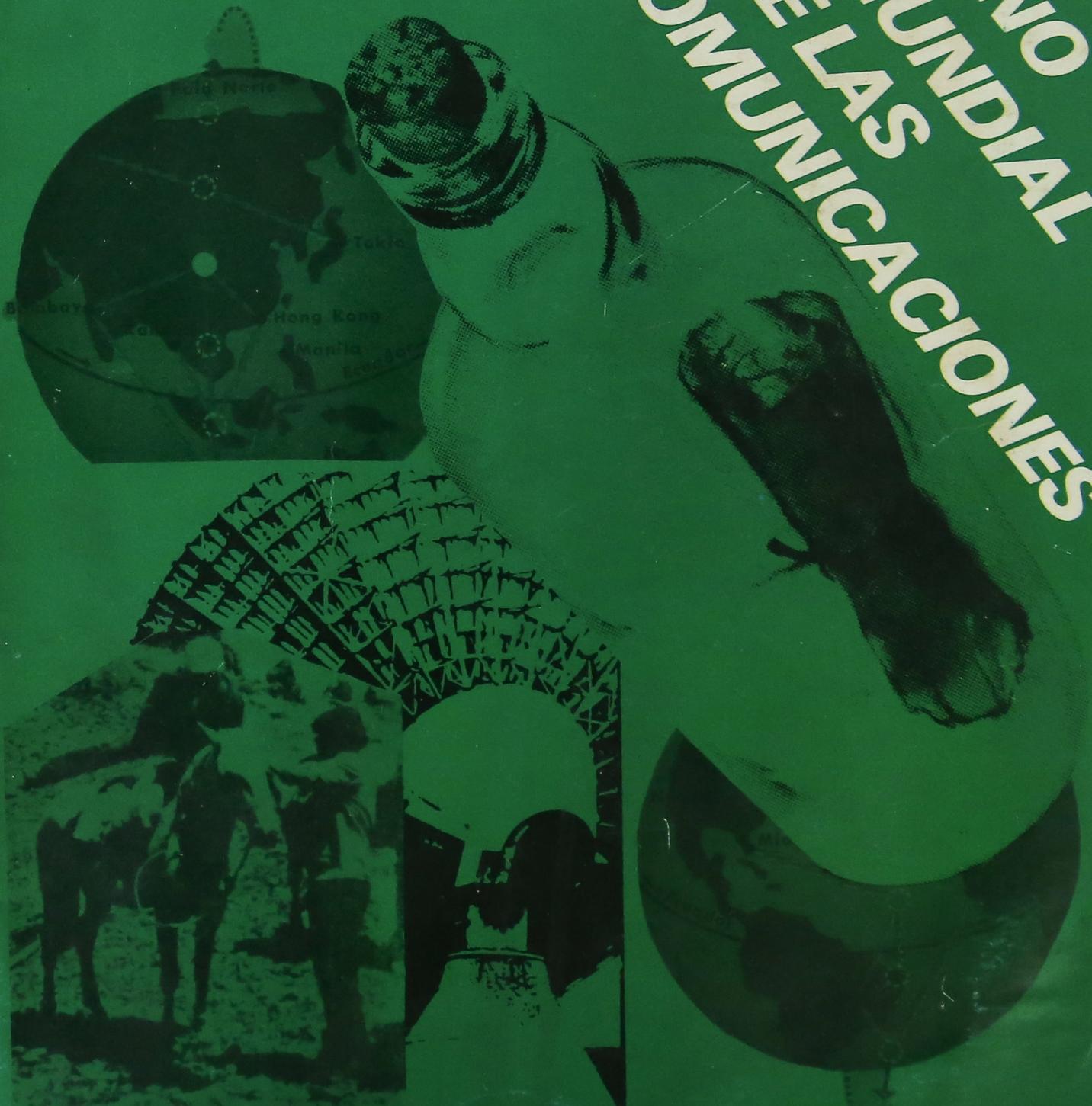


REVISTA DEL ATENEO  
ARGENTINO  
DE ODONTOLOGIA

BIBLIOTECA A. A. O.  
HENEROTECA  
UBICACION: 33  
FECHA: 32

AÑO  
MUNDIAL  
DE LAS  
COMUNICACIONES



# ernex

Nuevo concepto en terapéutica orofaríngea



Antiinflamatorio  
Antiálgico  
de uso tópico

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

**ODONTOLOGÍA:** gingivitis -  
estomatitis - osteitis -  
parodontosis - extracciones  
Simples o complicadas -  
tratamiento pre y  
postoperatorio.

**Fórmula:**

Cada 100 ml contiene:  
Benzidamina ClH O 300 g.  
Excipientes c.s.p. 100 ml

**Posología:**

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

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

**Presentación:**

Envases de 120 ml.

**Contraindicaciones:**

No posee.

**Bibliografía:**

A disposición del cuerpo  
médico.

 CASASCO



# INDUSTRIA DENTAL ARGENTINA

Fabricación de Aparatos Odontológicos.

## COMPRESORES

Silenciosos de 1/2, 3/4 y 1 HP.

## MODULOS

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

## SALIVADERAS

Con uno o dos Eyectores.

## FOCOS

De Iodo Cuarzo.

## SILLONES

Relax - Pantográficos.

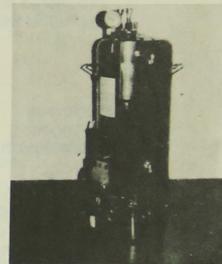
REPARAMOS SU

COMPRESOR

VERTICAL

SILENCIOSO

EN 48 HORAS



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

# Ateneo Argentino de Odontología

## COMISION DIRECTIVA

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Presidente .....     | Dr. Miguel J. Stratas   |
| Vicepresidente ..... | Dr. Mario Daniel Torres |
| Secretario .....     | Dr. Mario J. Beszkin    |
| Prosecretaria .....  | Dra. Edith Losoviz      |
| Tesorero .....       | Dr. Carlos Guberman     |
| Profesorero .....    | Dr. Alberto Baggini     |

## VOCALES TITULARES

Dra. Catalina Dvorkin  
Dra. Eva Schilman  
Dra. Diana Kaplan  
Dr. Luis Zielinsky  
Dra. Beatriz Lewkowicz  
Dr. Alfredo F. Alvarez

## VOCALES SUPLENTES

Dr. Oscar Siscar  
Dra. Liliana Doctorovich  
Dr. Ricardo Chait  
Dr. Ricardo Pomeraniec  
Dra. Clara Szeinberg  
Dra. Sofía Vinograd

## COMISION FISCALIZADORA

### TITULARES

Dr. Elías Beszkin  
Dra. Henja Rapaport  
Dr. Saúl Merlin

### SUPLENTES

Dra. Noemí Lisman  
Dr. Natalio Schesak  
Dra. Silvia Rudoy

## TRIBUNAL DE HONOR

Dr. Jaime Fiszman  
Dr. Angel Legorio  
Dr. Elías Samoilovich

Dr. L. Voronovinsky  
Dr. Juan Raccagni  
Dra. Teresa Israelson

Dra. Sara Sneibrum  
Dra. Susana Varan  
Dra. Nora Kotler

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

**Intercambio internacional:** deseamos canje con revistas similares.  
Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires.  
Desideriamo intercambio con rivisti simili.  
Deseamos permutar con as revistas congeneres.  
We wish to exchange with similar magazine.  
Un austausch Wird gebeten.

# SUMARIO

## COMUNICACION EN ODONTOLOGIA DOCTOR ALFREDO FERMIN ALVAREZ

5

## PLAN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PARA LA CORRECCION DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES DOCTOR LEWARD C. FISCH Y BRUCE N. EPKER

15

## GUIA DE ERUPCION DENTARIA POR EL METODO DE DESGASTE DOCTORAS HENJA F. DE RAPOPORT Y RAQUEL Z. DE KIRZNER

26

## AMELOBLASTOMA DE LA REGION INCISIVA MANDIBULAR DOCTORES MARIO D. TORRES, CARMELO I. BOTTERO Y NESTOR J. BLANCO

31

## DISEÑO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD

36

## INSERCIÓN DE LA ODONTOLOGIA EN LA SALUD PUBLICA

38

## LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL (OBRAS SOCIALES)

41

## INFORMACIONES

47

DIRECTOR: Alfredo Fermin Alvarez

CUERPO DE REDACCION: Carlos Guberman,  
Ana María Rodríguez, Silvia Rudoy,  
Diana Kaplan.

CORRESPONDENCIA: ANCHORENA 1176/78  
(1425) BUENOS AIRES.  
Teléfonos: 821-7349 y 0394  
República Argentina

Diagramación, dirección técnica y  
Producción publicitaria:  
Antonio Tarsitani

Cambiele el sabor  
a la anestesia!!

## MUCO - ANESTYL INFANTIL

Sabor a dulce de leche

**Dickinson**

PASTA

Para una perfecta anestesia local de la mucosa enérgica y persistente hemos creado el MUCO-ANESTYL, que reúne en su fórmula dos anestésicos típicos: la Procaína y la Benzocaína.

MUCO-ANESTYL mitiga el dolor que presupone la anestesia preoperatoria, el raspaje de diente y alivia el dolor de una mucosa ulcerada.

No es tóxico y su absorción por los tejidos es inmediata porque dada su estructura química, al formar moléculas de tamaño pequeño atraviesa con facilidad las membranas biológicas.

LABORATORIOS  
DR. PRESTON  
S.R.L.

NUEVA DIRECCION  
Villarino 2318  
(1276) Cap. Federal  
Tel. 21-3993

PRODUCTOS

**Dickinson**



## Comunicación en Odontología

Doctor ALFREDO FERMIN ALVAREZ

En setiembre de 1973, asistimos al Simposio que organizó la Fundación Alberto J. Roemmers sobre "Comunicación en Medicina", cuyos relatos y mesas de discusión fueron publicados al año siguiente.<sup>6</sup>

Al presentar estas reflexiones sobre "Comunicación en Odontología", en coincidencia con el presente año declarado **Año Mundial de las Comunicaciones**, cabe reconocer que la estructura de este trabajo está inspirada en el aludido Simposio, a cuyos organizadores y relatores el autor entrega, tardía pero sinceramente, su gratitud.

### EL LENGUAJE

*"La palabra, cuando es palabra de verdad, es la fuerza creadora que eleva al hombre sobre la naturaleza inhumana y bruta; el hombre es hombre por la palabra".*

Miguel de Unamuno.

