Los hábitos de higiene son esenciales para proteger y mantener la salud. En la adquisición de hábitos y actitudes saludables de higiene juega un papel fundamental la familia, desde lo intergeneracional. Sabemos que los niños tienden a hacer aquello que ven y también sabemos que las experiencias tempranas positivas dejan huellas indelebles en el desarrollo, la subjetividad y el comportamiento humanos”



Título de la imagen: “Pequeñas Muelitas”

Autora: Andrea Giménez Guillén

Organización/Institución: Policlínico Odontológico del Cerro – IM / Subprograma Infancia - Programa Apex-Cerro – Udelar

Descripción: El trabajo entre pares contribuye a la participación, la convivencia, la integración y el desarrollo de nuevas estrategias para promover hábitos saludables en la comunidad. A partir del encuentro entre niños y niñas de diferentes edades, se han diseñado actividades, juegos y folletos vinculados al cuidado de nuestra salud.



Título de la imagen: “Es para mí”

Autora: Mabel Alicia Curbelo Machado

Contexto: Comunidades aisladas del monte santiagueño

Descripción: Actividades de atención, promoción y prevención de Salud realizados dentro de los viajes voluntarios a las comunidades rurales aisladas al monte santiagueño. Entre ellas promover el hábito del cepillado en los niños desde el ámbito familiar educando y concientizando en Salud Bucal. Entrega de Kit para la higiene bucal. Foto de la autora en las visitas a las comunidades. Comunidad Quebrachal Provincia Santiago del Estero Argentina.



Título de la imagen: “Perspectiva de un saber colectivo”

Autora: Lic. Gabriela Di Landro

Organización/Institución: Programa APEX, UdelAR

Descripción: Partiendo de la interdisciplinariedad y perspectiva de integralidad en relación a la salud, el proyecto “Fortalecimiento y difusión del rol de promotor comunitario” realizado en noviembre de 2012 en el marco del programa APEX, permitió problematizar aspectos que hacen al rol del promotor/a comunitario/a, dando lugar desde el saber técnico- popular a nuevas posibilidades de acercamiento participativo a la comunidad.



Título de la imagen: “Enseñanza–Aprendizaje en Odontología Comunitaria”

Autora: Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria

Organización/Institución: Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria

Descripción: Proceso – enseñanza – aprendizaje en el curso - taller multidisciplinar desarrollado en 2013 por la SUOC. Foto de los participantes al final del curso, expresando - que les pareció el taller...



Título de la imagen: “Generando hábitos”

Autora: Karinna Smaisik

Organización/Institución: Asociación Odontológica Uruguaya

Descripción: Cepillar correctamente nuestros dientes es un hábito que deben fomentar nuestros padres y maestros desde las etapas iniciales de aprendizaje. En el jardín comemos dejando residuos de alimentos entre los dientes. El cepillado ayuda a remover esos restos que podrían ser aprovechados por las bacterias que residen en la boca y evitamos así caries o enfermedades de las encías.



Título de la imagen: “Jugando aprendí”

Autor: Mauricio García Fontana

Organización/Institución: ANEP – CODICEN

Descripción: Kermesse organizada en la semana de la salud bucal, complejo Sa.Cu.De, con niños de escuela N ° 336, Barrio Gruta de Lourdes.

Curso: “Gestión local colaborativa para el trabajo con familias y comunidades”

Dr. Alex Bustos Leal - Chile

-Cirujano Dentista Universidad de Concepción Chile. Especialista en Salud Pública CONACEO.

-Magíster en Salud Familiar Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

- Doctor en Odontología Universidad Nacional de Córdoba Argentina,

-Profesor Asociado Departamento de Salud Pública, Decano Facultad de Odontología Universidad de Concepción,

-Presidente de ACHEO (Asociación Chilena de Enseñanza de la Odontología),

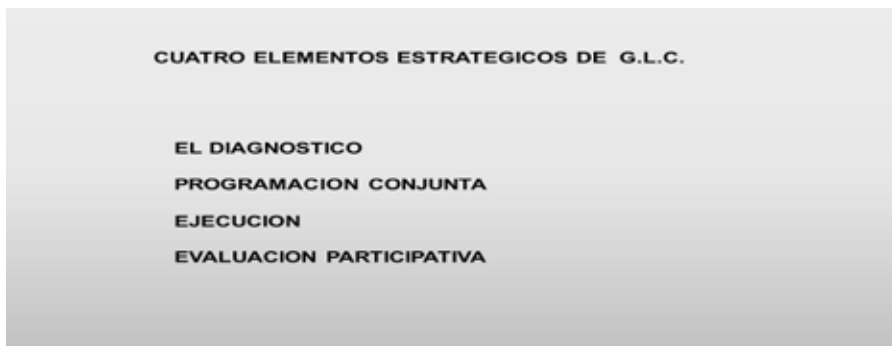
-Director Programa de Estudios de la Adolescencia Universidad de Concepción, Presidente del Consejo de Calidad de la Universidad de Concepción.

“Gestión local colaborativa para el trabajo con familias y comunidades”

La Gestión Local Colaborativa o GLC (1) es un proceso por el cual se abordan las posibles rutas para conseguir objetivos preestablecidos en un período de tiempo, y así llegar a satisfacer las necesidades sentidas por la comunidad. Pero este abordaje y solución de los problemas se logra desarrollando sus propias capacidades o recursos. Esta manera de enfocar el trabajo en salud tiene una mirada estratégica que incorpora la visión, la experiencia y los intereses comunitarios, mediante la incorporación de diferentes actores en la dinámica de la gestión como el equipo de salud y la comunidad ya que el fin último es generar impacto en las necesidades de la población.

La GLC es en esencia una herramienta metodológica que permite a la población conocer su propia realidad entenderla en su conjunto y ser capaces de influir en ella dando posibilidades de involucramiento y compromiso desde el diagnóstico, programación de actividades, ejecución y evaluación de las propuestas.

Existen cuatro elementos estratégicos en la GLC, como son: el Diagnóstico; la programación conjunta; la ejecución y la evaluación participativa.



Estos cuatro elementos están precedidos de una pre-etapa que reviste gran relevancia denominada: “la inserción”, esta fase se fundamenta en lograr la legitimidad social, y se divide en dos sub etapas: el conocimiento y convocatoria

El conocimiento involucra elementos fundamentales tales como la historia de la comunidad, características demográficas, epidemiológicas, culturales, recursos disponibles, etc., y se realiza obteniendo información

de documentos, registros, informantes claves y otros que deben ser pesquisados según la tarea a desarrollar. Posteriormente la información debe sistematizarse y transformarla en un documento.

A. EL CONOCIMIENTO :

- 1. Características del territorio y población**
- 2. Historia de la comunidad**
- 3. Cultura y líderes motivacionales**
- 4. Organizaciones existentes y experiencias de organización**
- 5. Intereses y aspiraciones frente a la salud**
- 6. Recursos disponibles**
- 7. Principales actividades ej.: empresas**
- 8. Situación de salud**
- 9. Necesidades de salud**

Sistematización de la información:

- Ordenar
 - Discutir
 - Completar
 - Registrar
- DOCUMENTO**

La Convocatoria tiene que ver con reunir a la comunidad, atraerla, motivarla y encantarla considerando temas de interés propios, necesidades, comunes, propuestas concretas de interés común y que involucre a diferentes actores como autoridades, servicios públicos, empresarios, comerciantes y personas relevantes en diferentes ámbitos del quehacer.

La Convocatoria se puede realizar con diferentes métodos como son las visitas comunitarias, reuniones, afiches y a través de líderes naturales de la propia comunidad.


Cómo convocar:

- Visitas domiciliarias
- Reuniones
- Perifoneo, programas radiales
- Carteles o afiches
- A través de líderes naturales

Después de haber finalizado estas PRE-etapas comienza:

El Diagnóstico Participativo, proceso por el cual las personas recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la población, sus prioridades, fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar las adversidades, saber con los recursos que se cuenta y definir el problema sobre el cual se desea actuar. Siendo esta etapa un proceso de aprendizaje tanto para el equipo de salud como para la comunidad.

El Diagnóstico Participativo o autodiagnóstico

- **Es un proceso de aprendizaje en conjunto**
 - **Es un proceso de acción en conjunto**
- 
- **Conocer mejor la realidad**
 - **Conocer los recursos y herramientas que existen en la comunidad**
 - **Trabajar juntos buscando y proponiendo soluciones**

¿Qué se busca en el Diagnóstico Participativo?

a. Relacionadas con los problemas de salud sus causas y forma de presentarse.

- * Qué problemas y necesidades de salud se pueden identificar
- * Cuáles son sus causas
- * Son problemas locales o nacionales
- * Cómo y cuánto afectan a la población
- * Qué pasaría a futuro si no se enfrentan

¿Qué se busca en el Diagnóstico Participativo?

b. Relacionadas con la población afectada con las situaciones problema:

- * Qué grupos son los más afectados y que porcentaje de la población representan
- * Hay personas o grupos que se benefician con las situaciones problema.
- * Qué capacidad de acción tienen los grupos identificados para facilitar u obstaculizar el desarrollo de un programa de trabajo.

¿Qué se busca en el Diagnóstico Participativo?

c. Relacionadas con los recursos humanos y materiales para resolver los problemas.

- * Qué se ha intentado hacer para darles solución
- * Qué resultados se han obtenido con estas acciones
- * Qué podría hacerse para enfrentar estos problemas tomando en cuenta los recursos que tiene la comunidad y el equipo de salud.
- * Qué aportes externos se pueden conseguir

¿COMO HACERLO?

1. Identificación de los problemas:

1.1. Listado de ellos

1.2. El Diagnóstico epidemiológico es integrador

2. Jerarquización de los problemas identificados:

2.1. Ordenarlos y programarlos

2.2. Gravedad, número de personas afectadas riesgo, urgencia, posibilidad de abordarlos posibilidad de solución.

El Diagnóstico participativo concluye con la elaboración de un informe que plantea las conclusiones a las cuales llegó el equipo de trabajo.

La Programación Conjunta:

Es la elaboración de un programa de trabajo que debe poseer ciertas características, ser posible de llevar a cabo, o sea una propuesta realista pero motivadora para favorecer la participación y ser eficaz para abordar los problemas ya priorizados con una particularidad especial, que no sólo de solución al problema sino que tenga una mirada de salud pública beneficiando al mayor número de personas. Lo más importante, es que sea socialmente valorada y aceptada por la comunidad.

ETAPA II: LA PROGRAMACION CONJUNTA

Elaboración de un programa de trabajo

Características:

Es posible llevarla a cabo

Motivadora para favorecer la participación

Ser eficaz para abordar los problemas priorizados no solo que apunte con exactitud a la solución del problema sino que beneficie al mayor número de personas.

Socialmente aceptada por la comunidad

Científicamente fundada.

La programación conjunta debe estar metodológicamente bien constituida considerando los objetivos generales y específicos, las actividades, los recursos financieros, humanos y materiales, los plazos propuestos y los responsables de las diferentes actividades.

ETAPA II: LA PROGRAMACION CONJUNTA

Elementos del programa de trabajo:

Los objetivos : resultado que se logra alcanzar con la acción programada.

El Objetivo General: refleja la situación final a la que se quiere llegar

Objetivos Específicos: expresan los logros intermedios o pasos que se irán concretando.

Los objetivos deben ser: claros, alcanzables, observables y medibles.

Además debe considerar un aspecto fundamental que generalmente es marginal, la evaluación. Se debe enfocar en qué se desea evaluar, en qué momento del proyecto, con qué instrumentos y quienes participarán de dicha evaluación.

La Evaluación: Es decir, como se consideran los logros:

- **Qué se desea evaluar**
- **En qué momento**
- **Cómo, con qué instrumento, qué indicador se utilizará**
- **Quiénes participarán**

Etapa de la Ejecución:

Etapa de ejecución o puesta en marcha del proyecto. Debe considerar aspectos básicos como lo son la organización, el desarrollo de tareas a

emprender, formando grupos de trabajo, comisiones y definiciones de funciones y autoridad dentro del equipo que debe actuar con transparencia, de manera horizontal y responsable en el marco de la democracia.

ETAPA DE LA EJECUCION:

Puesta en marcha o implementación de un Programa de Trabajo.

PASOS BASICOS:

- * Organización
- * Adaptación de los Programas a los Grupos de Trabajo
- * Desarrollo de tareas

El proyecto debe ser monitoreado entendiendo este como un conjunto de actividades que tiene como propósito detectar permanentemente el desempeño o marcha del proyecto.

MONITOREO:

Conjunto de actividades que detectan constantemente el desempeño o marcha del programa.

Guía la acción, facilita la conexión o replanteo.

Uso de una MATRIZ DE MONITOREO

Identificar el avance de las tareas o actividades

Etapa de la Evaluación:

Esta etapa es entendida más como un proceso reflexivo entre la comunidad y el equipo de salud, que en buscar ineficiencias del proyecto, ya que realiza un recorrido por la experiencia vivida en función de los objetivos

planteados en el proyecto. Se debe definir cuándo evaluar considerando la evaluación ex - ante, o sea antes de la ejecución del proyecto para determinar la viabilidad, la calidad y factibilidad de la propuesta.

¿Cuándo Evaluar?

Evaluación ex - Ante

Realizada antes de ejecutar el programa y principalmente se refiere a la calidad del proyecto, viabilidad y factibilidad.

Posteriormente, una evaluación del proceso durante la ejecución del proyecto analizado; la práctica a través de consultas entre los participantes permitiendo realizar ajustes a la propuesta y de esta manera poder efectuar una evaluación de resultados al final del proyecto o evaluación ex post, lo que nos permite conocer los resultados obtenidos con la intervención realizada.