En 1725, Giambattista Vico publicó su libro "Principi di una scienza nuova d'intorno alla comune natura delle nazioni", en el cual se establece por primera vez una comparación concreta entre el lenguaje infantil y el origen del lenguaje.

Apunta Pérgola<sup>13</sup>: "Sus etapas evolutivas serían las siguientes: luego de una comunicación prelingüística mediante gestos siguen las palabras monosilábicas que expresan emociones internas; a

continuación palabras onomatopéyicas, denominación de hechos concretos e intuitivos y finalmente conocimientos abstractos. De la misma forma podría evolucionar el lenguaje infantil."

Jespersen<sup>7</sup> hizo una importante observación en el comportamiento de dos niños gemelos daneses que, abandonados por su madre, fueron criados por una abuela sorda que no hablaba con ellos. Así desarrollaron un idioma propio, incomprensible para los demás aunque apto para la comunicación entre sí. Luego fueron internados en un asilo en el cual aprendieron a hablar danés manteniendo aquél lenguaje personal, lo que posibilitó a Jespersen hacérselos tradu-

cir, comprobando que se trataba de palabras inventadas y algunas de origen danés muy alteradas.

Lo cierto es que, ya originado como un canto, según Vico; ya con orientación hacia la atracción sexual, como sostiene Darwin; ya análogo con el de la infancia, conforme a Rousseau, el lenguaje es lo que diferencia esencialmente al hombre de sus predecesores antropomórficos.

Hay múltiples características anatómicas comunes a los antropomorfos y al hombre<sup>10</sup>. La cresta parietal y la superficie de inserción para la musculatura de la nuca ("planum nuchale") sólo faltan en el chimpancé y en el hombre. Estos y el gorila no poseen el "os centrale", un hueso situado detrás de los cinco metacarpianos que sí tiene todavía el orangután. En el chimpancé y en el hombre los espermatozoides son iguales en la observación del microscopio óptico, la conformación de oído muy parecida, la duración de la preñez en ambos es de 280 días y sus células poseen 24 pares de cromosomas casi idénticos. Del resultado obtenido por el análisis cromosómico surge que el hombre y el antropomorfo son de origen común.

Es en el lenguaje y en la capacidad de comunicación donde radica la diferencia que impulsó a Carlos Linneo, en su clasificación de vegetales y animales, a denominar al hombre "Homo Sapiens", es decir "hombre dotado de razón".

## COMUNICACION CON EL PACIENTE

*"Mas da también lugar al médico y no se aparte de ti, pues él también te es necesario. Hay un momento en que el éxito está en sus manos."*

Ecl. C. 38, Vs 12-13

La comunicación se basa en la transmisión de mensajes que contienen información, y los llamados "ruidos" que la acompañan. La transmisión de mensajes se efectúa por señales, que son la expresión codificada del mensaje.

Toda comunicación necesita al menos de un emisor y un receptor, mecanismo que puede darse en un mismo individuo o entre varios individuos. El receptor

elabora la información a través de un sistema compuesto por: a) un mecanismo receptor, en el que ingresa la señal; b) un nivel de control donde se compara el mensaje recibido con experiencias previas aprendidas y almacenadas, se comprende el mensaje y se elabora la respuesta; c) un mecanismo emisor que emite la respuesta.<sup>3</sup>

El paciente,<sup>14</sup> en determinado momento, detecta por sus mecanismos sensoriales y propioceptivos una alteración en su salud, es decir, recibe un mensaje, lo decodifica, lo interpreta y elabora una respuesta que puede ser o no la adecuada. La automedicación es una respuesta. Si es adecuada, se cierra ese circuito y se almacena una nueva experiencia; si no lo es, el circuito se realimenta ante un nuevo mensaje y una nueva experiencia elaborándose una nueva respuesta. En algún momento esa respuesta es un mensaje dirigido a otro receptor: el médico o el odontólogo, quien pone en juego iguales meca-

nismos de recepción, elaboración y respuesta.

En el modelo trazado puede haber inconvenientes o ruidos que atentan contra la obtención de respuestas adecuadas.

No todos los pacientes tienen la misma capacidad para percibir alteraciones de salud; pueden presentar dificultades para expresar sus síntomas y la intensi-

dad de los mismos: podrían no entender o entender dificultosamente o entender mal el mensaje que el médico o el odontólogo le trasmite. Por su parte, el profesional podría no recibir y decodificar adecuadamente el mensaje por falta de capacidad o falta de tiempo, insuficiencia de datos, fatiga, etcétera.

La comunicación profesional-paciente está basada en el diálogo. Todo dato aportado por el enfermo puede contribuir a un correcto diagnóstico y orientación. El profesional debe ejercer lo que en algún momento hemos llamado "el arte de escuchar y la ciencia de preguntar". Todo ello deberá plasmarse en la historia clínica, como analizaremos luego. En todo esto influye, desde ya, la personalidad del profesional y la del paciente, pero además incide de manera superlativa el sistema de atención. En los sistemas mecanizados, masificados, despersonalizados, en los sistemas del "paciente-número" y el "profesional-legajo" la comunicación se vulnera sensiblemente por razones de tiempo, serenidad y ámbito. Este es un problema que los planificadores de salud deben tener especialmente en cuenta para posibilitar el retorno a la medicina humana.

En estos aspectos de la relación profesional-paciente y su comunicación, deberá tenerse en cuenta también las distintas calidades de pacientes. Por su edad (niños, adolescentes, adultos o ancianos); por su patología (quirúrgica o no); por su gravedad; por su pronóstico; por razones psicofísicas; por el sistema de atención se generan situaciones diferentes que deben ser analizadas e instrumentadas conforme a cada caso.

Trascribimos a Dóbric<sup>6</sup>: "Cumplida la averiguación para establecer el cuándo, el cómo y el transcurrir del hecho patoló-

gico, nuestro diálogo atenderá a llenar las cuatro exigencias de ser:

- **Receptivo**, con actitud de disponibilidad y apertura, propiciará revelaciones confiadas sobre hechos y cosas que el paciente considera importantes.

- **Persuasivo**, logrará sustituir esa dolorosa nostalgia del "estar sano" por una ferviente voluntad de actualizar su salud.

- **Pedagógico**, logrará: 1) cooperación y confianza en las acciones terapéuticas; 2) recomposición de la personalidad y su reubicación en el tiempo con tendencias optimistas.

- **Consolante**, logrará alivio de la invalidez, molestia, amenaza, soledad, dependencia y angustia que oprimen el ánimo.

Tal la estructura de nuestro diálogo, que deberá adecuarse a cada persona. Pero en estas adecuaciones sólo acertará cuando el médico conozca a su paciente y sepa cual es la urdimbre de su personalidad."

Consideramos que debe atenderse en la oportunidad en que el diálogo profesional-paciente sea a solas, en presencia de otras personas (familiares, otros profesionales, personal auxiliar), y es el profesional quien debe elegir el momento más propicio para cada una de estas posibilidades, ya que el objetivo es lograr la más fluida conexión con el enfermo. Y terminamos este tema con una nueva cita de Dóbric<sup>6</sup>: "Y en un momento único, en el inicio mismo o en el transcurso de la relación, momento que el médico sabrá elegir, que tendrá que intuir muchas veces, hablará como sólo él puede hacerlo: infundiendo valor al cobarde, modestia al petulante, piedad al ateo, fe al descreído, esperanzas al desesperado... Su palabra adquirirá entonces la dimensión del remedio. Y él mismo será remedio".

## COMUNICACION INTERPROFESIONAL

La comunicación interprofesional es la base del progreso científico y técnico. Puede establecerse personalmente en el aula, el hospital o la institución profesional, mediante mecanismos de comunicación masiva, como los congresos o a través de publicaciones y documentación que trascienden el tiempo y la distancia.

En los párrafos que siguen haremos algunas reflexiones sobre la comunicación entre profesionales y algunas de sus modalidades.

## LA HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es un elemento fundamental en la comunicación interprofesional. En ella se registran todos los pasos de la relación con el enfermo, desde el momento inicial del encuentro hasta la conclusión del caso. La H.C. puede ser abierta (el profesional queda en libertad para transcribir lo que considera necesario), cerrada (deben consignarse todos los datos requeridos) o semiabierta (combinación de ambos tipos, donde se debe seguir el orden establecido, con consideraciones aclaratorias del profesional).

Cualquiera sea el tipo de historia que se adopte, deberá ser ordenada, completa, y comparable. Ordenada, para que cualquier profesional que no sea

el tratante, pueda informarse sobre la evolución del caso en forma rápida. Completa, para no desechar ningún dato, debiendo consignarse cada uno en el momento de su recolección. Comparable, para permitir la confrontación de experiencias entre profesionales, servicios, hospitales, regiones y países. La realidad nos muestra que las historias clínicas, cuando se llevan, son desordenadas, incompletas y no comparables. Este es un punto sobre el cual la profesión deberá insistir, para establecer la metodología adecuada, dictar normas, unificar modelos, de modo que resulte útil la experiencia acumulada.

La historia clínica tiene no sólo valor médico, sino también legal y pedagógico. Es la base de la autocrítica y de la crítica compartida, en cuanto a diagnóstico, plan de tratamiento, resultados, materiales, medicamentos, etc. En definitiva tiene valor médico, legal, pedagógico y de información.

Deben completarse clara y sintéticamente, con claro respeto para el futuro lector, utilizando terminología o símbolos reconocibles. Debemos tener en cuenta, como dice Jung <sup>11</sup> "que una palabra o una imagen es simbólica cuando sugiere algo más que su significación evidente e inmediata".

## LOS CURSOS DE POSTGRADO

Los cursos de postgrado constituyen la piedra angular de la educación continuada, sean integrales o parciales; de actualización, de perfeccionamiento o de especialización; teóricos, teórico-prácticos o con prácticas del alumno. La experiencia en nuestro país es muy profunda en esta área tanto en el nivel de universidades y hospitales cuanto de las asociaciones profesionales, siendo éstas las que dan cada vez mayor relevancia a esta actividad de comunicación interprofesional.

El dictante que organiza un curso debe estar, en primer término, bien seguro de los objetivos que se propone pues, como dice Jorge Manrique <sup>12</sup> "Si no se sabe qué es lo que se quiere enseñar, mal puede saberse cómo se debe enseñar". A partir de allí, planificará con sus colaboradores la temática del curso, la metodología, los aspectos teóricos y prácticos, la participación y responsabilidad de cada miembro del equipo, la selección del material ilustrativo, las normas de comportamiento para dictantes y cursantes, la bibliografía recomendada, los guiones o guías de clase y los sistemas de evaluación.

El equipo de dictantes debe comenzar por ser severamente estricto consigo mismo. El cumplimiento de los horarios, el orden en la preparación del material didáctico, la observación de las normas en cuanto a vestimenta profesional, el cuidado de los elementos, materiales, instrumental y equipos que la institución organizadora provea son así bases exigibles para los alumnos inscriptos. El más enojoso de los cursos se deslucen y pierde vigencia ante el desorden o la improvisación. Y como punto fundamental e ineludible, el más alto respeto por los pacientes.

Las distintas especialidades compor-

tan modalidades diferentes, y aunque las características del ejercicio de la odontología orienta tradicionalmente a cursos eminentemente prácticos, los dictantes deben encuadrar la enseñanza en los principios biológicos que sustentan las maniobras y en una ágil y sincera relación interdisciplinaria.

Uno de los puntos controversiales en cuanto a métodos de enseñanza, es la llamada clase magistral. A pesar de haber sido execrada con tanta vehemencia como fue ensalzada antes, pensamos que la clase ágil, participativa es uno de los métodos de comunicación docente de plena vigencia. Apunta Mammoni <sup>13</sup>: "... Si quien dicta la clase tiene personalidad, tiene experiencia y sabe cómo transmitir y despertar la atención del alumno, conseguirá lo que busca: orientar al alumno en la materia para que pueda luego completarla con otras fuentes de información". Así se evitará la clase meramente expositiva que sólo sirve, como dijo algún educador, "para trasladar los conocimientos del texto del profesor al cuaderno de apuntes del alumno sin que pasen por el cerebro de ninguno de los dos".

Deberá estimularse la participación de todo el grupo, docentes y alumnos, en preguntas finales o intermedias, planteos de dudas, aclaración de conceptos. Resulta útil en nuestra experiencia, encomendar clases a los propios cursantes con la colaboración y el apoyo de los dictantes.

Es recomendable que la clase se apoye en material visual. De ésta, cabe analizar los más representativos:

**Los guiones**, que tienen por finalidad dar al alumno una visión panorámica del tema que se va a tratar, y examirlo de tomar apuntes en cuanto a temas, títulos, definiciones, autores, fechas, etc. cuya

*"El profesor debe tener en claro que sus acciones son para alentar a los estudiantes en sus estudios y no para demostrar que es rápido, agudo, informativo, analítico o profesionalmente hábil. Para ello antes de entender y ayudar a sus estudiantes, debe entenderse a sí mismo"*

George Miller

copia puede hacerlo distraer sobre los conceptos más relevantes.

El **pizarrón**, apoyo tan antiguo como excelente para fijar conceptos a través de un cuadro, un esquema o una frase sintética, elaborados al compás de la palabra.

Las **diapositivas**, que pueden representar un respaldo visual impactante, siempre que sean elegidas cuidadosa e inteligentemente en la cantidad.

Otros apoyos, tales como películas cinematográficas o demostraciones prácticas por circuito cerrado de televisión son de incalculable valor.

Desde el punto de vista práctico, el trabajo en mesa clínica o en el paciente son la base de un curso integral, de especialización o de perfeccionamiento. En casos de tratamiento de pacientes, el responsable final es el dictante del curso, quien debe inculcar en los alumnos que su propia responsabilidad no termina a la hora de finalización del trabajo práctico, ni aun del curso. De otro modo, el paciente se transforma en un "objeto de aprendizaje" perdiendo su condición de ser humano en busca de reparar su salud.

Todo curso debe tender, por fin, a incentivar la profundización de los temas a través de literatura sugerida, búsqueda bibliográfica y actualización continuada.

## LOS CONGRESOS

La odontología argentina y mundial tiene una vasta experiencia en materia de congresos. En nuestro país, bajo distintas formas y denominaciones tales como Congreso, Jornada, Reunión, etc., se realizan permanentemente con diversas dimensiones: nacionales, internacionales, regionales, locales, etc. Los organizadores son habitualmente asociaciones profesionales y hospitales o

servicios, y pueden ser mono o polivalentes en cuanto a las especialidades abordadas.

La metodología más prevaleciente es la de conferencias, presentación de casos, temas libres, sesiones deliberativas o mesas redondas. Con el objeto de clarificar las características de las reuniones grupales y sus denominaciones aceptadas, tomamos en apretada síntesis los conceptos de Cirigliano y Villaverde<sup>4</sup>, que han dividido las técnicas de grupo en las que intervienen expertos y en las que interviene todo el grupo.

*A. Técnicas en las que intervienen expertos.*

**1. Simposio:** Un equipo de expertos desarrolla diferentes aspectos de un tema en forma sucesiva ante el grupo.

**2. Mesa redonda:** Un equipo de expertos que sostiene puntos de vista divergentes o contradictorios sobre un mismo tema, expone ante el grupo en forma sucesiva.

**3. Panel:** Un equipo de expertos discute un tema en forma de diálogo o conversación ante el grupo.

**4. Debate público:** Dos personas capacitadas o especialmente invitadas conversan ante un auditorio sobre un tema, siguiendo un esquema previsto.

**5. Entrevista:** Un experto es interrogado por un miembro del grupo ante el auditorio, sobre un tema prefiado.

**6. Entrevista colectiva:** Un equipo de miembros elegido por el grupo interroga a un experto ante el auditorio sobre un tema de interés previamente establecido.

*B. Técnicas en las que interviene activamente todo el grupo.*

**1. Debate dirigido:** Un grupo reducido trata un tema en discusión informal

con la ayuda activa y estimulante de un conductor.

**2. Grupo de discusión:** Un grupo reducido trata un tema o problema en discusión libre e informal, conducido por un coordinador.

**3. "Phillips 66":** Un grupo grande se divide en subgrupos de seis personas para discutir durante seis minutos un tema y llegar a una conclusión. De los informes de todos los subgrupos se extrae luego la conclusión general.

**4. Foro:** El grupo en su totalidad discute informalmente un tema conducido por un coordinador.

**5. Seminario:** Un grupo reducido investiga o estudia intensamente un tema en sesiones planificadas recurriendo a fuentes originales de información.

No es todo lo frecuente que sería deseable y necesario que en los congresos exista participación activa de los asistentes, por circunstancias diversas: ámbitos adecuados, cantidad de inscripciones, distintos niveles de información.

Otro aspecto digno de consideración es el objetivo de un congreso. Un congreso debe tener objetivos precisos y compartidos, con expertos adecuados al tema o temas que se abordarán. En muchas ocasiones se trata de una acumulación de temas dispersos e inconexos, con participación —además— de expositores designados más por compromiso de los organizadores que por su aval científico en el tema. El alto costo de organización y el gasto elevado que insume al participante, hace que los congresos deban realizarse en poco

tiempo, con la mayor cantidad de asistentes y sesiones simultáneas que obligan a los inscriptos a seleccionar parcialmente lo que supuestamente más les interesa.

Por otra parte, existen aspectos realmente positivos en todo congreso. Estimulan el acercamiento a una fuente de información rápida, provocan el encuentro o reencuentro entre colegas, posibilitan el contacto personal con especialistas de reconocido prestigio e incentivan el interés por la actualización bibliográfica.

Los congresos deberían plasmarse en anales, actas o publicaciones que dejen la impronta de lo dicho en tal tiempo y lugar, costumbre que se fue perdiendo al compás de los problemas económicos.

Los cursillos realizados en ocasión de los congresos, permiten actualizar temas aprovechando la presencia de personalidades, muchas veces extranjeras a quienes es difícil acceder en su lugar de trabajo, y constituyen un sistema práctico y relativamente económico para la comunidad profesional.

Coincidimos, a través de la experiencia personal en organización de congresos, con los conceptos de Rubio<sup>15</sup>:

"Cabe finalmente la pregunta: ¿Nos comunicamos bien en los congresos? No, nos comunicamos generalmente mal, como ocurre lamentablemente en todas las ciencias y —por qué no decirlo— en toda la actividad humana. ¿La causa? Desconocimiento del objetivo esencial del congreso que es la comunicación, en beneficio de otros subalternos, menores, colaterales. Pero sólo un congreso auténtico consigo mismo se comunicará consigo".

## CENTROS DE INFORMACION Y COMUNICACION

*"Anotad y registrad siempre lo excepcional. Conservad y comparad vuestras observaciones. Comunicad o publicad breves informes sobre todo lo que es extraordinario o nuevo."*

Osler

Dice el doctor Horacio H. Hernández, distinguido médico y bibliotecario universitario<sup>9</sup>, que "los adelantos científicos y técnicos, el continuo crecimiento y lo acelerado de la información científica que son características de los tiempos presentes han producido como consecuencia un aluvión casi incontenible de impresos y de otras formas imitativas de la imprenta. Alguien ha dicho que desde 1945 ha sido publicada más documentación científica y técnica que en todos los años anteriores de la historia de la humanidad." y que "se calcula que si el número de páginas que se imprimen en el mundo sigue el ritmo o se efectúa en la misma proporción que desde 1945, en el año 2000 el peso de todo lo publicado será mayor que el peso de la Tierra".

Desde que el hombre comenzó a registrar sus experiencias, intentó ordenarlas y acumularlas a efectos de poder recurrir a las experiencias del pasado para compararlas con las del presente. A partir de tales intentos se fueron desarrollando metodologías diversas para facilitar la búsqueda lo que generó disciplinas de alto grado de especialización.

La expresión general del resguardo, clasificación, conservación y ordenamiento del material bibliográfico es la biblioteca. La biblioteca cumple, además con funciones de orientación bibliográfica.

ca, búsqueda de documentación existente en otras bibliotecas, duplicación de documentación.

Así es como la biblioteca moderna no es un mero depósito de libros y revistas, sino un verdadero centro ágil y dinámico de información y comunicación. Lo importante es saber usarla.

Nuestro país cuenta con diversas bibliotecas de odontología, ubicándose a la vanguardia de todas ellas la biblioteca de la Asociación Odontológica Argentina, monumental obra cuyo desarrollo y pujanza es el fruto de una tarea sin pausa, intensa, apasionada, honesta y luminosa, ejercida por su directora, la doctora Margarita Muruzábal, con quien la profesión argentina y latinoamericana tiene una impagable deuda de gratitud.