Evaluación de Proceso o Formativa:

Realizada durante la ejecución, analiza la práctica a través del diálogo y consulta entre los participantes.

Permite efectuar ajustes del proyecto.

Evaluación de Resultados:

*** Se realiza al finalizar el programa o evaluación ex-post**

*** Su propósito es conocer los resultados obtenidos con la intervención realizada a través de :**

- * La percepción**
- * Satisfacción de la población**
- * Grado de cumplimiento de objetivos y productos**

Por último realizar una evaluación de impacto que se lleva a cabo después de un tiempo de terminado el proyecto y determinar el impacto sobre los indicadores propuestos.

Evaluación de Impacto:

- * Realizada después de terminado el programa
- * Conoce el impacto sobre los indicadores
- * Es de mayor tiempo

Una vez concluido el proyecto, evaluado y procesado los datos debemos difundir la experiencia a través de un informe final para permitir el análisis y aprendizaje de otros

QUÉ HACER CON LA INFORMACIÓN:

- * Procesamiento de datos
- * Difusión de la experiencia
(Informe final)
- * Análisis y aprendizaje

Finalmente podemos manifestar que la gestión local colaborativa es una real oportunidad de aprendizaje en conjunto entre el equipo de salud y la comunidad sobre una realidad compartida que permite a la comunidad ser protagonista de su propio desarrollo en forma altamente participativa y en el marco de la democracia y respeto.

Bibliografía utilizada

Ref. Planificación Local Participativa: Metodologías para la promoción de la Salud en América Latina. OPS 1998, 162 p

Mesa Redonda: “Interdisciplina Comunitaria”

Coordinador: Dr. Andrés Velázquez

Integrantes: Mag. Annalett Viera, Dra. Macarena Zanolli, Maestra Verónica Iglesias, Dra. Beatriz Ferreira.

- Mag. Annalett Viera:

¿De qué hablamos cuando hablamos de interdisciplina?

“La aproximación interdisciplinaria surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos”... (Elichiry, 1987).

Piaget reserva el término interdisciplina a la “reciprocidad en los intercambios, de forma que finalmente haya un enriquecimiento mutuo”.

Para Maciel (2001), “es el resultado de un trabajo que implica un operar desde una posición determinada, donde la pregunta por la diferencia, la pregunta por lo singular, es su eje central. Sostener esta pregunta supone reconocer el límite que el propio campo disciplinar recorta”.

Gusdorf plantea que “la interdisciplina implica el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, aportando cada una de ellas sus propios esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación”.

¿Qué implica trabajar en un equipo interdisciplinario?

Trabajar en equipo interdisciplinario supone un proceso, que requiere de aptitudes y actitudes que contribuyan a la construcción de un trabajo cooperativo, centrado en una situación problema.

Implica aceptar diferentes posturas y dejar de estar centrado en el profesional a estar centrado en una persona, una familia o una comunidad. Significa reconocer las diversidades y construir un lenguaje común que permita participar en un determinado escenario o contexto, que por lo general son complejos.

Son muy diversos los obstáculos que existen al respecto del trabajo interdisciplinario. Desde mi visión como docente, señalo algunos de ellos:

- Escasa o nula formación de grado sobre el tema

- Desconocimiento de lo que hacen otras disciplinas
- Dificultades para escuchar “lo distinto”
- Enfrentarse con el “no saber”
- Temor a la invasión de campos disciplinares
- Coordinación de las diversas exigencias curriculares
- Trabajar en base a un modelo dialógica.

Si bien son varios los obstáculos, considero que al día de hoy se presentan algunas oportunidades que pueden contribuir a revertir esta situación. Destaco, entre ellas, la reforma en el sistema de salud, la reforma universitaria y, en ese marco, la curricularización de la extensión como formación integral y compromiso social.

-Dra. Beatriz Ferreira:

La interdisciplina supone el reconocimiento de la incompletud de todo saber disciplinar, de su parcialidad y de sus límites.

A nivel individual, supone renunciar a creer que la propia disciplina es suficiente para resolver o abordar un problema y esto abre posibilidades para la construcción de un problema común.

Su aparición en el debate es parte de una crisis de los conceptos tradicionales del conocimiento científico moderno y una necesidad que se impone frente a la complejidad de los problemas y sobretodo, una complejidad que no puede ser explicada desde una sola perspectiva. Stolkiner, A

Para Alicia Stolkiner, interdisciplina o abordaje interdisciplinario, es un enfoque que atraviesa tanto el campo de la ciencia como de la práctica, que nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan.

Abordaje: refiere al método o modelo de trabajo y aplicación de los conocimientos y de la técnica.

En el campo de la salud, implica una conceptualización del proceso

salud- enfermedad que se descentra del tradicional abordaje individual-biológico, para introducir la dimensión subjetiva y colectiva del fenómeno.

El trabajo interdisciplinario es un proceso de producción colectiva grupal. Se consolida por acuerdos básicos ideológicos, lo que permite plantear el problema y desplegar acciones para transformar los obstáculos en posibilidades de generar cambios.

Un punto básico para hacer posible un abordaje interdisciplinario es la Participación Comunitaria

La unión interdisciplinar no tiene nada de “natural”, resulta siempre problemática, por ello se la coloca en la categoría de un desafío. Follari, 2005

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO – DESAFIO - Este abordaje no existe de forma generalizada, pero muchos equipos están realizando sus experiencias interdisciplinarias y ello lleva a que estas se expandan y contagien a otros equipos de salud.

“La mejor manera de volver lo imposible posible, es hacer lo posible de hoy”. Paulo Freire

-Dra. Macarena Zanolli:

Mi nombre es Macarena Zanolli, soy odontóloga del Centro de Atención Familiar y de Salud de Benavidez, una de las 6 ciudades que integra el partido de tigre, en el norte de la provincia de Buenos Aires. Soy además, una de las integrantes más jóvenes de OSA (Odontólogos Solidarios Argentinos), OSA es un colectivo interdisciplinario de salud que milita desde el 2002 en distintos barrios de la Provincia de Buenos Aires....conformado por profesionales y estudiantes de Odontología, Fonoaudiología y Comunicación.

Tenemos como eje fundamental la reivindicación del derecho a la Salud toda, acompañada de la creación de oportunidades, el estímulo, la participación popular y la mejora del acceso al sistema.

Nuestro objetivo es llegar con la prevención a la gente de menos recursos, para generar un cambio en la salud.

Generar el debate entre los técnicos de la salud y la población, acerca de la Salud que queremos.

Tenemos varios obstáculos como la Falta de Herramientas Metodológicas, Falta de formación social por parte de la Universidad, Educados para trabajar con la Enfermedad y no con la Salud. Dificultad de romper con el modelo Odontológico hegemónico, Asistencialismo Vs Prevención

Esta ciudad donde se realiza mi trabajo comprende un área programática de 50000 personas, además del centro de atención funcionan 3 postas sanitarias que abarcan un poco más la zona. El centro de atención particularmente es uno de los más grandes del partido: lo grande radica en la cantidad de profesionales trabajando, somos 75 personas entre pediatras, obstetras, ginecólogos, médicos clínicos, generalistas, enfermeros, asistentes sociales, fonoaudiólogos, psicólogos, dermatólogos , administrativos y personal de servicio... el trabajo para el que fui contratada, está enfocado al trabajo comunitario y comprende particularmente las salidas al barrio, a los jardines, escuelas, polideportivos, etc. promoviendo la salud, no solo bucal sino también articulando con otras disciplinas, enfocándonos objetivamente en los problemas que surgen en el barrio: problemas de contaminación y medioambiente, problemas cloacales, de suministro de agua, partiendo netamente de conflictos sociales. Mi trabajo cotidiano consiste , una vez a la semana realizar talleres de salud bucal y embarazo, luego la atención y seguimiento de las mamás, otro día está enfocado a lxs niñxs derivados de las escuelas y jardines y los otros dos días dedicados a las proyecciones comunitarias del barrio. En este momento nos encontramos trabajando particularmente junto a una psicóloga (Mercedes, psicóloga de la posta esperanza), una médica generalista (Erica de posta esperanza), una promotora (Alejandra de posta esperanza) posta que pertenece al área programática del centro de salud y vecinas del barrio con quienes armamos un taller para familiares y amigos de personas con capacidades diferentes. En este espacio, al que las mamás han llamado “Lluvia de Esperanza”, después de varios encuentros de intercambio de experiencias se manifestaron diversas necesidades, una de ellas fue la de crear una ludotecas que se llevaría a cabo dos veces al mes. Estos encuentros brindan a los chicos un espacio de recreación que no tienen en las escuelas y otros espacios comunes, y a los familiares un lugar donde fortalecer los vínculos, desde lo lúdico y recreativo. Lo más

importante de esta actividad es que estos encuentros se llevan adelante única y exclusivamente por los familiares más allá de nuestra colaboración en la programación y coordinación. Que sean conscientes que son ellos los dueños de este espacio.

Este es el lugar que considero y consideramos, como colectivo, nuestro, el lugar que habilita mas saberes, oportunidades, no nos creemos dueños sino parte de este crecimiento. Los saberes que cada profesión posee no entorpece los saberes de las demás profesiones, al contrario, dejamos de lado ese ego, esa hegemonía del saber que nos has ha marcado y enfrentamos concreta y objetivamente los problemas que se manifiestan recreando y generando herramientas. De eso se trata la interdisciplina, es lo que yo hoy entiendo, es lo que hoy defiendo y es lo que hoy, además, reclamo a la universidad, a los centros de formación, a los colectivos e instituciones sociales!

-Licenciada en Antropología Verónica Iglesias:

Desde la propuesta de la mesa en “Interdisciplina Comunitaria”, elegimos realizar una narrativa de una experiencia concreta en un centro de educación primaria dónde existe un Programa de Salud Bucal.

La narrativa no intenta realizar conceptualizaciones acerca de lo qué se entiende desde una determinada postura conceptual, ni plantear resultados de una investigación, ni un ensayo sobre “la visión de...”.

El abordaje intentará ser inverso y exponer la visión de un sector de una comunidad determinada sobre el trabajo en salud y el rol de integrantes de una red.

Para abordar el tema de la mesa se puede elegir tomar la disciplina de la que provengo y realizar las conceptualizaciones pertinentes sobre qué se entiende desde cierto marco teórico y luego exponer una experiencia de trabajo en interdisciplina o multidisciplina.

En este caso, el abordaje intentará ser inverso y exponer la visión de un sector de una comunidad determinada sobre el trabajo en salud y el rol de integrantes de una red.

No se hará un planteo de resultados de una investigación, ni un ensayo sobre la “visión de...” sino una narrativa de una experiencia concreta, con un corte sincrónico, en un lugar determinado que cuenta con un trabajo en red específico.

Se podría, también, hacer referencia a distintas interpretaciones desde lo social, de políticas en salud desde lo multidisciplinar o lo interdisciplinar y establecer contraposiciones de conceptos, de corrientes ideológicas, de líneas de abordaje frente a la elección de una u otra forma de accionar de las redes comunitarias.

Estos enfoques ya han sido abordados desde diferentes ópticas por otros participantes, por lo que la narrativa se realizará desde otro lugar. No partiendo de una malla conceptual sino intentando precisamente des construir conceptos.

Concretamente, la idea es que a través de la visión de los denominados “usuarios de servicios en salud”, en este caso, niños de una escuela, definir o tipo logizar distintas miradas sobre el rol de la Odontología.

A manera de contextualización podemos decir que la zona de la cual surge la presente narrativa se ubica en la zona este del departamento de Montevideo, más precisamente en el barrio de Villa García, que se extiende desde el Km. 18 500 de la ruta 8, en la zona de Zona América y la ruta perimetral y el Km. 22 500, donde se establece el límite departamental con Canelones, en el A° Toledo.

En la gran zona de Villa García se encuentran actualmente 12 asentamientos, algunos en vías de regularización. Unos con más de 30 años de creados y otros recientes (tres en los últimos cuatro años). Es considerada por el INE como una de las zonas de Montevideo con mayor crecimiento demográfico en el último período intercensal, así como una de las zonas con mayor cantidad de niños entre 0 y 4 años del departamento.

Desde las instituciones, se cuenta con un centro de educación inicial, un centro de educación primaria y uno secundario, de carácter público. A nivel universitario se encuentra el Programa Integral Metropolitano (PIM) de la UdelAR. En el área de la salud hay 4 policlínicas de ASSE, el Programa de Salud Bucal y desde otras políticas públicas del estado un club de niños, un PAC (Aula Comunitaria), Programa Cercanías, Jóvenes en Red y una ONG que gestiona el SOCAT (Mides).

Por más que se encuentra dentro del Plan de las 7 zonas, el barrio carece de centros Caif.

Tampoco hay propuestas educativas privadas, ni no formales, ni en el área de la salud policlínicas privadas de ninguna institución.

Enmarcado en las líneas de trabajo del SOCAT, existe la Mesa Técnica, que trabaja hace 8 años integrando a los servicios de salud y educativos del barrio. Desde la Mesa Técnica se acordó trabajar con la óptica de prácticas saludables. Cada institución lo hace desde su lugar de referencia: policlínicas en sus centros, Salud Bucal y Primaria desde la escuela de Villa García.

Es así que en forma conjunta se realizan Proyectos de abordaje de distintos temas vinculados a la salud en el centro escolar.

Luego de la aprobación de la ley sobre Meriendas Saludables (N° 19140) en centros educativos y su posterior reglamentación y recomendaciones realizadas por el MSP y ANEP, el equipo de Salud Bucal propuso el trabajo en Talleres con clases de la escuela sobre la temática.