Tan importante como los anaqueles ordenados que almacenan libros y publicaciones periódicas, es el Centro de Referencias de la Biblioteca, donde el lector puede rastrear temas a través de índices y resúmenes analíticos, con el auxilio de diccionarios especializados o no.

Entre los índices mencionaremos sólo dos. El editado por la Asociación Odontológica Argentina, "Índice de la Literatura Dental Periódica en Castellano y Portugués", y el "Index to Dental Literature", de la American Dental Association, aparecido desde 1921 cubrien-

do entonces las publicaciones de 1911 a 1915, continuando hasta la fecha con la información de las publicaciones de todo el mundo.<sup>1</sup>

Los resúmenes analíticos son publicaciones de gran importancia que permiten al lector informarse sobre trabajos publicados en distintos idiomas con la respectiva referencia que remite al trabajo completo si es de su interés. Entre otros, se cuenta con el "Oral Research Abstracts", "Dental Abstracts" y la serie de "Advances" en distintas especialidades.

A todo lo expuesto deben añadirse las guías y directorios, las farmacopeas, los diccionarios especializados, generales e idiomáticos.

Existen mecanismos mundiales de intercambio bibliotecario, con interrelación entre diversos centros internacionales tales como la "National Library of Medicine", en Bethesda; la "Biblioteca Regional de Medicina", de São Paulo; la "Red de Información y Documentación en Ciencias Biomédicas", de Buenos Aires; el "Bureau of Library Services" de la American Dental Association, de Chicago; el "Centre National de la Recherche Scientifique", de París<sup>2</sup>.

## LAS REVISTAS ODONTOLOGICAS

La profusión de la producción científica y técnica a la que aludimos antes, tiene su gran repercusión en la literatura periódica en odontología. Revistas de práctica general o especializadas han proliferado en todos los países del mundo desde el legendario "The Dental Cosmos", aparecido en Filadelfia en el siglo pasado, absorbido en 1915 por "The Journal of the National Dental Association".<sup>1</sup>

En nuestro país, la publicación pionera es la Revista de la Asociación Odontológica Argentina, publicada desde 1912. Existen muchas otras, de más reciente data, publicadas por asociaciones profesionales, facultades, empresas privadas, cooperativas, instituciones profesionales de segundo grado, como la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires o de tercer grado como la Confederación Odontológica de la República Argentina.

La actividad en materia de publicaciones periódicas se ve fuertemente presionada por razones de tipo económico, que se han acentuado en los últimos tiempos, y que han obligado, cuando no a detener la publicación a apariciones irregulares, reducción de la cantidad de páginas o disminución en la calidad del papel.

Las revistas profesionales, como señala De los Santos<sup>5</sup> "constituyen un vasto sistema de comunicación intermédica cuya extensión y complejidad está en permanente expansión. Su función primordial es informativa en el nivel de pre y postgrado. La utilidad de lo transmitido no se limita a lo impreso en cada ejemplar sino que a través de las referencias bibliográficas se abren nuevas perspectivas que a su vez se multiplican en forma geométrica".

## REFLEXION FINAL

La comunicación es un método de aprendizaje. Mediante ella se enriquecen quienes hacen del intercambio un estilo. Como todas las manifestaciones de la cultura, la ciencia y la técnica, la odontología ha progresado y ha avanzado gracias a la información y a la comunicación.

Para concluir estos apuntes sobre

"Comunicación en Odontología", permitiéndonos expresar nuestra convicción sobre la necesidad de una apertura cada vez más amplia y una comunicación cada vez más fluida con las demás disciplinas del saber humano, función en la cual son las instituciones profesionales las que tienen el papel rector. Así se logrará una odontología con visión totalizadora y

espíritu abarcativo, con plena concepción humanística de la vida del hombre y de la sociedad.

"Dos protozoarios en una gota de agua dialogaban sobre el universo. Tras larga discusión, coincidieron en que el universo es una gota de agua". Esta es una antigua fábula

## REFERENCIAS

1. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. "A History of the A.D.A." Chicago, E.E.U.U., 1959.
2. ASOCIACION ODONTOLOGICA ARGENTINA. Curso sobre "Metodología para la búsqueda bibliográfica". Programa de cursos 1983.
3. BERTALANFFY, L. von. "Teoría general de los sistemas" Fondo de Cultura Económica, 1980.
4. CIRIGLIANO, G.F.J. y VILLAVERDE, A. "Dinámica de grupos y Educación", Ed. Humanitas, 1968.
5. DE LOS SANTOS, D.R. "Las revistas médicas", publicado en (8).
6. DOBRIC, L. "Relación médico-paciente", publicado en (8).
7. DOCUMENTA GEIGY. "La palabra en medicina".
8. FUNDACION ALBERTO J. ROEMMERS. "Comunicación en Medicina", Buenos Aires, 1977.
9. HERNANDEZ, H.H. "Centros de Información y Comunicación en Medicina", publicado en (8).
10. KUHN, H. "El despertar de la humanidad". Buenos Aires, 1961.
11. JUNG, C.G. "El hombre y sus símbolos" Ed. Aguilar, 1974.
12. MAMMONI, O. "La enseñanza de la cirugía". EUDEBA, 1972.
13. PERGOLA, F.M. "El lenguaje médico", publicado en (8).
14. PUCHULU, F.E. "Comunicación con el enfermo", publicado en (8).
15. RUBIO, H.H. "Los congresos médicos", publicado en (8).

# Plan de Diagnóstico y Tratamiento para la Corrección de las Deformidades Dentofaciales.

LEWARD C. FISCH, D.D.S., M.S. \*\*

BRUCE N. EPKER, D.D.S., Ph.D. \*\*\*

\* El presente trabajo es parte de la publicación que en forma de libro del doctor Epker tuvo la gentileza de enviarnos, y del cual seleccionamos los capítulos que hemos considerado de mayor interés. (Fue publicado en 1981).

Selección y traducción A.F.A. y M.D.T.

## I. INDICACIONES PARA LA COMBINACION QUIRURGICO-ORTODONCICA

Las consideraciones para la combinación quirúrgico-ortodóncica de las deformidades dentofaciales, habitualmente involucran cuatro categorías básicas: 1) mejoría estética facial, 2) aumento de la estabilidad, 3) mejoría de la función masticatoria, y 4) reducción del tiempo de tratamiento. Frecuentemente la corrección de dichas deformidades abarca dos o más de esas categorías.

### A. ESTETICA

Con frecuencia el interés primario del paciente es la estética facial, y por ello desea el tratamiento. Comprensiblemente, cuando hay un significativo desequilibrio músculoesquelético, el efecto estético facial será adverso. Más aún, generalmente es imposible lograr óptimos resultados estéticos en las moderadas o severas displasias esqueléticas

sólo con tratamiento ortodóncico. Una corrección estética adecuada prescindiendo de la cirugía es especialmente imposible cuando se trata ortodóncicamente una anomalía de crecimiento. En efecto, algunos pacientes buscan el tratamiento cuando ya tienen oclusiones "corregidas", pero todavía tienen significativa preocupación estética. Con una cuidadosa evaluación del paciente, especialmente clínica, es posible desarrollar un tratamiento quirúrgico-ortodóncico combinado que optimice la estética facial.

### B. FUNCION

Más frecuentemente, existen conjuntamente deformidades masticatorias, funcionales y estéticas. El tratamiento deberá corregir óptimamente ambas deformidades, la funcional y la estética. Frecuentemente es posible corregir quirúrgicamente una deformidad facial sin tratamiento ortodóncico. Sin embargo, en muchas circunstancias la función

\*\* Ortodoncista, Center for Correction of Dentofacial Deformities John Peter Smith Hospital (Forth Worth, Texas, EE.UU).

\*\*\* Director y jefe de Corrigia Bucal y Máxilofacial, Center for Correction of Dentofacial Deformities. John Peter Smith Hospital (Forth Worth, Texas, EE.UU).

puede estar comprometida y la oclusión resultante quedará peor que la existente antes de la cirugía. A veces se observan pacientes estéticamente bien, pero que tienen anomalías funcionales oclusales que no pueden ser tratadas estéticamente y establemente sólo con ortodoncia. Pueden mencionarse algunos ejemplos: mordida abierta con relación vertical normal de las estructuras músculoesqueléticas; mordida cruzada posterior en adultos; etc. En los casos en que la estética es aceptable, el tratamiento debe ser planeado para otorgar buena relación funcional sin alterar la estética.

### C. ESTABILIDAD

Frecuentemente las relaciones esqueléticas e interalveolares son tales como para aparecer como un problema menor para la corrección ortodóncica, pero pueden producir una significativa inestabilidad en el resultado final. Por ejemplo, la corrección ortodóncica de significativas clases II o III, en adultos, son generalmente inestables. Más aún, la corrección ortodóncica de una mordida abierta esquelética generalmente produce un resultado inestable. Está probado, sin embargo, que una adecuada combinación de cirugía con ortodoncia puede producir un resultado extremadamente estable.

### D. DURACION DEL TRATAMIENTO

En muchos pacientes con deformidades músculo-esqueléticas-dentofaciales, el tiempo total del tratamiento se reduce significativamente combinando cirugía y ortodoncia. Esto es particularmente cierto en adultos, que cada vez con mayor frecuencia requieren tratamiento y tienen especial interés en reducir el tiempo del mismo. Utilizando procedimientos quirúrgicos en la correc-

ción de las relaciones esqueléticas, el tratamiento ortodóncico aparece como rutina y, además, en adultos los movimientos dentarios afirman el tratamiento después de la cirugía.

## II. LOS CUATRO ASPECTOS BASICOS EN LA EVOLUCION DEL PACIENTE.

En nuestra práctica, el método de evaluación sistemática del paciente incluye: evaluación estética facial, evaluación socio-psicológica, evaluación cefalométrica y evaluación oclusal.

### A. EVOLUCION ESTETICA FACIAL

Realizamos la evaluación con el paciente parado o sentado confortablemente. Es importante que el examen se realice "paso a paso" de manera sistemática para que nada quede sin observar. Ponemos el mayor énfasis en el análisis facial-frontal.

#### 1. ANALISIS FACIAL-FRONTAL

Hay tres elementos importantes en el aspecto estético de la cara vista de frente. El primero es la **simetría**. Ciertamente ninguna cara es perfectamente simétrica; alguna obvia asimetría es necesaria para una buena estética. El segundo es el **balance facial**. Los tercios faciales superior, medio e inferior deben ser casi iguales en largo. El tercero es la **morfología** general de la cara. Los tercios faciales deben ser del mismo patrón, para que no aparezca una porción de la cara como braquicéfala y la otra como dolicocefala. El tercio superior, desde el nacimiento del cabello hasta las cejas, es el menos importante, pues puede disimularse con el peinado. No obstante, deberá observarse la forma del cráneo, huesos temporales y frontales y cejas, por anomalías que

puedan estar asociadas a diversos síndromes craneofaciales.

El tercio medio requiere un examen más detallado. Debe enfocarse la atención, en primer lugar, hacia los ojos. Luego la nariz, las mejillas y, finalmente, las orejas. El examen de los ojos requiere una cuidadosa observación del globo ocular por cualquier signo de asimetría: un balance de los músculos de la órbita, decoloraciones de la esclerótica y distancia interpupilar. La observación de alteraciones entre las pupilas y los párpados inferiores habitualmente están asociadas a deficiencias en el área infraorbitaria. Después debe estudiarse la relación vertical de los "canti" externos e internos y la proporcionalidad de los ojos con el resto de la cara. Generalmente los "canti" externo e interno están en una línea horizontal. Desviaciones en ese nivel están frecuentemente asociadas a síndromes craneofaciales, así como a secuelas de traumatismos. Antes de establecer un diagnóstico de hipertelorismo o telecantismo, deben medirse la distancia interpupilar (65 mm.) y la distancia intercantal (34 mm.)

La nariz debe estudiarse en su forma y simetría. La glabella y el dorso se examinan en su ancho y proyección; también la forma de la punta. En las asimetrías de la nariz debe analizarse si se trata de los huesos nasales o de la punta. El ancho de las bases alares y su simetría deben anotarse. El ancho normal de la base alar se encuentra entre las perpendiculares trazadas desde el punto intermedio entre el limbo medio y el cantus interno del ojo.

Las mejillas y las áreas paranasales deben examinarse en cuanto a su simetría y proyección. Debe ponerse cuidado en no engañarse en estas observaciones por anomalías creadas por dimensiones largas o cortas de los

huesos faciales o la nariz. Por último, la palpación es útil para evaluar la eventual deficiencia en el área paranasal.

Finalmente, deben examinarse las orejas pues también aquí la simetría y proporción son importantes. La oreja está ubicada verticalmente de tal modo que el tercio superior de la misma se proyecta sobre la línea formada entre los "canti" externo e interno.

El estudio del tercio inferior de la cara comprende labios, dientes y mentón.

La observación de la línea media dental y su relación con la cara y la mandíbula es de primordial importancia. Además, debe analizarse la llave canina, así como la relación de los dientes anteriores con ambos labios en reposo y en la sonrisa. En reposo, los dientes superiores generalmente sobresalen unos 3 mm. del labio superior.

Los labios son de extrema importancia en la estética de la cara. Fundamentalmente, **los labios deben ser evaluados en reposo y en funcionamiento**. (N.B. Muchos registros fotográficos aparecen con los labios apretados, lo que hace imposible evaluar ciertamente el tercio medio de la cara).

En reposo, el labio inferior muestra alrededor del 30% más de semimucosa que el superior. Normalmente, en reposo, los labios tocan entre sí o mantienen una separación de 2 a 3 mm. El balance en esta área es crítica. La distancia entre la base de la nariz y el labio superior es de un tercio, mientras que la distancia entre el labio superior y el mentón es de dos tercios. Otra relación importante es la distancia entre la base de la nariz y el borde de la semimucosa del labio inferior, que debe ser aproximadamente igual a la distancia entre dicho borde y el mentón. El ancho de los labios de comisura a comisura será aproxima-

madamente igual a la distancia interpupilar.

En funcionamiento, la **simetría es el único factor de importancia en la estética de la sonrisa**. Este concepto incluye tanto la simetría de los labios en movimiento cuanto la simetría del labio superior referente de los dientes superiores. Así puede notarse si hay una muestra excesiva de la encía superior al sonreír. En muchos casos la excesiva exposición de la encía superior se acompaña con el ocultamiento de los dientes superiores, durante la sonrisa.

El mentón debe estudiarse en su simetría y debe ser comparado con el resto de la cara. En muchas ocasiones el mentón es más prominente que el resto de la cara. Mirando de frente, debe observarse la proyección y simetría de los ángulos mandibulares.

## 2. ANALISIS DEL PERFIL FACIAL

El análisis del perfil también debe comenzar sistemáticamente por el tercio superior. Debe observarse la forma del cráneo. Generalmente la frente aparece en declive, con una moderada proyección del borde supraorbitario. Específicamente, deben observarse los bordes supraorbitarios tal como todas las estructuras periorbitarias para establecer esa proyección. El globo ocular es la única estructura visible que aparece como "fija" en posición ánteroposterior. Normalmente el borde supraorbitario se proyecta unos 10 mm. (+ 0 - 2 mm.) con respecto al globo ocular. En las variaciones entre la inclinación de la frente y la posición de los bordes supraorbitarios, debe distinguirse entre un abultamiento frontal o una hipoplasia supraorbitaria.

El análisis del tercio medio de la cara consiste en el examen de la nariz, las

mejillas y las áreas perinasales. La nariz muestra un claro ángulo glabelar por encima del puente nasal que deberá proyectarse anteriormente alrededor de 5 + - 3 mm. respecto del globo ocular. El dorso nasal debe estudiarse por la apariencia cóncava o convexa que puede mostrar. Debe consignarse el aspecto de la punta de la nariz y si existe o no una hendidura por encima de ella. Debe diferenciarse la giba del dorso de la elevación de la punta.

Serán observadas las bases alares, ya que las áreas perinasales son factores de importancia para diferenciar deficiencias del tercio medio de prognatismo mandibular.

Las mejillas se estudian en el perfil para observar su plenitud. Los bordes infraorbitarios deben observarse en relación al globo ocular y se proyectan alrededor de 2 + - 2 mm. por detrás del punto más sobresaliente del globo, mientras que el borde lateral de la órbita está aproximadamente a 10 + - 2 mm. por detrás del punto más eminente del globo ocular. La observación de las mejillas y las áreas perinasales no deben ser influidas por una eventual proyección anormal del mentón.

La observación del tercio inferior de la cara gira en torno de los labios, mentón y basal mandibular. El ángulo nasolabial normal mide entre 90° y 110°. Esta relación está muy influida por el declive de la columela. Para eliminar la influencia de ese declive, preferimos estudiar la proyección del labio superior en relación a una línea perpendicular al plano de Frankfort pasando a través de la base nasal. La semimucosa del labio superior debe estar justamente en dicha línea o levemente por delante de ella.

Continuará

Volumen XVIII — N° 1 — Enero - Junio 1983

## ENFERMEDADES DE LA BOCA

### TUMORES (Primera parte)

#### CLINICA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

DAVID GRINSPAN

El tema de los tumores encierra grandes dificultades para su desarrollo porque son variadas las apreciaciones de cada uno de sus aspectos y sobre todo del tratamiento de los cánceres. Si bien todo lo escrito va dirigido a los tumores bucales, no es posible separar este sector topográfico del resto del organismo. Por ello se trata, en todos los temas de la obra, cada uno de los rubros en forma general, para luego adentrarse en lo que ocurre con ellos en la boca.

921 páginas, 367 ilustraciones, formato 23 x 16 cm. encuadernación en tela

### DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR Y EQUILIBRACION OCLUSAL

NATHAN ALLEN SHORE  
2da. edición

Uno de los estudios básicos y más importantes en odontología, es el de la oclusión de la dentición natural.

Lamentablemente, este tema ha recibido una inadecuada consideración en los programas de enseñanza. Con suma frecuencia, en los cursos de prótesis fija, prótesis removible, periodoncia, ortodoncia y odontología restauradora, se enseñan conceptos que generan situaciones conflictivas. Estos conceptos deberían ser resueltos y coordinados en los programas: de no ser así es probable que el profesional mantenga una confusa impresión de los problemas de la oclusión relacionados con las diferentes ramas de la odontología que encontramos en la práctica diaria.

Traducción de la Dra. Marina González de Grandi.  
Supervisión del Dr. Juan José Carraro.

400 páginas, 346 ilustraciones, formato 26 x 18 cm, encuadernación en cuerina.

EDITORIA MUNDI S.A.I.C. y F., PARAGUAY 2100, C.C. 47 - SUC. 53, 1453 - CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA, 83-9339, 83-9663

Volumen XVIII — N° 1 — Enero - Junio 1983

Ateneo Arg. de Odontología — 19

# KERR® Life™



**LAS CUALIDADES SUPERIORES DE KERR LIFE LE PROPORCIONARAN UN DESEMPEÑO MEJOR QUE CUALQUIER OTRO HIDROXIDO DE CALCIO QUE USTED HAYA USADO.**

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

## LO NATURAL\* en Cementos Temporarios

**TempDak** EL CEMENTO TEMPORARIO IDEAL. Use una mezcla gruesa para obtención. Use una mezcla fina para cementado de coronas y puentes, de remoción traumática. Alta acción sedativa.

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

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

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



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

# DENTAURUM

LE OFRECE

S.A. ARGENTINA

PARAGUAY  
2070 CAP.  
83-4185

## Rapidur®

Yeso piedra sintético



Envases:

4,5 kg Núm. de ref. 164-045  
6 x 4,5 kg Núm. de ref. 164-450

El yeso extraduro RAPIDUR® está hecho a base de composición sintética. No lleva impurezas minerales y es por consiguiente de calidad uniforme. No hay riesgo de formación de grumos ni de poros durante la elaboración de RAPIDUR® mostrando el modelo después del fraguado una superficie lisa, dura, de un blanco nieve espléndido.

RAPIDUR® puede ser usado en todos los trabajos dentales de yeso piedra (modelo principal), colados de esqueléticos, resinas). Su dureza, mínima expansión de fraguado y superficie sumamente lisa permiten su empleo también en modelos y troqueles para la técnica de metales preciosos. Por su color blanco nieve es muy apropiado para ortodoncia, ortopedia maxilar y para cerámica.