Los temas abordados fueron: presentación de texto de la ley y la reglamentación a los niños, trabajo con audiovisuales y conceptual sobre alimentación saludable, vinculación de la salud bucal en los hábitos alimenticios, lectura e interpretación de etiquetados de alimentos, trabajo con folletería institucional sobre merienda saludable, clasificación de alimentos por grupos, dietas saludables para niños y adolescentes, elaboración de tortas y degustación de cereales y frutos secos, elaboración de encuestas sobre hábitos alimenticios de los compañeros y la creación de historietas, personajes y audiovisuales.

El rol de la maestra de dientes:

Es necesario aclarar que tanto Odontóloga como Higienista son vistas por la comunidad como dos integrantes más del equipo de trabajo de la escuela. Participan de todas las actividades, muestras, exposiciones de ciencias, trabajos en redes, actividades en aula, en recreo, acompañantes en campamentos escolares etc.

Y así como la escuela es un centro de puertas abiertas, el consultorio es un lugar de puertas abiertas a la comunidad.

Esta introducción, un poco extensa para llegar al tema, es necesaria para exponer la visión de los niños sobre los distintos roles y ayuda a la

interpretación de los comentarios que tomamos para esta presentación.

En el marco de las actividades realizadas, se planteó la pregunta “¿Cómo explicarías el trabajo de Ana?”

De las visiones sobre el rol de Ana podemos agrupar en 4 tipos de respuestas:

- Disciplinar
- Otra disciplina
- Multidisciplina
- Interdisciplina
- Disciplinar

Menciones basadas en la definición del rol específico de la Odontología relacionada con la Salud Bucal, el cuidado y la prevención. “Nos explica sobre la salud bucal, la salud de nuestro cuerpo”

Otra disciplina: Atribuyendo otras profesiones y no la de Odontología. Visión interesante porque el Programa existe en la escuela desde 2008, por lo que los participantes todos han pasado por jornadas de educación en Salud Bucal, cepillado y atención por parte de Ana.

“Ella trabaja en educación en alimentación sana, ella explica lo que hace bien y lo que no. Es Nutricionista”

Multidisciplina: Un grupo de niños menciona la multidisciplina en una sola persona, por ejemplo “Es dentista y nutricionista”, vinculando con el Proyecto de trabajo de este año. “Es dentista pero le gusta ser nutricionista”

Interdisciplina: Otro grupo define el rol como interdisciplinario, con una visión integral del trabajo.

“Nos explica sobre la salud bucal, la salud de nuestro cuerpo” “El trabajo de Ana es ayudar a los niños a tener una vida saludable y sin problemas como la gordura, la diabetes. Es Odontóloga y ayuda a los niños a tener una vida sana” “Trabaja en cuidar a los chicos para tener un futuro sano y agradable”

De las menciones de los niños podemos hacer una lectura de una forma de ver y sentir la salud. Los estudiantes manifiestan en su mayoría una

mirada integral de la salud, y consideramos es especialmente significativa si se la vincula con un área como es la odontología, no presente en otros ámbitos de la “salud” en la zona, como lo son las policlínicas de ASSE, donde por lo general es a lo que restringimos socialmente “la salud” y donde dejamos a ésta área relegada y estereotipada.

El mundo adulto y los niños, previo al ingreso del Programa en la escuela hacían referencia al trabajo del Odontólogo como el “sacamuelas”, debido a que sus experiencias con los profesionales del área era precisamente de atención de casos urgentes en centros de salud lejanos a la zona y llegaban a la emergencia cuándo por lo general no había otra alternativa a la extracción.

¿Por qué presentar, entonces esta narrativa, y cómo vincularla con el tema de la mesa sobre interdisciplina comunitaria?

Particularmente los profesionales tendemos a proyectar, definir, ver, integrarnos y trabajar desde la multidisciplina o la interdisciplina pero nos cuesta mucho no auto referenciarnos. Nos cuesta que nos nombren o nos atribuyan otra profesión, otro rol.

Y en esta línea es que se realiza la narrativa: todos los niños saben cuál es la profesión de Ana pero por las actividades que realiza en su escuela al definir el trabajo pueden nombrar su disciplina, pero también incorporarles otras disciplinas, o varias a la vez, pero siempre lo hacen desde el lugar del rol del cuidado de la salud.

La intención de la presente exposición entonces no es la de discutir si trabajamos la multi o interdisciplina al realizar un trabajo con la comunidad y Khai viene lo mencionado anteriormente como parte de la desconstrucción de conceptos.

Cuando se trabaja desde un equipo o una red: ¿Hasta dónde es importante o tiene relevancia que te nombren como maestra, odontóloga, pediatra, trabajadora social, educadora o antropóloga?

Y extendiendo la pregunta a todos: ¿no sería más interesante el dejar las disciplinas para lo meramente académico y la producción de saberes?

Sobre todo cuando venimos trabajando tanto sobre la salud como un todo...

Visión desde los partidos políticos uruguayos³

“Odontología para la Comunidad, un compromiso de todos”

³ Las exposiciones fueron grabadas, luego corregidas y autorizadas por los autores para la publicación.

Dr. Alfredo Solari, Médico, representante del Partido Colorado

-Recibió el título de Médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay

-Diploma en Salud Pública (DPS)

-Maestría en Administración de Servicios de Salud (MAS) y Doctorado en Economía de Salud en la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto de Canadá

-Desde el año 1978 hasta el año 1997 Sub-Director Administrativo de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

-Director de la Unidad Regulatoria del sistema de servicios de salud (público y privado)MSP

- Ministro de Salud en dos oportunidades (1990-91 y 1995-97)

-Senador de la República desde 2010 a la fecha.

-Consultor en salud pública y administración de salud para varios organismos entre los años 1975 y 1994: la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (CIID), el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Muy buen día para todos, para todas, es un honor y un gusto acompañarlos aquí un sábado en la mañana,

Obviamente no creo que ninguno de los cuatro que estamos aquí adelante vayamos a decir que la salud bucal tiene poca importancia de manera que esa parte de la pregunta la voy a obviar.

Lo que sí quiero es resaltar que “hechos son amores” y que, las dos veces que me tocó ser Ministro de Salud Pública, elegí como sub-secretario un odontólogo porque quería resaltar la importancia que la salud bucal tenía para la salud integral de la población uruguaya.

En el primer caso fue el Dr. Julio Cesar Maglione, quien hoy por hoy, es más conocido como líder deportista o líder de actividades deportivas que como odontólogo, pero bien que tuvo una larga carrera de actividad clínica, que su esposa es odontóloga, que han vivido toda una vida alrededor de la odontología. Luego les voy a relatar un logro obtenido junto al Dr. Magliones, una de las pocas satisfacciones que puede lograr un político en un cargo ejecutivo. Pocas porque uno sueña con un determinado mundo pero después la realidad hace que ese mundo se achique hasta cosas muy pequeñas que, en principio a uno les parece que son fáciles de conseguir, pero que no resultan tan fáciles. La recompensa es que tienen un efecto duradero, que van ayudando a la población a lo largo del tiempo a mejorar su salud. En la segunda oportunidad elegí a la Dra. Laura Albertini, también odontóloga especializada en salud pública en la Universidad de North Carolina. O sea que “si obras son amores”, el nombramiento de la persona que uno tiene al lado durante la gestión, está demostrando que para mí y para los dos gobiernos que integré, uno liderado por el Dr. Lacalle del Partido Nacional, otro por el Dr. Sanguinetti del Partido Colorado, la salud bucal tuvo suma importancia.

Yo quiero referirme a dos temas específicos. El primero tiene que ver con la gestión, con esa satisfacción duradera de que les hablaba. El segundo tiene que ver con una tecnología que promoví intensamente, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con el Banco Mundial, en una etapa de mi vida en que trabajé para el Banco Interamericano de Desarrollo en la ciudad de Washington.

El primer tema, ustedes son en su mayoría bastante jóvenes y no deben recordarlo, o mejor dicho, no deben saber que en el Uruguay, durante la segunda mitad del siglo XX. Estuvo prácticamente vedada la fluoración del agua potable. En nuestro país existió un movimiento muy fuerte en contra de agregarle Flúor al agua como método preventivo de la caries dental. Esa era una política de salud pública, adoptada por la mayoría de países del mundo, sobre todo por los países desarrollados, como una forma muy sencilla de prevenir la caries dental y por lo tanto, de ayudar a preservar la salud bucal. Enfrentados con ese tema con Julio Maglione dijimos: bueno, tenemos que inventar algún otro sistema para que la gente tome conciencia de la conveniencia de la fluoración pero, al mismo tiempo, se le permita acceder a ella sin que fuera obligatorio.

¿Que otro vehículo podemos usar para llevar el Flúor? Un alimento de uso generalizado que podía servir para canalizar el Flúor era la sal. En aquel momento se estaban empezando a hacer algunas experiencias con la fluoración de la sal por parte de un organismo de investigación canadiense, el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID). Ahora, si nosotros decretábamos por ley la fluoración obligatoria de la sal estábamos exponiéndonos a la misma crítica que se le hacía a la fluoración del agua potable; el consumidor no tendría opción, iba a tener que consumir forzosamente sal fluorada.

Maglione es mejor negociador, más hábil que lo que pudo ser yo, un técnico en salud pública. En general los salubristas somos más de obligar, por ejemplo de decir que la población tiene que vacunarse; por nuestra propia formación tenemos una veta más autoritaria. El gran aporte que yo le reconozco al Dr. Maglione es el haber ideado la fluoración opcional de la sal, de tal manera que quien fuera a comprar sal a los anaqueles de un supermercado o simplemente a un almacén, pudiera decir “yo quiero sal fluorada” o “yo quiero sal sin fluorar”. Apoyados en una campaña de educación pública, podíamos de esa forma superar la crítica que había impedido la fluoración del agua durante los cuarenta años previos. Considerando la totalidad de los problemas de salud bucal la fluoración opcional de la sal es un pequeñísimo logro, pero les puedo asegurar que, de dos pasajes por el Ministerio de Salud Pública, es el que más me satisface. Satisface porque es una medida duradera, que logra su efecto benéfico en la medida que la población la va entendiendo y la va aceptando. Ese impacto positivo fue demostrado a través de un estudio evaluativo organizado por la OPS y por lo tanto es de esas satisfacciones íntimas que uno tiene de decir: bueno acá no necesitamos tantos recursos, tomamos una decisión acertada, contribuimos en algo al mejoramiento de la salud bucal de la población.

El segundo tema tiene que ver con un enfoque tecnológico, que surgió de la OPS que es la “restauración atraumática a través del ionómero de vidrio”, restauración de pequeñas caries en niños. Restauración que tiene obviamente un costo mucho menor, que puede ser realizada sin un consultorio odontológico totalmente equipado, que puede ser realizada con asistentes dentales debidamente entrenados y que tiene un efecto importante porque la restauración con ionómero de vidrio fluorado, también tiene un efecto preventivo. Y ese fue otro logro muy interesante porque, trabajando con la gente de la OPS logramos realizar varias

experiencias evaluativas en varios países de América Latina, uno de los cuales fue Uruguay.

En Uruguay encontramos algunas dificultades particulares de las cuales podemos abundar más adelante. Digamos que, en términos de la importancia que el Partido Colorado le da a la salud bucal, vayan esos dos ejemplos como manifestación concreta, de acciones que tienden a mejorar la salud bucal de la población sobre todo la salud bucal de la niñez. Es en esa etapa de la vida que se debe empezar a valorar la salud bucal y a evitar el deterioro de piezas dentales que después son muy difíciles de recuperar. La prevención y la reparación precoz de la caries dental son elementos claves de la función que debe cumplir la salud bucal dentro de la salud integral del ser humano.

Eso era lo que yo tenía para aportar desde el punto de vista de la importancia que el Partido Colorado otorga a la salud bucal.

Dra. Patricia Vásquez Varela - Edil Departamental de Paysandú, representante del Partido Nacional

- Egresada de la Facultad de Odontología en abril/ 1986.
- Especialista en tratamientos de ortodoncia y ortopedia máxilo facial con cursos teórico- clínicos de larga duración de dictantes uruguayos y argentinos.
- Ingreso al servicio odontológico de Anda Paysandú por concurso de oposición y méritos en setiembre/ 1989.
- Jefa regional de los servicios odontológicos de Anda de la zona litoral noroeste, cargo al que accede en setiembre 2003, por concurso de oposición y méritos.
- Desde diciembre 2010 trabaja en Anda como auditora técnica de los servicios odontológicos del interior.
- Electa edil departamental por Paysandú, por Alianza Nacional, en el período 2005-2010 y 2010-2015.
- Segunda vicepresidenta en el primer año de la legislatura 2010-2015.
- Coordinadora de la bancada del Partido Nacional en el año 2010 y 2013.

- Disertante representante del Partido Nacional en el panel de actores políticos “Un compromiso de todos” del Congreso de Odontología Comunitaria realizado en la Asociación Odontológica Uruguaya, el 17/ mayo/2014.

- Asistente al curso organizado por el Directorio del Partido Nacional durante el año 2012 sobre “Formación integral en gestión y políticas públicas” para dirigentes y militantes del Partido Nacional.

-Monografía de final del curso “Lograr cobertura nacional en atención bucal mediante la complementación público - privada, a través de un propuesta educativa, preventiva y asistencial integral de calidad”.

-Integrante del” Comité de Seguimiento Ministerial “(de Transporte y Obras Públicas) durante los años 2012 -2013.

-Asistente al segundo curso organizado por el Directorio del Partido Nacional de “Formación y Capacitación en Políticas Públicas “, dictado por el Prof. Dr. José Emilio Graglia en el año 2013, de la Fundación Konrad Adenauer

En una primera instancia quiero saludar a todos y a todas, agradecer al Comité organizador de este 2º Congreso de Odontología Comunitaria, saludar a los participantes y promotores de salud públicos y privados, a disertantes extranjeros y nacionales, a estudiantes, profesionales y también a los representantes de la sociedad civil a los cuales, en definitiva , está dirigida esta actividad.