RAPIDUR® ha sido ensayado de acuerdo con las normas DIN 13 911, y posee las siguientes características físicas:

|                                     |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Proporción de mezcla polvo / agua:  | 100 g : 22 ± 1 ml                                    | Expansión lineal de fraguado:                            | 0,12 % después de 2 horas  |
| Tiempo de absorción:                | 20 segundos  | Resistencia a la flexión y tracción al cabo de 24 horas: | 7 N/mm <sup>2</sup> (0,7 kg/mm <sup>2</sup> )  |
| Duración de mezcla:                 | 30 segundos mecánicamente<br>60 segundos manualmente | Dureza después de:                                       | 30 minutos 150 N/mm <sup>2</sup> (15 kg/mm <sup>2</sup> )<br>2 horas 190 N/mm <sup>2</sup> (19 kg/mm <sup>2</sup> )<br>24 horas 210 N/mm <sup>2</sup> (21 kg/mm <sup>2</sup> ) |
| Máximo contenido de agua en mezcla: | hasta 23 ml: 100 g                                   |  |  |
| Fin del fraguado:                   | 8 minutos aprox.                                     |  |  |

RAPIDUR® se suministra envasado en contenedores de plástico de 4,5 kg de cierre hermético, evitando así toda posible merma de calidad. Cada envase lleva marcados el número del lote de fabricación y el máximo tiempo de almacenaje.

## LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional  
y Ortodoncia en toda su Variedad

**RICARDO N. LLANES**  
**EDUARDO H. AGUIRRE**

T. de Anchorena 1178 Tel. 821-7349

**ANDRAK S.R.L.**  
 Importadora y Exportadora

presenta su APARATO DE RAYOS X PARA USO  
 ODONTOLÓGICO ARGIDENT®



**CARACTERÍSTICAS  
 TÉCNICAS**

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

Solicite promotor

Fabrica, distribuye y garantiza:



...Y SU BANQUETA  
 PARA ODONTOLOGIA

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

Construida  
 PARA DURAR

Fabrica,  
 distribuye  
 y garantiza:

ANDRAK S.R.L.



COMUNICA A SUS CLIENTES Y  
 AMIGOS QUE A PARTIR DEL  
 MES DE MARZO ATIENDE EN SU  
 NUEVA PLANTA INDUSTRIAL,  
 UBICADA EN LA CALLE CRO.  
 RIVADAVIA 4047/51.  
 TELEFONO: 207-3376, CODIGO  
 1874 VILLA DOMINICO

**PRECIOS SUGERIDOS:**  
 APARATOS DE RAYOS, \$a.8500  
 BANQUETAS, \$a. 800  
 BIOMBOS PLOMADOS  
 REGLAMENTARIOS, \$a. 1500  
 ASESORAMIENTO  
 TECNICO S/CARGO

**SIEMPRE CON LOS  
 MEJORES  
 PRECIOS DE  
 MATERIALES E  
 INSTRUMENTAL  
 ODONTOLÓGICO**

**PERO, POR FAVOR,  
 NO NOS CREA  
 Y VENGA A:**



**emporio  
 dental s. a.**

**JUNIN 1007 (COD. POSTAL 1113)  
 T. E. 83-9340/9372 BUENOS AIRES**

**Atención de Pacientes  
 en las Clinicas del  
 Ateneo Argentino  
 de Odontología**

**ODONTOLOGIA:**

Martes, jueves y sábados de 8:30 a 11:30.

**ORTOPEDIA:**

Lunes, miércoles, viernes y sábados de 8:30 a 11:30.

**ODONTOPEDIATRIA:**

Lunes, miércoles y viernes de 8:30 a 11:30.

**CIRUGIA:**

Martes, jueves y sábados de 8:30 a 10.

**ENDODONCIA:**

Miércoles, de 8:30 a 11:30.

**PROTESIS:**

Martes, de 8:30 a 11:30.

**DISFUNCIÓN TEMPORO - MANDIBULAR:**

Miércoles, de 8:30 a 11:30.

**En la filial Rosario**

Sábados, de las 8:30 a 11:30  
 3 de Febrero 1274, Rosario

# Sergio Trajtenberg

## ARTICULOS DENTALES

### Materiales - Equipos - RX - Turbinas

#### OFERTA DEL MES

|  |     |        |
|--|-----|--------|
| Equipo odontológico con<br>compresor 3/4 ..... | \$a | 15.000 |
| Idem c/sillón eléctrico .....                  | \$a | 19.000 |
| Anticipo y 5 cuotas                            |     |        |

#### 3 CUOTAS SIN INTERES

|                             |     |       |
|-----------------------------|-----|-------|
| Amalgamador .....           | \$a | 890   |
| Torno colgante 1/4 .....    | \$a | 820   |
| Turbina .....               | \$a | 850   |
| Micromotor .....            | \$a | 1.500 |
| Cavitador .....             | \$a | 1.700 |
| Soldadora .....             | \$a | 890   |
| Ventura III X 250 grs. .... | \$a | 1.200 |

*Y como siempre, la comodidad  
de una cuenta corriente muy flexible.  
Estamos todos los días de 8.30 a 12.30  
en el Ateneo, Anchorena 1176*

*Radiollamado, Sistema Automático: 774-6636 y 2722.  
Sistema Manual: 774-2892 y 2792 - 771-2888. Código: 23.654*

**NSK** NAKANISHI DENTAL MFG.

**NSK** **La tecnología**

**W&H** **ES EXCEPCIONAL**  
**EXTRAORDINARIO ES EXCELENTE**

**Los pone amarillos De ENVIDIA**

**PERO**

**MM** **MICRO REGA**

JASMINOY S.A.C.I.  
CORDOBA 2056  
1120 BUENOS AIRES  
46-0633 • 49-5988

# Guía de Erupción Dentaria por el Método de Desgaste

Doctoras HENJA F. DE RAPAPORT Y RAQUEL Z. DE KIRZNER.

Los progresos obtenidos merced a los avances científicos han permitido un conocimiento más exacto de la etiología de las principales enfermedades que los odontopediatras enfrentan a diario y su resultante ha sido un notable incremento de las tendencias preventivas en el ejercicio profesional.<sup>(1)</sup>

Esta conducta se ha manifestado cada vez más responsablemente en el manejo de la prevención de caries y enfermedades gingivoperiodontales, las cuales, por su elevado índice de prevalencia y mortalidad dentaria, justifican tal actitud.

No obstante, es necesario señalar que no existe aún entre los odontopediatras similar atención en torno de la prevención de las maloclusiones, circunstancias ésta que induce a considerar la necesidad de ahondar en el estudio de los problemas relativos a la oclusión<sup>(2)</sup> y, consecuentemente, promover su aplicación práctica en la tarea cotidiana.

El odontólogo que atiende a un niño deberá realizar su tarea con miras a una oclusión adulta en la que armonicen morfología, función y estética<sup>(3)(4)</sup>. A esta oclusión óptima puede llegarse mediante el conocimiento del crecimiento y desarrollo de los maxilares, de la manera en que se organizan los perímetros de los arcos y la secuencia de la erupción.

## ACORTAMIENTO DEL ARCO

El perímetro del arco es más crítico

26 — Ateneo Arg. de Odontología

en el maxilar inferior que en el superior debido a: 1) la tendencia a la mesioerusión de las piezas laterales; 2) el recambio de los incisivos inferiores que se ubican más hacia lingual, y 3) la mesioerusión temprana y tardía, según Baume, de los primeros molares inferiores.

Estas razones originan en el maxilar inferior una tendencia a la disminución del perímetro del arco, lo cual no ocurre de igual modo en el superior.

Las arcadas dentarias, por su función y por la época en que se organizan, se dividen en 3 zonas: **anterior, lateral y posterior.**

La zona anterior es la primera en organizarse: ello ocurre entre los 6 y 8 años. Esta es una época sensible<sup>(5)</sup> y una región sensible. Los primeros signos de algunas maloclusiones se diagnostican frecuentemente en el momento de la erupción de los incisivos inferiores. La terapia de supervisión de espacios comienza en esta época y debe sincronizarse adecuadamente con el desarrollo dentario.

El segmento ánterosuperior está sostenido por el arco anterior mandibular, que se ha formado con antelación, proporcionando los topes funcionales contra los cuales erupcionan los incisivos superiores permitiendo a la mandíbula, a través de los reflejos propioceptivos, los movimientos ánteroposteriores y de apertura y cierre.

Volumen XVIII — N° 1 — Enero - Junio 1983

HENJA F. DE RAPAPORT Y RAQUEL Z. DE KIRZNER.

De ahí que se deba supervisar el acomodamiento de las piezas dentarias para que no se produzcan apiñamientos ni giroversiones que provocan acortamientos del perímetro del arco.

Los incisivos inferiores deben ubicarse de modo que sus bordes incisales formen una línea continua. De no ser así, debido a la presencia de apiñamiento y/o giroversiones, las piezas de recambio de la zona lateral migran hacia mesial y los caninos permanentes, ante esta situación, quedan vestibulizados.

La zona lateral comprende caninos, premolares y el primer molar.

Los caninos correctamente ubicados guían a los movimientos laterales de la mandíbula.

El desarrollo favorable de la oclusión en esta región depende mayormente de 3 factores:

- a) Una favorable secuencia de erupción.
- b) Una favorable relación tamaño-diente.
- c) Espacio disponible satisfactorio.

## SECUCENCIA

La secuencia de erupción más favorable en la mandíbula es la que surge del siguiente orden de aparición de las piezas dentarias:

- 1°) Canino
- 2°) Primer premolar
- 3°) Segundo premolar
- 4°) Segundo molar

Afortunadamente, esta secuencia es una de las más frecuentes.

Al erupcionar los caninos tienden a mantener el perímetro del arco e impedir la inclinación lingual de los incisivos. Cuando los incisivos se inclinan, pierden los topes céntricos con los superiores y se extruyen. En consecuencia, resulta importante guiar a los caninos a su ubicación conveniente de neutroclusión.

Volumen XVIII — N° 1 — Enero - Junio 1983

## DESCRIPCION DE LA TECNICA PARA GUIAR LA ERUPCION DE LAS PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES CUANDO EMPIEZA LA ERUPCION Y HAY APIÑAMIENTO

Se trata de un procedimiento que, por lo sencillo puede ser efectuado sin mayor dificultad por el odontopediatra.

Es necesario, previamente, determinar el espacio disponible en las arcadas dentarias superior e inferior y el espacio requerido, a cuyo efecto pueden utilizarse indistintamente los índices de Nance o Moyers.<sup>(6)</sup> Si el espacio disponible es satisfactorio para ubicar todas las piezas dentarias permanentes, se procede a la realización de la técnica; en caso contrario, el paciente deberá ser derivado al ortodontista.