Comparto la temática de este panel, integrado por actores políticos, al que amablemente me invitaron a participar, ya que realmente debe ser “Un compromiso de Todos “resolver la necesidad de salud bucal de toda la comunidad uruguaya, la de todos acceder a la misma atención tanto preventiva como asistencial.

Entiendo, como representante de un partido político, que debo interpretar las necesidades de la gente y trabajar para lograr revertir la situación.

Pienso que es acertado reunir todas las voluntades del espectro político para que la sociedad en su conjunto se sensibilice y se puedan lograr las respuestas.

A continuación voy a dar lectura a un trabajo realizado por la Comisión de Salud de la Fundación Wilson Ferreira Aldunate a la cual pertenezco, del sector de Alianza Nacional del Partido Nacional, que representa parte de nuestro aporte a la mejora de la salud bucal del Uruguay, y que si bien reconoce los logros de otras administraciones en el tema, entiende que hay elementos para mejorar, cambiar o incorporar.

El Partido Nacional se ha preocupado y ocupado de encontrar los objetivos que deben lograrse para mejorar la atención de la salud bucal uruguaya y considera que se debe lograr una cobertura nacional mediante la complementación público-privada a través de una propuesta educativa, preventiva y de asistencia integral de calidad.

Hasta la fecha los pacientes que tienen cobertura de atención bucal estatal son escolares de escuelas rurales y de contexto crítico, adultos de Uruguay Trabaja del Mides y adultos y niños que reciben atención odontológica en los servicios de los hospitales o las policlínicas barriales de ASSE, muchas veces con escaso nivel de calidad y con una cobertura integral que en los hechos se da muy poco (se logran pocas altas)

Nuestra colectividad política considera que la atención bucal de la gente de su país debe responder a una política de estado, cuyas pautas en relación a recursos humanos, materiales y financieros no se modifiquen con la alternancia de los partidos políticos que se da en un sistema democrático.

Se entiende pertinente diseñar un programa de salud estatal que involucre a todos los prestadores de salud existentes en el país que acepten los lineamientos del mismo, cumpliendo con un enfoque educativo, altamente preventivo, integral y de buena calidad, con controles regulados por auditorías.

Para nuestro Partido es clave la mejora de los programas de salud vigentes como el de salud bucal escolar (cuya debilidad es lograr la calidad de las prestaciones más complejas que no pueden ser realizadas en las escuelas y deben ser derivadas a centros de atención mejor equipados y que muchas veces no terminan generando el alta de los pacientes), el programa del Mides (buscando el logro de aumento de cobertura) y el programa de Asistencia Integral del Ministerio de Salud Pública (incorporando serios controles de calidad de las prestaciones , constatando la realización de las mismas y el logro de altas).

La incorporación del diseño de nuevos programas que incluyan a los grupos de personas que hoy no tienen cobertura en salud bucal, es también otro objetivo del Partido Nacional.

Este aumento de cobertura estaría destinado a los niños del medio rural que no asisten a la escuela y a los adultos de zonas rurales, a los niños y adultos que no tienen asistencia bucal ni por ASSE ni por Mides, a los escolares que no asisten a escuelas de contexto crítico pero que tienen necesidades bucales sentidas y a los preescolares que asisten a centros CAIF u otras organizaciones de la sociedad civil, las actuales ONG.

Se propone que la labor odontológica en el medio rural se realice en clínicas rurales o de juntas locales instaladas en centros poblados que tengan un área de influencia importante para las localidades del interior profundo, donde el trabajo odontológico se realice a través de equipos móviles que realicen las prestaciones más fáciles in situ y se deriven las prestaciones más complejas a las policlínicas de los centros poblados del interior.

Para los escolares que no asisten a escuelas de contexto crítico, los preescolares de centros CAIF y de jardines privados y los adultos que no tienen cobertura ni por ASSE ni por el MIDES, se propone su asistencia a través de policlínicas odontológicas de mutualistas, policlínicas municipales, cooperativas odontológicas u otras que deriven en servicios a través de convenios a realizarse en todo el país, mediante la realización de traspasos de fondos a estas instituciones como lo realizó Presidencia de la República con ANEP en el marco del Programa de Salud Bucal escolar a partir del año 2006.

Se propone la evaluación periódica de los resultados a través de auditorías de historias clínicas y de control de los stocks de materiales cuyas altas y bajas se registren en planillas electrónicas a tiempo real e instaladas en red con el centro de atención.

Nuestra colectividad política entiende que los programas de salud bucal existentes en nuestro país, como el de Salud Bucal Escolar, el del MSP en su relación con las mutualistas y el BPS, y el programa del Ministerio de Desarrollo Social, debe mejorarse y ampliar su cobertura para dar una respuesta nacional logrando el alta bucal de los ciudadanos mediante educación, prevención, promoción de salud y prestaciones de calidad.

Con respecto al Programa de Salud Bucal escolar que se origina en el año 2006 para atención de niños de escuelas rurales y de contexto crítico, seleccionados en todo el país por el Consejo de Educación Primaria y desarrollado en el marco de la actividad de una Comisión Honoraria asesora de Presidencia de la República en materia de salud bucal, se considera que debe mantenerse pero también mejorarse pues se entiende que su debilidad radica en que los tratamientos más complejos que los escolares necesitan y que no pueden ser realizados en los consultorios escolares, se derivan a centros mejor equipados y no siempre se realizan.

Para ello se consideran oportunas las auditorías de pacientes e historias clínicas donde se constata la ejecución de las prestaciones y la buena calidad de las mismas.

Con relación a las compras de los materiales a utilizar se considera que se debe estimar la cantidad de pacientes a asistir y el tipo de prestaciones a realizar en cada escuela y realizar una compra inicial de todo el instrumental que se piensa se va a necesitar y una compra de los materiales para trabajar un mes y medio recibiendo los pedidos del material antes del 5 de cada mes y enviarlo en forma mensual, a mediados de mes.

Si se solicitara nuevo instrumental, mediante probada argumentación, se mandaría a los diferentes servicios cada 3 meses.

El control de las ingresos y bajas del stock general de materiales se considera que se deberá instrumentar mediante un registro de la cantidad de unidades ingresadas o retiradas en relación a un número de unidades establecidas como stock ideal para cada entidad prestadora de atención, en una plancha electrónica en red con la unidad central del stock general y a tiempo real.

Con respecto al Programa de Salud Bucal del Ministerio, consideramos que fuera de la asistencia brindada por el programa escolar urbano y rural, el Sistema Nacional Integrado de Salud debe asegurar la promoción, educación y prevención de la población en general priorizando la atención a embarazadas, niños y adolescentes que no estén cubiertos por otros programas, buscando como siempre lograr las altas de los pacientes.

En la órbita de la relación entre el MSP y la asistencia de las mutualistas se considera que se debería instrumentar la atención de salud bucal en las instituciones médicas privadas a través de convenios con el BPS brindando

de forma colectivizada las prestaciones de educación para la salud, enseñanza de higiene, medidas fluoradas , control de dieta, consulta de diagnóstico de patologías y un servicio de urgencia fuera del horario del servicio odontológico, destinado a todos los afiliados .

Las derivaciones para la realización de las prestaciones necesarias, se realizarían hacia las diferentes instituciones odontológicas que convenían con el MSP y el BPS.

El Programa de Salud Bucal del MIDES se financia por la transferencia de un monto de dinero del MIDES a ASSE. Se trata de una población con bocas con mucha patología y poca e incipiente información sobre el cuidado y prevención. Generalmente se realizan tratamientos de prótesis por lo que se deben realizar convenios con laboratorios dentales.

Los odontólogos de ASSE son los que atienden a los beneficiarios de Uruguay Trabaja en policlínicas municipales, policlínicas de ASSE, hospitales públicos, INAU y organizaciones de la sociedad civil.

Los pacientes se mantienen en el programa en la medida que cumplan con todas las citas y una vez de alta mantengan los resultados logrados y asistan a todos los controles periódicos de salud. Se considera que se debe lograr ampliar la cobertura a los familiares enfatizando la educación y la prevención.

Como lo expresara al inicio, el Partido Nacional entiende que debe incrementarse la cobertura en atención bucal en Uruguay, la que debe involucrar a aquellos ciudadanos que no la tienen, lográndose un acceso equitativo y justo.

Se proponen auditorías de historias clínicas de pacientes y de stock de materiales.

En cuanto a la cobertura que brinda el programa de MSP se propone la realización de actividades de promoción y prevención por parte de los odontólogos de ASSE, la realización del diagnóstico y tratamiento de cada paciente y la realización de las urgencias derivando las prestaciones necesarias a las diferentes instituciones odontológicas que convenían con ASSE y el BPS, controlando el módulo de Alfort y la calidad de las restauraciones.

**Lic. Pablo Anzalone Cantoni, Director de División Salud de IM,
representante del Frente Amplio**

- Licenciado en Ciencias de la Educación
- Diplomado en Políticas Públicas e Innovación
- Director de División Salud Intendencia de Montevideo
- Coordinador de la Junta Departamental de Drogas de Montevideo
- Integrante del Consejo Directivo Institucional del área metropolitana de la Red Nacional de Drogas
- Coordinador del Compromiso por el Derecho a una Alimentación Adecuada
- Integrante del Consejo Directivo de la RIEPS Red Pública de Efectores de Salud
- Integrante de la Junta Departamental de Salud de Montevideo
- Integrante de la Comisión Nacional de Programa del Frente Amplio
- Coordinador de la Unidad Programática de Salud de la Com. Nac. de Programa del FA
- Co-redactor de textos de Ciencias Biológicas para Enseñanza Secundaria

Buenos días a todas y a todos, a nombre del Frente Amplio quiero señalar las conclusiones que establece el programa de gobierno del Frente Amplio aprobado en el Congreso “Hugo Cores” en relación con la salud en general y con la salud bucal en particular.

No concebimos la salud bucal separada del resto de las políticas de salud y por lo tanto concebimos un enfoque integral con respecto a este tema. Creemos que hay un déficit acumulado realmente muy importante en términos de la salud bucal de la población porque durante décadas se construyó un modelo en el cual el aspecto meramente curativo predominaba, basado en el pago de bolsillo y la atención privada casi exclusiva. Eso fue segmentando el acceso a la atención odontológica y privando a gran parte de la población de ese derecho. Y esa deuda histórica que se ha ido

construyendo a lo largo de décadas es la que queremos revertir a través de fortalecer las prácticas y las estrategias en relación con la salud bucal dentro del Sistema Integrado de Salud. O sea, no concebimos la atención a la salud bucal como un complemento, como algo externo, lateral, que tiene que resolverse a través de salud privada. Creemos que el pago de bolsillo es de los mecanismos de financiación más regresivos que existen en salud y que la atención privada exclusiva y predominante también lo es.

Como en otras áreas de salud, un cambio en modelo de atención implica el fortalecimiento de las políticas de prevención y promoción, la integralidad de la política y la universalidad de las prestaciones. Esa reivindicación de la universalidad no quiere decir que no haya programas focalizados que puedan cumplir pasos. En ese sentido entendemos válida y valiosa la atención integral que estamos desarrollando en relación con los participantes de Uruguay Trabaja desde la IM y desde ASSE. Insisto que hemos logrado mecanismos de inserción social realmente muy significativos, aportando a un proceso integral, no pensando en la salud bucal como un compartimento estanco, integrando a esas personas a una atención en policlínicas con equipos interdisciplinarios con una visión general. Y no solamente con el programa “Uruguay Trabaja”, también trabajamos con “Barrido Otoñal”, con adolescentes, con el Programa “Girasoles”, con una cantidad de áreas y programas sociales en torno de los cuales se ha dado una atención integral.

Estamos también desarrollando atención integral en nuestras policlínicas para todos los usuarios con cobertura pública. Es un proceso a incrementar, fortaleciendo un trabajo en red en este plano.

Entonces lo que plantea el programa del Frente Amplio es ubicar este tema dentro de los cinco problemas prioritarios de salud en torno a los cuales se convoca a definir las metas y objetivos del próximo periodo. Uno de ellos refiere al tema salud bucal y dice que vamos a incorporar al Sistema Nacional Integrado la atención universal e integral a la salud bucal incluyendo la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación hasta lograr universalizar el acceso a toda la población ampliando las prestaciones que exige el SNIS.

Y esto lo integramos en una visión de la reforma de la salud para el próximo periodo de salud. Una visión que reivindica la reforma de la salud

y que se plantea también nuevas metas para profundizar y para eso define ocho grandes ejes de cambios

Uno de ellos es el establecimiento de metas y objetivos que sean colectivos para todo el sistema, contruidos en forma participativa a través de ámbitos territoriales, con instancias locales, departamentales y nacionales. Para alcanzar esos objetivos debemos construir planes priorizados sobre problemas de salud con la participación de la comunidad .Desde allí se genera esta acumulación de actores que son necesarios para desarrollar las políticas de salud.

Por otro lado se afirma la necesidad de fortalecer la rectoría del MSP. No hay manera de funcionar eficazmente en salud en un escenario desarticulado, en la cual el área privada o el área pública actúen cada uno con sus reglas de juego. Es necesario fortalecer la potestad de rectoría y la capacidad de fiscalización que tenga el MSP y esa es una de las claves para poder articular un sistema que es lo que no hemos tenido durante muchísimo tiempo. No hemos tenido un sistema de salud, hemos tenido un conjunto de instituciones que daban cobertura y mucha gente no accedía a ninguna de ellas.

Necesitamos cambios de modo de atención porque reivindicamos una estrategia de atención primaria en salud renovada. Una Atención repensada pero una estrategia de APS que sigue siendo una respuesta integral no solamente para primer nivel, sino para todos los niveles asistenciales.