Las etapas a seguir son las siguientes:

1) Guiar la ubicación de los  $\frac{1}{2}$ , porque son las primeras piezas que interviene en el proceso de recambio.

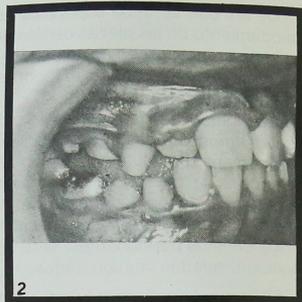
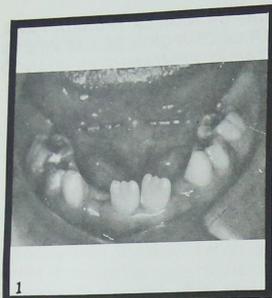
Si los  $\frac{1}{2}$  erupcionan apiñados, se procede a extraer los  $\frac{1}{2}$  (Fig. 1, 2 y 3). Más tarde, en vísperas de la erupción de los  $\frac{1}{2}$ , se realiza el desgaste de la cara mesial de los  $\frac{1}{2}$ , según sea la arcada dentaria afectada.

No se aconseja extraer los  $\frac{1}{2}$  para evitar que se produzca el colapso o inclinación hacia lingual de los  $\frac{1}{2}$ . Es conveniente, en cambio, desgastar los  $\frac{1}{2}$  aun a riesgo de aproximarnos excesivamente al tejido pulpar, en cuyo caso se utilizará la técnica del formocresol evitando así la extracción.

## TECNICA

a) Medir con calibre o compás de punta seca el ancho mesiodistal del incisivo lateral en la radiografía y el ancho del espacio requerido. La diferencia permite conocer la cantidad de mm que es necesario obtener para que los incisivos late-

Ateneo Arg. de Odontología — 27



rales se ubiquen correctamente una vez erupcionados.

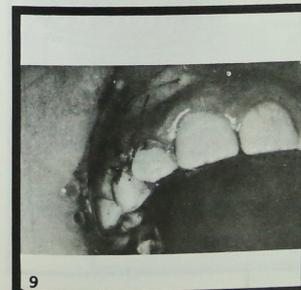
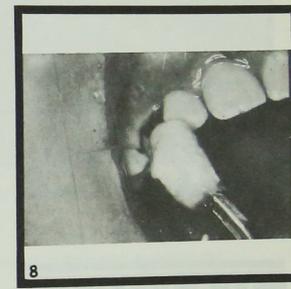
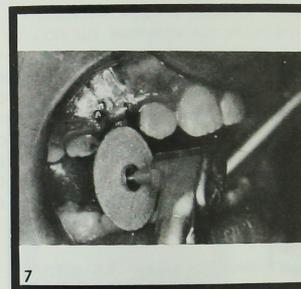
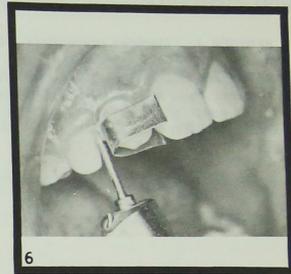
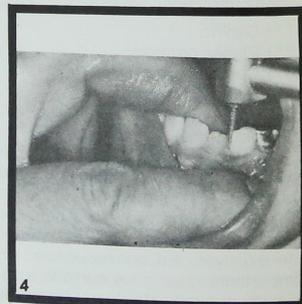
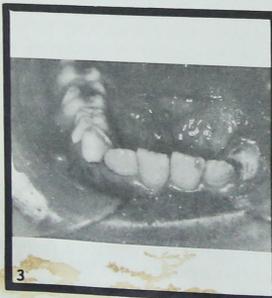
b) El desgaste de los  $\frac{+}{+}$  se realiza con una piedra troncocónica fina y larga. (Figs. 4-5). Para evitar posibles lesiones producidas accidentalmente por el desgaste sobre las superficies de las piezas ya erupcionadas, se las protege con una cinta metálica. (Fig. 6)

c) Los dientes desgastados son pulidos con discos de papel de grano fino. (Fig. 7)

d) Las superficies desgastadas se topan con flúor. (Fig. 8-9)

2) Cuando están por erupcionar los  $\frac{+}{+}$  se procede de igual modo, es decir, se desgasta la cara mesial de los  $\frac{+}{+}$  y se usa el mismo criterio respecto de la vecindad pulpar mencionado anteriormente.

3) Para facilitar la erupción de los  $\frac{+}{+}$ , se actúa de la misma manera con los  $\frac{+}{+}$  Fig. 10-



## BIBLIOGRAFIA

1. BERNIER J.: "Medidas preventivas". Edit. Mundi, 1ª Ed. 1977. Pág. 159.
2. RAPAPORT H., KIRZNER R. y LUFTMAN N.: "Prevención de maloclusiones: Mantenimientos de espacio". Rev. del Ateneo Arg. de Odont. Vol. XVI N° 2 1980.
3. ZIELINSKY L.: "Oclusión y Ortodoncia". Rev. Soc. Arg. de Ortodoncia N° 78 1975.
4. ZIELINSKY L.: "Crecimiento, desarrollo y maduración" Rev. Ateneo Arg. de Odontología. Vol XVI N°1 1980.
5. MOYERS R.: "Manual de Ortodoncia" Edit. Mundi, 1ª Ed. Pág. 228.
6. MOYERS R.: Ob. Cit. Pág. 372.

# Vaicrón®

ACRILICO PARA  
BASE DE DENTADURAS



# VAICEL

ACRILICO AUTOCURABLE PARA REPARACIONES

Producidos por

SOLICITELOS  
A SU PROVEEDOR HABITUAL

# Vaicerit

S.A.

Llallalol 1193 - Lanús Oeste - Tel. 241 - 1907

## CASUÍSTICA

# Ameloblastoma de la Región Incisiva Mandibular

DOCTORES MARIO D. TORRES, CARMELO I. BOTTERO, NESTOS J. BLANCO

## PRESENTACION DEL CASO CLINICO. SEÑOR A.B., VARON, 52 AÑOS.

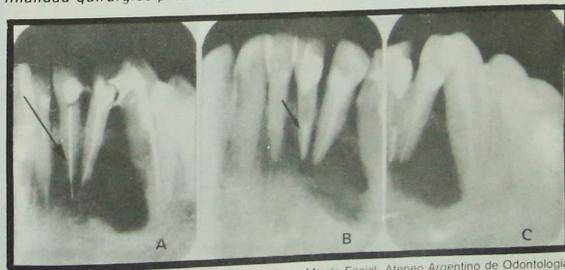
El paciente llega a nuestra consulta (+) con un aumento de volumen por vestibular de la zona de incisivos y canino inferiores derechos (Fig.1). La radiografía periapical muestra una amplia imagen osteolítica que involucra los dientes mencionados. Se habían efectuado ya los tratamientos endodónticos del incisivo lateral y del canino, y al intentar realizar el del incisivo central se



Fig. 1 Aspecto clínico: aumento de volumen por vestibular de incisivos y canino derechos

Fig. 2 A. Imagen radiográfica de la lesión. Obsérvese la lima rota en apical del incisivo central.

B.C. Se extrajo lima rota y se realizó el tratamiento de conducto del incisivo central con finalidad quirúrgico-protética. En B, polo mesial y en C, polo distal en la lesión



\* Servicio de Cirugía Buco-Maxilo-Facial. Ateneo Argentino de Odontología.

fracturó una lima en el nivel del tercio apical (Fig. 2-A).

### RESCATE DEL INSTRUMENTO Y T.C. DEL INCISIVO CENTRAL

Se rectificó la cavidad de apertura en el incisivo central y se consiguió retirar el trozo de instrumento (Fig. 3) con la ayuda de agentes químicos (R.C.Pre.), lavajes con hipoclorito de sodio con agua oxigenada y limas lisas 0 y 00.

Inmediatamente se hizo la preparación biomecánica del conducto ensanchándolo hasta el instrumento N° 100. Se obtuvo con finalidad quirúrgico-protética mediante cemento de fosfato timolado y conos de gutapercha (Fig. 2-B y 2-C).

### PRIMERA INTERVENCION QUIRURGICA

Con la interpretación clínico-radiográfica de quiste apical que abarcaba las piezas dentarias mencionadas y divergencia radicular del incisivo lateral y del canino (Fig. 4 y 5), se planteó la operación con incisión de Newman, desprendimiento del colgajo y eliminación de una membrana con contenido li-

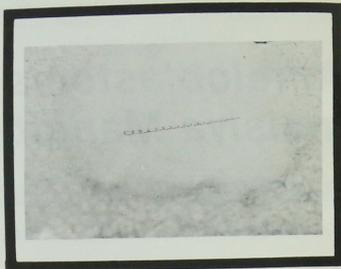
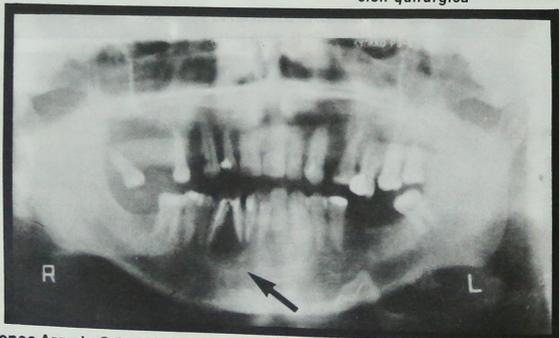


Fig. 3 El trozo de instrumento rescatado

quido (Fig. 6). Macroscópicamente se observó la consistencia lábil de dicha membrana y su firme adherencia al colgajo, además de un lecho óseo reblandecido, todo lo que hizo sospechar que se trataba de una entidad patológica distinta a la supuesta en principio; presunción acentuada por la cicatrización tórpida, movilidad dentaria y denudamiento radicular advertidos en el posoperatorio inmediato (Fig. 7).

Fig. 4 Radiografía panorámica inmediatamente antes de la primera intervención quirúrgica



### DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

El análisis histológico realizado en la Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológica de Odontología de Buenos Aires, dio como diagnóstico: ameloblastoma, aconsejando un margen de se-

### INTERVENCION

Después de la primera intervención se realizó la resección ósteo-periosteal que comenzó desde el canino derecho hasta el incisivo central izquierdo (Fig. 8) incluyendo los tejidos blandos de recubrimiento vestibular y lingual. Se rellenó la cavidad con gasa yodoformada apoyada con suturas para guiar la cicatrización, cuyo primer estadio se observa en la (Fig. 9).