El primer nivel tiene un rol decisivo para la implementación de esa estrategia. No es una atención simple para pobres como muchas veces se tergiversó a nivel mundial en experiencias que terminaron fracasadas. Apostamos a una estrategia de APS que incluya el tema de la prevención y promoción y el trabajo en la comunidad como uno de los ejes.

Se plantea la necesidad el trabajo en redes territoriales, estamos convencidos que ninguna de estas políticas se puede desarrollar si no toman en cuenta los territorios, si no toman en cuenta las características que tiene cada una de las comunidades, de las familias, de las personas, de los barrios, de los entornos. No solamente por la historia, más bien por las condiciones económicas y sociales, también por la cultura que se va afiliando a un cauce en esos lugares. Y construir un trabajo en red territorial

nos parece una de las maneras en las cuales el sistema de salud empieza a superar la fragmentación y empieza a plantearse la complementación de un servicio con otros. En el desarrollo de planes y políticas hemos venido desarrollando en Montevideo una experiencia muy interesante que fortalece redes de salud por municipio y actualmente hay redes de salud funcionando en casi todos los municipios de Montevideo. Esa red de salud hace una asamblea de salud al comienzo del año donde discuten con la participación de comunidad cuales son las prioridades que se van a desarrollar en ese año y hay una asamblea durante el año, donde se rinde cuentas y se discute como plantearse las perspectivas.

La creación de las JUDESAS no puede ser un organismo más, no estamos pensando el Sistema de Salud con una cúpula, la JUNASA y luego cada institución dispersa actuando por su lado y por su propio criterio. Pensamos que tiene que haber una integración y trabajo de territorio. Y esa idea que la OPS señala como redes integradas de servicios de salud, es una estrategia que nosotros ya estamos tratando de construir en este periodo y que apostamos fuertemente que eso sea un componente de futuro próximo en nuestro país.

Creemos necesario un plan estratégico de recursos humanos de manera tal que la formación de recursos humanos y su distribución en el territorio tenga pautas legales que permitan responder a necesidades inmediatas y futuras del sistema de salud. Tenemos demasiados ejemplos en muchas áreas en las cuales tenemos sobredimensiona y escasez o ausencia en otras. Es necesario pensar un plan estratégico de recursos humanos establecido por ley y que eso ocurra con la participación de todos los actores del sistema educativo, del sistema de salud, de la propia comunidad. Es necesario ajustar el modelo de financiación profundizando la idea de que pague más el que tiene más y que pague menos el que tiene menos y que tanto la estructura de capitas como el sistema de metas prestacionales sean mejorados.

Reivindicamos plenamente la idea de un seguro nacional de salud. Creemos que es un gran avance en términos de política de salud pero ese seguro nacional que ya tenemos en nuestro país y que está funcionando en el FONASA necesita mejorar, ampliar por un lado su cobertura del conjunto de la población, toda la población tiene que estar incluida dentro del FONASA en un seguro nacional. No puede ser un seguro parcial.

Es necesario profundizar en el tema de los determinantes sociales. La financiación que hoy tienen las capitales está pensada sobre la estructura de gasto de las mutualistas y las mutualistas han desarrollado un modelo asistencialista curativo con poca acción de prevención y de promoción y además no responde y no incorpora el determinante social. Y en este tema de la salud bucal los determinantes sociales son clarísimos. Si hay un ámbito en el cual hay una enorme desigualdad por razones sociales es el tema de la salud bucal, alcanza ver las sonrisas de unas personas y de otras para ver como eso funciona.

Se ha hecho el mito de que la salud bucal es muy cara y por lo tanto es un tema que no puede incorporarse dentro de las prestaciones globales.

Pero la atención a la salud incorpora muchísimas cosas que son más caras que la atención en la salud bucal y que por lo tanto forman parte de derechos que tienen que irse construyendo.

Todos sabemos que esto no es prender y apagar la luz, no es pensar que con un decreto se resuelve, son procesos que tienen mucho que ver con la ejecución del poder en los recursos, con el acceso a derechos y también con pautas culturales que tenemos todos.

Debemos tener en cuenta los determinantes sociales en la financiación del sistema para permitir por ejemplo el acceso a la atención odontológica integral de los sectores más carenciados. Estamos demostrando en la práctica que es posible hacerlo y que tiene un impacto fuerte para el desarrollo de las personas en lo social, cultural, afectivo, laboral y familiar.

Y por último apostamos mucho al tema de la participación social, creemos que la participación social es una de las claves de construcción de políticas públicas. Las políticas públicas no se pueden definir en un escritorio, tienen que cotejarse, discutirse con la comunidad y cada uno tiene que asumir sus responsabilidades. El poder político electo tiene que asumir la que le corresponda pero una cosa es pensar que uno tiene el saber y el poder de decidir y otra cosa es pensar que una política que abarque a muchos actores es una política que tiene mucho más impacto, más profundidad en sus alcances y tiene más riquezas en su contenido. La experiencia de participación comunitaria que el Sistema Nacional Integrado ha generado desde un principio fue una de las ideas más importantes.

Y desde el principio se tomó la experiencia del BPS para decir queremos participación social. Una de sus dimensiones principales es en los barrios y hay una larga historia en ese plano. Solo menciono un ejemplo que es el Policlínico Odontológico del Cerro que fue construido hace 20 años con una enorme participación de los vecinos .La historia no es parte solo del pasado. Cualquier proceso de cambio profundo tiene que recoger esas experiencias tan ricas que se han desarrollado a lo largo de muchos años por parte de mucha gente.

Pero es necesario darle un carácter mucho más amplio de participación comunitaria. De ahí también que se ha incorporado la participación de trabajadores y usuarios en la dirección del Sistema Nacional Integrado, la Junasa y en la dirección de ASSE y en las mutualistas los Consejos Asesores Consultivos. No estamos conformes con estos niveles de participación. Creemos que es necesario poner el énfasis en la participación en la planificación territorial. Es necesario vincular la comunidad con el desarrollo de planes elaborados con su opinión y su compromiso. El desarrollo de acciones en territorio no es una labor de técnicos en relación con una población que solo recibe. Los usuarios son más que el objeto sobre el que aplicamos técnicas desde los sistemas de salud. Las políticas de salud tienen que incorporar el cambio de pautas culturales, los hábitos, incorporar la acción sobre aquellos factores del entorno que son los causantes de la enfermedad. Si no actuamos sobre esos factores del entorno difícilmente vamos a poder dar una respuesta que vaya más allá de lo curativo inmediato. Por eso apostamos a que en el próximo periodo la participación social sea una de las claves pensando en esta estructura territorial que se quiere fortalecer, pensando en estos planes priorizados con la participación de los vecinos. En la formación de promotores escolares, promotores juveniles, agentes comunitarios de salud hay una larga experiencia que ha demostrado que ayuda a que la comunidad tenga más fortalezas y más instrumentos para desarrollar sus intereses y sus políticas en relación a su salud.

Y termino con dos elementos: programas focalizados pero también programas universales, acceso universal, derechos universales, en una progresión pero con una dirección estratégica clara que vaya en ese sentido. Se trata de fortalecer la experiencia de trabajo en prevención y promoción en una articulación fuerte con el sistema educativo. El sistema de salud y el sistema educativo son una alianza básica para el desarrollo de

estas políticas. Para eso el sistema de salud, no solamente el área pública debe retomar la experiencia de distribuirnos la cobertura de la labor con las escuelas. Y que entonces los efectores privados y públicos desarrollemos coordinadamente una relación con el sistema educativo que no deposite sobre los maestros toda la responsabilidad pero que si los incluya en procesos de educación y de promoción de salud.

Un aspecto más es el tema del trabajo en equipo y el trabajo en equipo interdisciplinario. Vivimos una patología muy fuerte en nuestro sistema de salud que es la fragmentación por especialidades y las dificultades para articular entre unas y otras prestaciones, conocimientos y saberes. La experiencia que se ha hecho en varios ámbitos, menciono el que más conozco que es el de la IMM, de trabajar con equipos interdisciplinarios tiene una enorme fortaleza en términos de la vinculación de las prestaciones de salud bucal transversalmente con todos los demás programas de salud.

Dr. Daniel Radío, Médico, representante del Partido Independiente

- Diputado (período 2010-2015)
- Integrante de la Comisión de Salud de la Cámara
- Médico. Ex Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Integró la dirección de la AEM (Asociación de Estudiantes de Medicina) 1983-1984.
- Integró la Comisión Directiva de la ONG Foro Juvenil especializada en temas de juventud (2008-2009)
- Integró la Dirección de la Juventud Demócrata Cristiana
- Fue Secretario General Adjunto de la Juventud Demócrata Cristiana de América (JUDCA) (1990-1993)
- Integró la dirección del Partido Nuevo Espacio (1996-2001)
- Actualmente integra la Mesa Ejecutiva Nacional del Partido Independiente desde su fundación (2002)

Buenos días. La primera cosa que quiero hacer es agradecerles la invitación, quiero decirles que para mí es un honor compartir la mesa con el Dr. Solari que está siendo un hábito, nos encontramos muy seguido en este tipo de eventos pero además tanto, también compartirla con la Dra. Como con Anzalone, pero además tengo el privilegio de dirigirme a un auditorio tan calificado y en esto confieso que me genera una corriente de simpatía, yo fui residente de medicina familiar y comunitaria y supongo que alguna de las perspectivas complejas y las realidades sobre las que uno siente la necesidad de seguir, seguramente son compartidas.

Estamos todos de acuerdo. Esto de ser último tiene una contra y es que ya está todo dicho pero también tiene una gran ventaja que ya esté todo dicho. Porque estamos todos de acuerdo, es curioso pero después la realidad dice otra cosa. La salud bucal es muy importante pero después parece como si uno no se enferma hasta que no tiene una faringitis estreptocócica o viral como si el istmo de las fauces constituyera una barrera invisible que determinara cuando pasan a ser importantes las afecciones de salud y cuando no. Hay más cosas en las que estamos de acuerdo. Yo estoy muy contento de haber escuchado que la estrategia de APS o los enfoques comunitarios no son medicina para pobres, no son atención de salud para pobres que es una tergiversación que en general hacemos cuando hablamos desde el prejuicio de estas cosas. Primero porque es una apuesta a la equidad pero además porque es una apuesta a la calidad yo quiero que la gente tenga un abordaje comunitario de su salud no solo odontológico, como yo creo que debe estar integrado, en el Borro, en pueblo Sequeira y en la rambla porque me parece que eso es bueno para todo el mundo no solamente para los pobres. La siguiente cosa que estamos de acuerdo que es necesario tener un plan estratégico de recursos humanos hay que ver como manejamos eso en términos de respeto a la autonomía de la educación, porque cada vez que los políticos decimos cosas que hay que modificar en la educación se nos dice que queremos politizar la educación y ahí tenemos que luchar con resistencias inveteradas que parece que la ciudadanía no tiene manera, de hacer la ciudadanización del poder al nivel de la educación, si no, cómo hace el ciudadano común. Mi hermana, yo siempre pongo el mismo ejemplo, nosotros somos una familia muy pobre, mi hermana es doméstica, limpia baños en casa ajena y mi hermana paga la educación y la universidad desde el primer día que compró un paquete de fideos porque paga a través de los impuestos. Ahora

el día en que no estuvo de acuerdo con algo que se hacía en la universidad fue y golpeó y dijo “sabe que yo no estoy de acuerdo” le dijo “señora, no hay problema, la universidad además de ser autónoma es cogobernada, ¿Ud. qué es, docente, egresada o estudiante?” “Y nada, sirvienta” Bueno, entonces acá no tiene nada que decir, siga pagando nomás”. Esa es la realidad en este país, incidir en estas cosas no es enunciarlo en una frase es difícil después hincarle el diente a estas cuestiones. La tercera cosa que me parece es la importancia de un seguro nacional y de un sistema nacional. Yo estoy absolutamente de acuerdo, yo no me explico por qué por ejemplo, el seguro no es universal en Uruguay, por qué los gobiernos departamentales no están incluidos en el seguro, sigo pensando por qué, no me cabe en la cabeza, por qué, cual es el pretexto para no meter a los trabajadores municipales en el seguro de salud? La otra cosa que no entiendo por qué se ata el seguro de salud al mecanismo de previsión social, un error histórico que alguna vez vamos a pagar porque hasta ahora viene todo bárbaro pero el ciclo de crecimiento económico hace que cada vez más gente trabaje y que cada vez más gente esté relacionada a la seguridad social pero ojala siempre sean vacas gordas! pero un día se va a terminar el ciclo económico, va a aumentar la desocupación y la gente se va a quedar sin cobertura de salud y vamos a tener más población cautiva de ASSE. Esto es el corralito porque acá cuando se habla del corralito y que la gente puede cambiarse de mutualista una vez por año, no se tiene en cuenta que el corralito más grande que tiene este país hoy, 2014, es el corralito de los pobres que no tienen ninguna vez al año para cambiarse de mutualista.

La siguiente cosa es que tenemos una deuda histórica en materia de salud bucal porque el mecanismo del pago de bolsillo y la atención privada fue hegemónico toda la vida en este país y pero hoy sigue siendo hegemónico, quien quiera ver lo contrario que haga trampas al solitario, hoy sigue siendo hegemónico y lo que tenemos son planes cuasi testigos de situaciones diversas. Yo coincido en que una mirada renovada sobre la atención de la salud de las personas implica revertir una concepción cultural inveterada arraigada durante mucho tiempo que suponía que teníamos que hacernos cargo de la enfermedad de la gente. El enfoque con el que tradicionalmente abordamos los problemas de la salud y con el que nos capacitamos la mayoría de nosotros o bien ya no es adecuado o bien nunca lo fue, porque de lo que tenemos que hacernos cargo no es de la enfermedades de la gente, es de la salud. Es más la constatación de que nos enfrentamos a la

patología de mayor prevalencia es en sí misma un fracaso de las estrategias y no un fracaso de un partido político, por favor, ni de un gobierno, sino de una manera de enfocar el problema. Y yo en eso reconozco que ha habido modificaciones y avances absolutamente insuficientes, ha habido esfuerzos valiosos pero absolutamente insuficientes. Es muy concreto y muy sencillo de entender si solo hacemos planes para enfrentar la enfermedad, solo hacemos planes odontológicos para reparación, extracción o rehabilitación, por un lado llegamos tarde y por otro lado esta acción dejara de ser efectiva rápidamente en la misma medida que se cierre la puerta del consultorio, cuando el paciente sale del consultorio nuevamente toma el camino que lo condujo a la enfermedad.

Tratar las enfermedades no es producir salud, un plan para resolver la enfermedad lleva implícito asumir un fracaso. Y de hecho en las actuales circunstancias planes exclusivamente educativos o de promoción de salud no van a dar cuenta de los problemas de la necesidad de salud del 90% de la población. También yo quiero decir que cuando se habla de programas exitosos y de experiencias interesantes y la importancia de la participación de la comunidad, hay que avisarle a la comunidad porque en si no se enteró que está participando... yo quiero decir que la importancia de la participación de la comunidad no es la importancia de la asamblea de vecinos que son cuatro que van, es más que eso la participación de la comunidad y a mí me parece que esas cosas hay que avisarle a la gente.

Todas estas experiencias son muy importantes que apuntan en el sentido correcto, hay que evaluar la salud una vez, hay que hacer una evaluación no solo de procesos, porque en el Uruguay estamos acostumbrados a hacer evaluación de procesos siempre.

Alguna vez por ejemplo, todas las metas prestacionales básicamente son evaluación de procesos, yo puedo evaluar cuánta gente concurre con su niño al control, pero tengo que ver como incide eso en la salud de la gente y cuáles son los indicadores de salud que estoy midiendo, yo creo que nos faltan esos, tenemos déficit de la capacidad de evaluar las cosas que nos están pasando, no hacemos evaluación de resultados, hacemos evaluación de procesos, entonces nos quedamos contentos. Si hiciéramos evaluación de resultados nos daríamos cuentas que la modificaciones son ínfimas, pensar un plan para la salud en lugar de la enfermedad es una

apuesta al futuro, las acciones en materia de salud siempre deberían ser de largo plazo.

La historia de la odontología desde mi punto de vista es la historia de los esfuerzos para paliar las consecuencias de un fracaso, la patología de mayor prevalencia eso es el fracaso y por eso estamos guiados por principios predominantemente del punto de vista médico además del punto de vista epistemológico, principios quirúrgicos se trata de en lugar de un abordaje integral que tenga en cuenta la funcionalidad o la integralidad la tónica funcional tengo que mencionar históricamente la batalla ha sido tendiente a depurar la cavidad oral de elementos espurios, es extirpar el mal.

Este es el mensaje que todos nosotros tenemos que recibir autocriticamente, tanto los responsables de las políticas de salud como las instituciones formadoras de recursos humanos es ese contexto que se decía recién, y esto vale por supuesto para la atención médica en general pero particularmente vale para la atención odontológica, es más, estoy convencido que la atención odontológica, como decía Anzalone recién, tiene que formar parte de la salud integral de población.

Ahora bien uno de los tres pilares sobre los que se sustenta la reforma de la salud en el Uruguay es el cambio de modelo de atención que yo creo que se apunta en el sentido correcto si bien está ausente e insuficientemente implementado. En realidad de los tres pilares que han sido enunciados como sustento en la reforma de la salud, el que se ha jerarquizado es el cambio de modelo de financiamiento, estamos todos claros en eso y además yo creo que con ese error conceptual de haberlo atado a la seguridad social en lugar de al sistema impositivo, alguna vez vamos a corregir eso, yo espero porque yo reconozco que hasta los técnicos que diseñaron esto son gente sensata e inteligente y en algún momento se harán cargo de este error. Adoptar la Atención Primaria de Salud parece una estrategia pertinente para llegar al conjunto de la población con prácticas en la atención basadas en abordaje comunitario y que deberían ser implementadas por equipos de salud familiar y comunitaria con todo ese discurso que todos compartimos pero que no es denunciar políticamente sino que es de una pelea cultural que tenemos que dar contra el modelo médico-hegemónico y contra la segmentación de la atención de la gente, esa cosa biologicista de separar a la persona por tomos según cual sector de su economía se encuentra afectado de patología.

Y esto particularmente es válido por tratarse de patologías condicionadas

socialmente y donde los más enfermos reciben menos asistencia y sobre todo tratándose de patología que es 100% evitable. El camino entonces de acuerdo es jerarquizar el primer nivel de atención es el trabajo en red es con un equipo de salud bucal formando parte del equipo de salud integral y no como un apéndice o como cosa separada de salud integral en nuestro país hay que hacer el reconocimiento de algunos programas que mencionaba la Doctora que el gobierno que ha implementado pero a excepción hecha del Programa Materno Infantil o de la atención a la primera infancia o a los escolares la resolución de la asistencia, el resto de la población queda librada a la demanda espontánea. Y eso es la expresión del deseo del paciente de recibir tratamiento dental de acuerdo con sus necesidades y de sus posibilidades, sus necesidades percibidas además , que ni siquiera son sus necesidades, es de lo que siente que tiene que consultar que además podrá ser una demanda potencial, seguramente si no tenemos la capacidad de satisfacerla sea por cuestiones de accesibilidad, a veces económicas y a veces organizacionales porque también hay que reconocer que nuestros prestadores de salud no facilitan la atención.

La cobertura odontológica en el Uruguay es extendida pero es desigual en términos de cobertura y de calidad y los esfuerzos en general son muy limitados son fragmentarios pero además a pesar que se explicitan y se intentan coordinaciones las articulaciones entre distintos actores, organismos públicos u otras instituciones además de ser dificultosas en términos generales no han contribuido a una mayor eficiencia de los servicios existiendo un riesgo alto de que estas coordinaciones o articulaciones devengan en instancias más o menos testimoniales o más o menos burocráticas .

Yo siempre pongo el ejemplo, ahora se hace alarde permanentemente de la articulación y de la coordinación de instituciones entre el sector público y el privado, o dentro del sector público y cuando votamos el presupuesto en el año 2010 se aprobó la construcción de un hospital en el edificio Libertad, un edificio que fue pensado para oficinas con lo que implica esto en términos de despilfarro de recursos cuando a dos cuadras teníamos el Hospital Policial que podíamos haber hecho una apuesta mucho más inteligente e interesante transformando eso en un hospital que le sirviera a toda la población, pero claro, la coordinación brilló por su ausencia . Pues se hacen y coordinan cositas chiquitas y hacemos alarde y decimos todos

los días que bien que se está coordinado!, las cosas “grosas” en realidad no se coordinan.

Los objetivos de mejora de la salud bucal, la adhesión a la estrategia de APS, el enfoque territorial, el trabajo en equipo, el trabajo en red, seguramente ahora han abundado mucho en estos días de trabajo, se anuncian, se proclaman pero difícilmente logran trascender los titulares y los resultados en general no son satisfactorios. Yo creo que es de esperar que en la perspectiva en una evolución de una perspectiva estratégica diferente el pensamiento que apuesta a la atención de la salud con énfasis en lo preventivo y sobre todo en lo promocional termine siendo hegemónico, si Uds. me preguntan, yo soy optimista para eso creo que en realidad viene dando la batalla cultural y yo creo que a la larga lo vamos a conseguir y esto seguramente también a la larga termine derribando a reglas y concepciones más o menos tradicionales arraigadas hasta culturalmente en nuestra población y esto favorezca la facilidad de la implementación y la posibilidad de llevar a cabo resultados planes o programas centrados en la salud y no en la enfermedad. Es eso.

PREGUNTAS ELABORADAS EN LOS TALLERES DE DISCUSIÓN PARA SER REALIZADAS A LOS REPRESENTANTES POLITICOS

1) ¿Por qué no existe una unión de Ministerios para realizar las políticas de Estado de forma integral?

2) ¿Por qué se exigen a nivel de terreno acciones intersectoriales y nivel gubernamental no hay tantas acciones intersectoriales?

3) ¿Los partidos políticos y los políticos tienen interés en escuchar? ¿Qué consideración de la demanda de la ciudadanía van a tener en la construcción de sus políticas de salud? ¿Cómo participamos?

4) ¿Cómo se va a registrar el control pediátrico odontológico en los carnets de los “niños/niñas”, siendo que la caries es la enfermedad más prevalente en esta población?

5) Surgió que los Sistemas de Salud en Uruguay y Argentina son similares, en ambos se menciona “integración” pero en la realidad la salud bucal no está incluida, no se aplica. ¿Cómo actuaría para controlar que se cumpla y como lo evaluarían posteriormente?

6) ¿Qué opinión tiene acerca de la promoción y prevención que se lleva a cabo fuera de los grandes centros de salud?

7) ¿Cuál es su propuesta de “salud bucal” para un futuro?

Respuestas de los integrantes de la Mesa:

Dr. Radío:

Yo insisto que a mí me parece importante reconocer que se han notado algunos pasos positivos particularmente en los últimos años. Hay que hacer un reconocimiento a algunos programas o planes que se han implementado. Si bien yo siempre digo que han sido fragmentarios, en algunos casos han sido itinerantes por decirlo de alguna manera. Nosotros teníamos el absurdo, a mí me tocó convivir con un período que teníamos el absurdo en la zona este de Montevideo, de tener policlínicas barriales municipales y centros de salud pública de ASSE que tenían distinta lógica de funcionamiento, que tenían distinta remuneración de los técnicos, que

tenían todo distinto, y que después que se haya apostado a la coordinación y esas cosas y que hayan mejorado, yo me sigo preguntando cuál es el sentido de que haya atención en la salud con énfasis en lo municipal o con énfasis en lo nacional. ¿Qué quiero decir con esto?, por qué el ciudadano tiene que pagar dos veces: paga la salud cuando paga sus impuestos y paga la atención en la salud cuando paga los impuestos departamentales, ¿no se supone que eso tendría que tener una cabeza única, coordinada?, ¿Por qué tiene que haber policlínicas municipales y policlínicas de ASSE, porque históricamente fue así? ¿Y por qué fue históricamente así? Acá habría que preguntarse cuáles fueron los intereses políticos que condujeron a que hubiera esa cosa. A mí me parece un error que no se puede aceptar pero esto pasa en todo, yo mencionaba por ejemplo de la falta de coordinación entre el Sistema Nacional, “Integrado” de Salud, que no es tan integrado, que ha dejado muchas cosas. Ojo con buscar una unión de Ministerios porque yo creo que sí tiene que haber coordinación y lo que está de moda es haber creado el súper Ministerio de la Presidencia de la República y haber transformado a la Presidencia de la República en un arbolito de Navidad del que se cuelgan un montón de chirimbolos que no tienen nada que ver con la Presidencia de la República y que tenemos ahí desde la OPP, la Junta Nacional de Drogas, el Plan Uruguay Crece Contigo, y cuánta cosa que no tiene nada que ver pero con el pretexto que así están mejor articuladas y mejor coordinadas, lo que logramos es una cantidad importantísima que en el diseño institucional no encaja en ningún lado, y que se logra zafar del control parlamentario. En realidad ahí hay un objetivo, me parece a mí, de fondo, que no es un invento de este gobierno también quiero decir, es una cosa que ya no tiene edad pero en este gobierno se ha aumentado mucho. Un montón de instituciones que los parlamentarios de este país, estos representantes de la ciudadanía, no tenemos ninguna manera de hincarle el diente porque se crean en la Presidencia de la República con el pretexto de que ahí sí hay una coordinación mejor y no se qué más. Pónganse a trabajar, todos los Ministerios que tienen que crear institucionalidad nueva, para eso se precisa voluntad política.

Lo del control pediátrico es instrumental, yo no sé mucho de esto, creo que además de un carné tenemos que tener una historia clínica, lo que tiene que registrar un carné es un resumen de cosas, pero me parece que esto es un tema instrumental, no da para intervenir políticamente. Habrá que tener en cuenta eso, que estamos ante la patología más prevalente, qué hacemos

con un niño que llega con caries, habrá que tratarla y trabajaremos en eso, pero en términos del registro no va a cambiar que el niño tenga caries o deje de tenerla, me parece que eso es una cosa que habrá que ver como se evalúa, pero ese déficit que aparece, aparece en muchas otras cosas, me ha tocado llenar los de mis hijos y he notado que los carnés son deficientes pero habrá que ir mejorándolos sobre la marcha, yo creo que el carné es el co-relato portátil de una historia clínica, habrá que ver como se mejora esa interrelación entre la historia clínica y el carné de salud.

Respecto al por qué no están incluidos, lo decíamos al principio, tenemos una barrera que no es solo política, es cultural, que el istmo de las fauces constituye una barrera que nosotros no entendemos por qué hasta que el tipo no tiene faringitis no está enfermo, caries no es enfermedad, para el común de la población caries no es enfermedad, paradenciopatías no es enfermedad, es enfermedad si el tipo tiene fiebre. Bueno, ahí es una pelea de largo plazo que todos tenemos que dar.

Con respecto a la promoción y prevención que se desarrolla fuera de los grandes centros de salud, es muy importante y trascendente, me parece que las cosas más importantes que hay que seguir haciendo que se empezaron a hacer que se están haciendo, que se ha intensificado y aquí hay una cosa central. Hay que premiar, porque la sociedad, el sistema en el que nos ha tocado vivir es vulnerable al premio y al castigo y seguramente si este fuera el congreso de medicina de los implantes acá estaría lleno de gente, no cabría la gente acá, pero hay que premiar a los que hacen la opción por la salud comunitaria y eso implica incentivos. Además de las condiciones laborales, que es muy importante, también el incentivo económico, las dos cosas, parece que es difícil hacer eso pero es el camino por el que tenemos que transitar.

La apuesta para la salud bucal en el futuro es que esté integrada a la salud hay que hacer modificaciones en salud, yo creo que es un buen camino yo creo que ustedes tienen que tener un rol fundamental en esto. Yo siempre digo que nosotros trabajamos, yo soy médico, y nosotros trabajamos mucho en las Convenciones Médicas sobre el tema de la reforma en la salud durante muchos años y creo que la palabra de los médicos tiene que ver con lo que hoy se está implementando en la reforma de la salud, con algunos aspectos positivos y con otros no tan positivos que tiene la reforma. Yo creo

que efectivamente es así y no tiene que ver con otras cosas que se hacen. Yo soy un crítico por ejemplo de que haya representantes de los usuarios y los trabajadores sentados en los directorios de las empresas públicas, soy muy crítico de eso porque a mí me parece que tendrían que formar parte de consejos asesores. ¿Qué quiero decir? Los sindicatos no están para diseñar políticas públicas, yo soy contrario de eso, a mí me parece que no tiene que diseñar políticas públicas. El sindicato de salud pública tiene que defender los intereses de los trabajadores, defender un interés particular que es un deber irrenunciable que tiene que hacer el sindicato y no meterse a diseñar políticas públicas, no nos pasa esa cosa absurda que un director de ASSE vota a favor en el directorio y luego en la calle se manifiesta en contra, eso no nos puede pasar más. La reforma yo creo que tiene errores hay que hacer sentir la voz de todos los actores y no de los que el gobierno digita, porque también tenemos representantes de los usuarios, por ejemplo en el directorio de ASSE. Hoy como una cosa muy revolucionaria del cambio de modelo de gestión tenemos representantes de los usuarios en el directorio de ASSE, yo lo conozco al Sr. representante de los usuarios, se llama Wilfredo López, es una persona espectacular, yo los invito a salir y golpear por las casas de la calle Durazno y preguntar si conocen al representante suyo en el directorio de ASSE, les juro que no saben, y le digo más ¿Usted sabe cómo se llama la organización de usuarios que lo representa a usted en el directorio de ASSE? y no saben. Entonces es mentira que es un representante de los usuarios, a este se lo digitó desde el gobierno para que esté presente en esos lugares, vamos a cambiar esas cosas, ahí la voz de todos los actores se tiene que sentir. Bueno, muchas gracias.

Dr. Solari

Ya estamos bastante avanzados en la hora de manera que trataré de ser breve, pero eso no me va a impedir hacer algunos planteos. Éstos cuestionarán la actividad de ustedes y la nuestra. Ustedes tuvieron la gentileza de formularnos siete preguntas concretas y enviárnoslas con 24 horas de anticipación. Por ello voy a contestar cada una de esas preguntas. A su vez deberían permitirnos formularles tres preguntas, porque me parece que debería ser es un trato igualitario, no? Y me voy a permitir formularles

primero mis preguntas y después responder las de ustedes.

La primera de las preguntas tiene que ver con el título de esta jornada que está en la diapositiva (que se está proyectando), ¿estamos hablando de “odontología para la comunidad”? ¿Es eso realmente lo que estamos hablando, o estamos hablando de la salud buco-dental de la población? Porque perdónenme pero hay una diferencia. Desde mi punto de vista hay una diferencia importante entre la salud buco dental y la odontología. La odontología es un componente para preservar la salud buco-dental, pero no es el único, de manera que me gustaría que reflexionaran sobre el título.

En relación a eso yo tengo dos experiencias para contar, la primera tiene que ver con la implementación en el Uruguay, como uno de los tres países en los cuales se evaluó la efectividad y la eficiencia de la restauración atraumática (los otros dos países si no me equivoco fueron Ecuador y Panamá). En Ecuador y Panamá la restauración atraumática de los niños y las niñas la hicieron higienistas dentales. En Uruguay el Programa de Salud Buco-Dental del MSP puso como condición que la realizaran odontólogos y no higienistas. ¿Entonces estamos hablando de Odontología o estamos hablando de salud buco dental? Eso retrasó y complicó enormemente la aplicación de una metodología de Atención Primaria de Salud, (como es la restauración atraumática) que está diseñada en base a distinto tipo de personal, que actúa en forma complementaria. No tiene sentido que le digamos a la población que pague la formación universitaria de un odontólogo para que después haga una actividad que puede ser realizada por una persona cuya formación no requirió tantos recursos y por consiguiente, cuya retribución es menor. Sé que es una afirmación polémica pero está reflejado en el título, por eso lo traigo a colación.

El segundo tema refiere al predominio centenario de los médicos y odontólogos en Uruguay. Hace 4 días el Dr. Radío y yo participamos en la Torre Ejecutiva del Congreso Internacional de Enfermería. Participó también el Vicepresidente en ejercicio de la Presidencia, el senador Danilo Astori. Allí se expuso que en Uruguay, por cada diez médicos que se gradúan por año, se gradúa sólo un auxiliar de enfermería. No sé cómo será esta relación en el campo de la salud buco-dental pero no me sorprendería que fuera muy similar. Sé que se gradúan bastantes más odontólogos que auxiliares, higienistas, promotores, etc. De manera que somos un país profesionalista

y tenemos que asumirnos como tal. Entonces eso no lo cambiamos de la noche a la mañana, eso refleja una sociedad que creció con un determinado modelo del cual “Mi Hijo el Doctor” es un exponente literario clásico.

El segundo tema es que no menospreciemos la actividad curativa o rehabilitadora. Basta recordar el último dolor de muelas en la última pieza que se nos haya fracturado para recordar que salimos corriendo a algún odontólogo de confianza para que nos calmara el dolor o para que nos restaurara la pieza. No creemos pues falsa oposición entre lo curativo-rehabilitador y lo preventivo-promocional-comunitario. Somos muy dados a las falsas oposiciones hasta que nos chocamos con la realidad: “por favor me puede atender hoy porque se me acaba de fracturar una pieza y no puedo seguir viviendo de esa manera!”.

Y la tercera reflexión hace a la distinción entre los bienes públicos y los privados. Cuanto más nos acercamos a lo curativo-rehabilitador más estamos hablando de un bien personal y cuanto más nos acercamos a lo promocional más nos acercamos a un bien común, a un bien público. Los bienes públicos por definición son bienes que los tiene que brindar el Estado, porque son de todos, porque no se consumen. Que veamos un spot televisivo sobre salud buco-dental, sobre como cepillarnos los dientes, que lo vean diez personas, cinco mil personas, cincuenta mil personas o quinientas mil personas, cambia el beneficio pero no el costo. En cambio la tarea del odontólogo en su consultorio es un beneficio para ese paciente exclusivamente. Por lo tanto, es un bien personal en tanto que el spot televisivo es un bien común. Del costo del beneficio personal es lógico que se haga cargo la persona beneficiada en tanto que del costo del beneficio colectivo va a tener mucha más responsabilidad el Estado.

Ahora me voy a referir a las preguntas específicas que hicieron agrupándolas por “equipo rojo”, “equipo violeta” y el “equipo sin color”.

En primer lugar, “equipo rojo”, hay que entender algo fundamental de la política. Cuando una persona desempeña el cargo de Ministro va a estar representando primero a un partido político y segundo, a un sector dentro de ese partido político. El partido y el sector son quienes lo respaldan para que asuma esa responsabilidad. Por ende, tratará de tener una gestión lo más decorosa y lo más destacada posibles para que se beneficie ese partido y ese sector político que lo puso allí. Ese desempeño no será necesariamente

igual al de otro ministro (u otro director de otro ente) que está respaldado por otro partido político o por otro sector. De manera que no podemos ser ingenuos y esperar que todos los ministros actúen en consonancia con una unidad de ideales porque ese es un mundo que no existe. Por supuesto que tiene que haber coordinación, el MIDES es un intento importante de coordinación de las políticas sociales del gobierno, pero si uno mira un poco cual ha sido la historia del MIDES en los nueve años de existencia, vemos que se ha transformado en una parte del Estado que responde a un partido político. Ha predominado el desarrollo institucional propio por sobre la coordinación de otros sectores del Estado que actúan en lo social. Eso explica por qué el programa “Uruguay Crece Contigo” es radicado en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, y no en el MIDES o en el MSP. Tiene que haber coordinación intersectorial entre cúpulas para que haya coordinación intersectorial en el nivel gerencial, para que haya coordinación intersectorial a nivel operativo. Eso lo entiendo perfectamente y quien no lo sufrió? Pero también debemos entender que en el mundo político la opinión pública cuenta. Proyectar una buena imagen es un elemento muy importante para quien detente un cargo de ese nivel; tiene que responder ante el partido político que lo promovió o que le pidió para desempeñar ese cargo.

Lo anterior responde las primeras dos preguntas, la de coordinación (si se exige coordinación abajo porque no hay coordinación arriba?) Bueno, hay dificultades arriba pero también hay dificultades abajo. Porque también es cierto que cuando uno conversa con maestros y maestras le dicen: “nosotros no somos enfermeras, nosotros no somos mamás, nosotros no somos higienistas, nosotros nos especializamos en educar y no en hacer todas esas otras cosas que quieren que hagamos”. Hasta cierto punto tienen razón porque la escuela además de un centro educativo, es también un lugar de encuentro comunitario muy importante y por lo tanto, hay que tratar de aprovechar ese lugar...

El equipo violeta merece respuestas muy cuidadosas. La pregunta más interesante me parece que es: ¿tienen interés en escucharnos? Yo les puedo asegurar que, independientemente del partido político, la mayoría de los políticos tenemos interés en escuchar. Ahora, los mecanismos para escuchar no siempre son fáciles cuando se plantean problemas que causan división. Por ejemplo, el Programa de Salud Bucal Escolar, en la transición

entre el primer y segundo gobierno del Frente Amplio, pidió una audiencia con la Comisión de Salud del Senado (e imagino que también la habrá pedido con la Comisión de Salud de Diputados). Bueno esas audiencias son para escuchar. El desafío es como hacer el seguimiento a lo que se escucha pues los legisladores no tenemos función ejecutiva. Pero la disposición a escuchar la tienen todos los actores políticos. Prueba de ello es nuestra presencia aquí.

Dra. Vásquez Varela:

Con respecto a la primera pregunta, comparto que no son solamente los ministerios los que deben estar involucrados en las políticas de atención de salud. No solamente son los ministerios como el de Economía y Finanzas y el de Salud Pública que deben estar relacionados con esta temática, sino que para el Partido Nacional también deben estar incluidos el INAU(en relación a la cobertura que deben brindar los centros Caif), Defensa Nacional (por los trabajos que se realizan en sus policlínicas) , ANEP las intendencias (a través de sus policlínicas barriales), las mutualistas y otras instituciones que tengan infraestructura con cooperativas odontológicas o Anda. Entiendo que en lo interinstitucional tenemos que ampliar el espectro de los organismos que presten un servicio cuyas actividades propendan al logro de la salud bucal integral de toda la población uruguaya.

A pesar de que existen las estructuras para aplicar el Sistema Nacional de Salud, entiendo que en la práctica los resultados son muy escasos y no se ha logrado una salud integral óptima, existiendo superposición de recursos y disminución de la calidad de atención.

Reitero que las acciones intersectoriales son sumamente importantes y creo que a nivel local como a nivel gubernamental nacional deben uniformizarse los tratamientos y las políticas, no podemos dar un mensaje preventivo asistencial de una determinada manera según el entorno donde estemos trabajando. El mensaje tiene que ser igual para todos los destinos.

Con respecto al tema de la participación, el Partido Nacional considero que la participación es fundamental y los talleres de diagnóstico participativo son la primera etapa y la más importante en el diseño de políticas públicas. Tienen que ser representativos ya no pueden decidirse las acciones

interpretando las necesidades de un grupo reducido de la población.

El político debe escuchar las necesidades del territorio y para eso la comunidad tiene que estar realmente motivada para participar, para que los resultados relevados de los talleres le den al político una idea certera de las necesidades de atención bucal que tiene esa población en ese territorio.

Con respecto al tema de la ficha del carnet de salud de niños y niñas, compartimos que la información debe ser el resultado del trabajo de un odontólogo u odontopediatría. Entiendo que ese error que debe ser corregido e inclusive es necesario dar más relevancia en la ficha a la enfermedad bucal (caries o paradenciopatías), con mayor espacio para registrar dicha información.

Con respecto a la propuesta de la atención de salud bucal que considera el Partido Nacional creo ya he sido bastante extensa en cuanto a las propuestas, en cuanto a la consideración de recursos materiales, humanos y financieros y en cuanto a la implementación del mismo. El Partido Nacional no se considera refundacional, sino que reconoce lo positivo de propuestas de otros, así como propone mejorar, cambiar o crear lo que considera debe tener fallas o no existe.

Si tenemos instituciones que están trabajando bien, con una infraestructura correcta, con racionalización de sus recursos materiales, humanos y financieros ¿por qué no establecer una línea común de trabajo e invitarlas para que se adecuen a los lineamientos del programa? Entendemos que deben ser bienvenidas al trabajo en conjunto, y capaz ellas permitan que muchos trabajadores hoy muy bien formados en APS puedan ingresar a trabajar en sus plantillas?

Lic. Pablo Anzalone:

Esto del cambio del orden de las oratorias que sea ida y vuelta está bueno porque me permite responder algunas de las afirmaciones que se han hecho además de las preguntas.

En relación con las preguntas sobre el tema de la intersectorialidad se ha trabajado mucho en eso, aunque yo creo que todavía es insuficiente. Hay un

gabinete de políticas sociales, un gabinete de seguridad y convivencia, un gabinete de innovación. Es decir hay una articulación entre los ministerios pero la intersectorialidad para nosotros no son solo los ministerios. Creemos que los gobiernos departamentales, los gobiernos municipales, las distintas organizaciones que tienen que ver con las prestaciones sociales tiene que estar en la intersectorialidad. No hay solo una coordinación de ministerios y por tanto lo de los gabinetes temáticos son una herramienta. El ejemplo más claro es la política alimentaria en la cual hay un comité del consejo de políticas sociales que trabaja en ese tema, pero la articulación intersectorial más importante es el “Compromiso con el Derecho a la Alimentación Adecuada” que se gestó el año pasado con una participación amplísima de todo tipo de organizaciones. Es decir que intersectorialidad no se reduce a articulación entre los ministerios aunque eso se ha hecho y se está trabajando en ese sentido. Quiero decir que además pensar que las prestaciones de salud pueden desarrollarse desde una sola institución a nivel nacional, como decía el diputado Radío, es un desconocimiento de la experiencia internacional y nacional. En las políticas públicas de salud, toda la experiencia en América Latina y en buena parte de Europa, establece que los distintos niveles de gobierno desarrollan acciones y políticas de salud, convergentes desde las fortalezas de cada nivel. Cuando se habló del Sistema Nacional Integrado acá no hablamos de una institución única, por eso es integrado y por eso no hay solo una institución pública. Con el mismo criterio podemos decir que por qué tenemos tantas mutualistas, saquemos todas las mutualistas y hagamos solo una institución estatal, que brinde todos los servicios. Pero ese no fue el modelo que se llevó adelante, entre otras cosas porque la tradición y la historia de nuestro país marcan que existe un acumulado de desarrollo de distintas instituciones.

¿Cómo evitamos la fragmentación y la segmentación, cómo trabajamos en red, cuál es el rol de cada uno?, bueno son temas complejos pero los temas complejos son así, no hay cosas que sean sencillas y digo lo resuelvo de una vez por todas y ya está. En particular en lo que es la construcción y la participación de los gobiernos departamentales y municipales en las políticas de salud hay una larga historia, a nuestro entender positiva, de desarrollo de un modelo de atención distinto, de programas participativos., Nosotros apostamos a un Sistema Nacional Integrado que incorpore todos esos componentes, que tenga un trabajo en red., En el caso del área pública existe una red pública de salud, la RIEPS, que está funcionando

muy bien desde hace varios años. Aprovecho para destacar que el lunes 12 de mayo se hizo una jornada extraordinaria en la cual, sobre la base de un largo trabajo de meses del Consejo Directivo Honorario, (del cual tengo el honor de participar por la IM) se aprobó un Plan estratégico 2014-2020 para la red pública de salud, con la participación de la Dirección de Sanidad Militar, Sanidad Policial, del Hospital de Clínicas, del BSE, del BPS, de ASSE, de la IMM. Pensamos que todo eso en una sola institución sería absurdo, realmente no tendría ningún parámetro con la realidad, en cambio este plan estratégico que se aprobó es un paso de gigante en términos de pensar la red pública, más allá de cada institución y su identidad, sus características que las seguimos teniendo, pero pensado como Red Pública. Y dentro del plan estratégico se aprobaron 56 propuestas fundamentadas cada una de ellas, para el desarrollo de esa planificación, que implica potenciar las fortalezas que tiene la red pública, que son muchas. Por ahí es que estamos viendo nosotros el fortalecimiento de las redes públicas de salud en el territorio, incluyendo en este esfuérzalas redes por municipios público-privadas. Hoy las mutualistas también participan. No todo lo que querríamos pero esperamos que participen mucho más, que se comprometan mucho más porque la lógica del modelo curativo asistencialista predomina en el área privada y nosotros queremos cambiarlo. No queremos que todos esos recursos que siguen yendo para el área privada solo se dediquen a la asistencia, tienen que poder incorporar en su concepción y en sus prácticas el desarrollo de una estrategia integral y para eso se han dado pasos. La creación de la JUDESA en Montevideo es un paso en ese sentido, porque en la JUDESA están los representantes también de las instituciones mutuales. La participación social tiene dificultades, no es lo que cada uno quiere. Es una construcción social y también tiene las dificultades que tiene la vida cotidiana. Le falta muchas veces visibilidad. En ocasiones los errores en los instrumentos también inciden, ahora yo he escuchado mucha gente que a nombre de esas dificultades dice ¿para qué?, entonces dejémoslos de asesores o que opinen cada tanto. No comparto ese punto de vista. Apuesto a que participen en la conducción del sistema y en la definición de los planes locales. La formación y el saber técnico es un componente muy importante pero no puede ser el único. Visualizamos una lucha ideológica con respecto a las concepciones que dicen que la participación es difícil, y que mejor saquemos los representantes sociales, porque eso es corporativismo. ¿Cómo se ha visto que los trabajadores puedan hacer

políticas públicas? ¿Por qué no? ¿Las corporaciones empresariales no hacen políticas públicas? Claro que lo hacen! , ¿Las cámaras empresariales no están discutiendo sus políticas, no proponen cosas para el país?, ¿el PIT CNT no ha desarrollado históricamente una cantidad de propuestas referidas a problemas del país? ¿Por qué ahora le vamos a negar a una parte de la sociedad civil que pueda participar en la construcción de políticas públicas? Es esa una visión muy limitada de la construcción de las políticas públicas, otra cosa distinta es decir que las políticas públicas las definen los sindicatos. No, las define el poder político, pero que participen en el proceso de construcción, que hagan oír su voz, que puedan participar en la gestión incluso, porque ¿qué otra cosa es la experiencia del BPS? ¿Porque tienen representantes los jubilados, los empresarios y los trabajadores en el directorio del BPS? Muy bien, es un debate, admito que haya otras posiciones pero nosotros adherimos fuertemente esa idea. No quiere decir que todas las experiencias sean exitosas. Como nadie puede decir que todas las experiencias de los representantes nacionales o de los que asumen responsabilidades en la conducción de gobierno son todas exitosas. Algunos representantes trabajan mejor, algunos crean redes y articulan una política que no es una labor personal, sino una representación colectiva, otros casos no. Hay muchas cosas para mejorar, pero no pensemos que a partir las dificultades que tiene la construcción participativa de políticas públicas lo que tenemos que hacer es desestimar eso y pensar otra vez en la “partidocracia”.

Por otro lado sobre el tema de la participación social en salud, nuestro país tiene un nuevo actor, en los últimos años se construyó, el actor “usuario de la salud”. Los usuarios de la salud eran los pacientes, que como dice bien la palabra, se esperaba que tuvieran la paciencia necesaria como para soportar lo que los sistemas de salud aplicábamos sobre ellos. Bueno, ahora hay organizaciones de usuarios, no hay una sola, hay varias. Efectivamente se creó un movimiento de usuarios y se dividieron en tres organizaciones, ¿Esas organizaciones las conoce toda la población? sin duda que no, ¿la gente, todo el mundo conoce las instancias de participación que hay? No, probablemente no, es un déficit que tenemos como democracia, no tenemos estructura. Yo ayer participé en el Cabildo del Municipio G, porque esta semana se están haciendo los cabildos en los ocho municipios, y allí estaban los representantes del Partido Colorado, los representantes del Partido Nacional, los representantes del Frente Amplio, pero escuchamos

más de diez intervenciones de organizaciones sociales de la zona, que en cinco minutos plantearon cuáles eran sus puntos de vista, sus avances, sus problemas. Se expusieron ante el conjunto de los vecinos presentes rendiciones de cuentas y el trabajo que se venía haciendo en comisiones de los Concejos Vecinales. Se habla mucho en contra de los Concejos Vecinales, que es una instancia muy interesante de participación. Hay que mejorar, hay que abrir las puertas, hay que integrarlas con otras pero que termine en una estructura de participación social honoraria que participe en las redes de salud, eso es un componente fortalecedor de las políticas públicas, y no tienen nada que ver con un Comité de Base, porque como dije estaban también los representantes del Partido Colorado, del Partido Nacional participando y cualquier vecino porque allí se participa a nombre de ellos. Que alguno jerarquice más esa tarea que otra, forma parte de la estrategia que cada partido tiene. Por suerte yo me congratulo que en el municipio B y en otros que estuve participando, hay una participación pluripartidaria interesante, que se va ampliando. Se me ocurre que hay una reflexión de los partidos en el sentido de que, si se omiten en la participación en estos entramados, están perdiendo espacios ante la ciudadanía. Por eso nosotros apostamos a fortalecer esos mecanismos y articularlos en red, de manera de no superponerlos. Darle a la gente participación en la definición de cuáles son los problemas prioritarios y las acciones a desarrollar en su territorio, y no solamente lo que tienen que hacer otros. Rescatar lo que cada uno de esos actores está dispuesto a aportar para la construcción de ese plan local, ese plan territorial y esa política pública. Se trata que tenga un asiento en el territorio y que se vincule con las necesidades que la gente tiene. No creemos solo en la participación de tipo de escuchar las demandas de la sociedad civil. Eso es un componente, que está muy bien, pero la idea es fortalecer a toda la sociedad civil para que sean capaces también de tener propuestas y que sean capaces también de participar en la implementación de esas propuestas. Hago hincapié en el tema de la salud, hay dos componentes, uno que es el control del funcionamiento de los servicios de salud. Las comisiones asesoras que funcionan en las mutualistas tienen ese objetivo de control fundamental, pero nosotros no priorizamos ese componente, creemos que la gente tiene derecho a controlar y fiscalizar cómo se llevan adelante sus servicios, pero además la gente tiene una gran fortaleza para participar en la política de prevención y promoción. La comunicación hacia el otro tiene esa calidad y esa calidez

cuando los que participan son vecinos junto con los técnicos. Entonces estamos pensando en la participación no solamente consultiva sino también en las decisiones, a través de diversos mecanismos. A través de los representantes sí, ese es un componente, pero si nosotros queremos definir metas y objetivos que tengan arraigo y lograr un compromiso y una alianza de distintos actores necesitamos también darle a la gente la posibilidad de participar en esa definición.

Un elemento base sobre cómo desarrollar la política de prevención y de promoción es la escuela. Yo creo que hay una alianza necesaria allí, pero que no es exclusiva también existen otras áreas, otros sistemas que funcionan en el territorio y que tienen que articular. La lógica de depositar sobre la escuela todas las responsabilidades creo que es una manera que tiene el sistema de salud de desentenderse de las políticas de educación y de promoción. Un elemento importante es la prevención a través de los medios de comunicación. Por un decreto del MSP empezamos a tener publicidad que está vinculada a la política de prevención y promoción, cosa que no tuvimos durante décadas. Ahora sí, en lugar de “vendernos” el tomógrafo o el block quirúrgico, hay políticas de educación para la salud que vemos en la televisión abierta. Esperemos que esto se incremente con la futura ley de medios.

***Auspicios, Adhesiones y Colaboraciones al 2do
COSUOC***

Declarado de Interés Educativo por el Ministerio de Educación y Cultura Uruguay

Declarado de Interés Departamental por la Junta Departamental de Montevideo, Uruguay

Declarado de interés por la Intendencia de Montevideo

Auspicios:

Ministerio de Salud Pública - Dirección General de Salud

Ministerio de Turismo y Deporte Uruguay

Facultad de Odontología - Universidad de la República

Colaboradores:

Colgate - Palmolive Inc.

Eurofarma Uruguay

Laboratorios Roemmers Uruguay

Spefar S.A.

Laboratorio Abarly

Odonto Radiología Integral

Sr. Martín Moldes -

Sra. Elida Deicas - Establecimiento Joanicó

Coro de la Facultad de Arquitectura – Director Rodolfo Vidal

Adhesiones:

Sr. Presidente de la República Oriental del Uruguay Don José Mujica

Cordano

Prof. Márcia Cançado Figueiredo –UFRGS Brasil

Prof. Dante Couto Barone –UFRGS Brasil

Prof. Dr. Francisco Morales Calatayud

Programa Nacional para la Promoción de la Salud Bucal Escolar – MSP



JOSE ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
INDEPENDENCIA



Señora

*Presidenta del Congreso de Odontología Comunitaria
Dra. María Teresa Almaraz*

Presente

El Señor Presidente de la República, Don José Mujica, agradece la amable invitación recibida a participar del lanzamiento del "2do. Congreso de Odontología Comunitaria", lamentando no poder concurrir como hubiese sido su deseo.

El Señor Presidente saluda a usted con su más alta consideración, haciéndolo especialmente extensivo a los participantes y en especial a todos quienes han hecho posible la realización de este destacado evento de significativo aporte para la odontología en nuestro país. Destaca el valor de encuentros como el que promueven, en el cual el intercambio de experiencias y conocimientos contribuye a desarrollar hábitos saludables en procura del mejoramiento de la salud bucal en nuestra comunidad. Habilita posibilidades de accesibilidad y canaliza el logro de los objetivos. Les desea el mayor de los éxitos y que continúen cosechando resultados como los alcanzados hasta la fecha.

Montevideo, abril de 2014.

2do CONGRESO ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

15 al 17
mayo 2014

Asociación Odontológica
Uruguaya



7as Jornadas



ORGANIZA

Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria



Asociación Odontológica Uruguaya



CO-ORGANIZA

Programa APEX - UdelaR

Colgate

Asociación Odontológica Uruguaya / Durazno 937 / Montevideo - Uruguay / Tel.: (0598) 2900 1572* contacto@aoou.org.uy / www.aoou.org.uy