### EVOLUCION

En el postoperatorio inmediato se comprobó cicatrización de los tejidos blandos (Fig. 10) y la imagen radiográfica de reparación ósea en el piso de la cavidad (Fig. 11).

### DISCUSION

Con criterio autocrítico, se replanteó el análisis radiográfico frente al diagnóstico histológico advirtiéndose en la imagen osteolítica (Fig. 2-A) un contorno ligeramente festoneado en el nivel de mesial del canino y del polo inferior de la lesión sin cortical radiográficamente demostrable hacia mesial de dicho polo inferior. Sin dejar de exaltar este hecho surgido de la correlación histológico-radiográfica, no queda por ello invalida-



Fig. 5 Radiografía oclusal de la lesión. Obsérvase la divergencia radicular



Fig. 6 Cavidad operatoria de la primera intervención

do el inicial diagnóstico presuntivo de quiste, al tener en cuenta —además— la ubicación de la lesión. Las estadísticas certifican que si bien más del 80% de los ameloblastomas se localizan en la mandíbula, de ellos el 70% se encuentra en el ángulo y la rama ascendente, el 20% en la región premolar y sólo el 10% en la zona de incisivos.

Desde el punto de vista de la macroscopía intraoperatoria, el comportamiento



Fig. 7 Cicatrización tórpida con desnudamiento radicular después de la primera operación



Fig. 9 Estado de la cicatrización al retirar la gasa yodoformada después de la segunda operación

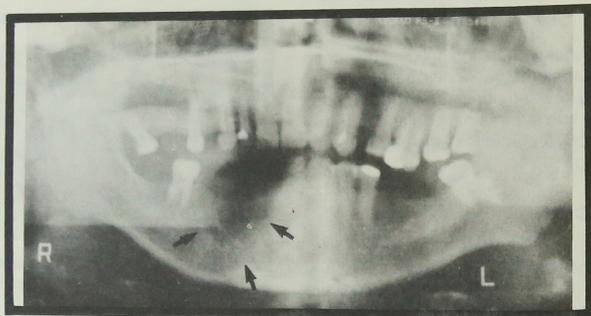


Fig. 8 Radiografía panorámica del postoperatorio inmediato de la resección con margen de seguridad

ya descripto de la pieza resecada en la primera operación indujo a modificar la presunción diagnóstica inicial. Esto se concilia con las características macroscópicas de los ameloblastomas, para los que se aceptan formas tanto sólidas cuanto quísticas.

La edad del paciente, 52 años, no es un dato importante pues la mayor inci-

dencia se registra entre los 35 y 45 años. No hay diferencias significativas respecto del sexo.

El enfoque quirúrgico se encuadró dentro de las normas habituales de analizar histopatológicamente toda lesión, efectuándose el tratamiento quirúrgico complementario que aconsejó el resultado del examen histológico.

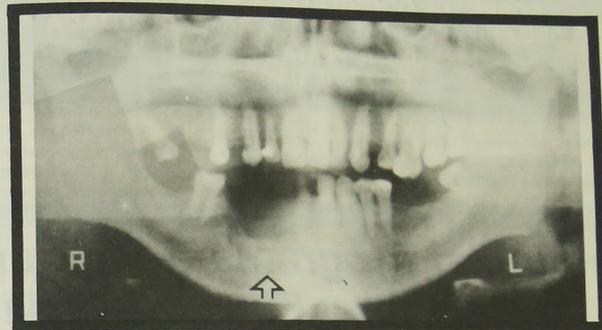


Fig. 11 Radiografía panorámica del postoperatorio. Obsérvese reparación ósea en el fondo de la brecha operatoria.



Fig. 10 Aspecto clínico del postoperatorio mediato

## RESUMEN

Se presentó un caso de ameloblastoma en la región de incisivos inferiores en un hombre de 52 años, operado inicialmente con presunción diagnóstica de quiste. Ante el diagnóstico histopatológico se efectuó la resección en bloque de la zona afectada con margen de seguridad. El postoperatorio mediato fue satisfactorio.

## BIBLIOGRAFIA

- BHASKAR S.A.: "Patología bucal", Edit. El Ateneo, 1971.  
 CABRINI R.L.: "Anatomía patológica bucal". Ed. Mundi, 1980.

IRBY W.B.: "Actualización en cirugía bucal". Ed. Mundi, 1981.

KILLEY H.C., L.W. y SEWARD G.R.: "Lesiones quísticas benignas de los maxilares, su diagnóstico y tratamiento". Ed. Mundi, 1979.

**ESTE TRABAJO FUE PRESENTADO  
POR EL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA  
EN LA 1ª CONFERENCIA NACIONAL  
SOBRE "LA ODONTOLOGIA EN LA SALUD",  
ORGANIZADA POR LA C.O.R.A. Y REALIZADA  
EN MAR DEL PLATA, DEL 1º AL 3  
DE ABRIL DE 1982.**

## ***Diseño del Programa Nacional de Prevención y Educación para la Salud. Propuesta del Ateneo Argentino de Odontología***

La Salud es el arte y ciencia de prevenir las enfermedades, disminuir la gravedad de aquéllas ya instaladas y de prolongar la vida del individuo.

Los programas de prevención deberán ser elaborados por el Estado con la participación activa de los profesionales efectores del mismo, instituciones representativas y comunidad, e insertados en los programas de salud de nivel nacional.

Si bien en un plan de prevención de nivel nacional se deberá realizar la centralización de la planificación en la puesta en marcha de éste, se tendrán en cuenta también las características particulares de la región.

Los objetivos para tener en cuenta en la realización de un plan de salud, serían fundamentalmente: 1) La concientización sobre la necesidad de atención; 2) La solución a los proble-

mas de asistencia primaria de las enfermedades provocadas por la placa bacteriana y maloclusiones; 3) La prevención de las enfermedades de nivel bucal en la República Argentina.

Es decir, que es necesario que la población tenga conocimiento e información de que la salud oral juega un papel muy importante para el logro de su salud general y que es posible la prevención de los problemas bucales con un porcentaje altamente positivo de disminución de las afecciones o de la gravedad de las mismas. Esto se lograría con la difusión y educación necesarias que se debería realizar a través de los medios masivos de comunicación en escuelas, centros materno-infantiles, hospitales, etcétera.

Para realizar el tratamiento de las afecciones, es condición básica definir las prioridades de atención que te-

nemos en nuestro país y, de acuerdo con ellas, asistir la enfermedad, que estaría fundamentalmente dirigida a aquéllas provocadas por la placa bacteriana y maloclusiones. En este momento, y dadas las condiciones, se debería comenzar por el tratamiento preventivo y curativo de los sectores materno-infantil y escolar (preescolar, escolaridad primaria y secundaria).

Dentro de los métodos preventivos, además de la divulgación masiva, se pondrá en práctica en Capital Federal la ley 21.176 que versa acerca de la fluoración de las aguas, método de bajo costo per cápita y alto rendimiento.

Los recursos humanos con que cuenta Salud Pública, es decir, los profesionales ya abocados a la tarea de atención en ese nivel serían, luego de asistir a seminarios de actualización, los efectores de tales planes, y en caso de no ser suficientes en número, se abrirían concursos para cubrir las necesidades establecidas previamente. Debe ser destacado en este punto el rol de las facultades de odontología en la formación de una conciencia y actitud preventiva en los próximos profesionales. Este tema deberá ser de amplia difusión en las instituciones odontológicas en sus cursos de posgrado.

Los recursos materiales obviamente saldrían de los recursos económico-financieros y éstos, sin lugar a dudas,

deberán ser como corresponda, separados del presupuesto nacional.

Dentro de los recursos físicos, serán utilizadas las infraestructuras existentes tanto en Sanidad Escolar como en los hospitales que se hallan en funcionamiento. Puesta en marcha de convenios existentes entre Sanidad Escolar y hospitales municipales para la atención de la población escolar. De ser necesario podría agregarse la atención en el nivel de consultorios privados, previamente contratados a tales efectos.

La evaluación de este programa de salud podrá realizarse mediante diferentes índices, y el estudio de las modificaciones conseguidas durante la realización del programa, darán las pautas de los resultados obtenidos.

Aconsejamos la realización de este programa de salud en forma prioritaria en el nivel materno-infantil y escolar, con planes de atención dirigidos a la población escolar del país. Deberá realizarse, en el área escolar durante el período lectivo, y en el área materno-infantil tendrá que extenderse hasta completar el período de lactancia.

Esta planificación que está dirigida a sólo dos sectores de la población, es una parte de un planeamiento totalizador y es, por lo tanto, lo que permitirá la puesta en práctica de la misma en forma inmediata, dejando el resto para un tiempo más mediato de ejecución.

# Capítulo: Salud Pública

## INSERCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA EN LA SALUD PÚBLICA

Enmarcada en una honda crisis social, económica y política se inserta una tristemente prolongada crisis sanitaria que afecta profundamente a las dos vertientes que conforman el sector salud: la población, con un retroceso ascendente de las posibilidades de acceder a la atención odontológica y la confusión de los odontólogos que se debaten entre la responsabilidad ética de mejorar la salud de los individuos, la actualización permanente frente a las múltiples ofertas de un gran desarrollo científico-técnico y la práctica en un medio donde lo característico es la inestabilidad, la competición entre colegas y el manejo de un nomenclador.

La interrelación entre política de salud y ejercicio de la práctica, es permanente e indivisible, de allí la importancia que la C.O.R.A. llama a esta conferencia para debatir sobre el tema de la inserción de la odontología en esa política, forma parte del desafío a las asociaciones profesionales para contribuir a que se adopten posiciones justas en este complicado panorama.

Sin desconocer las dificultades del abordaje del tema, quisiéramos acercarnos a la discusión abierta algunos reconocimientos previos.

### LA SALUD ES UN DERECHO

La promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud constituye, como lo afirma la Declaración de los Derechos Humanos y la O.M.S., un derecho inherente al ser humano, consecuentemente el Estado, mediante la legislación, debe asegurar y garantizar condiciones mínimas económicas, culturales y sociales que posibiliten su goce en condiciones de igualdad.

De esto se desprende la necesidad del reconocimiento del papel del Estado en su responsabilidad del gobierno del sector, y consecuentemente la dedicación de recursos financieros y de formación de recursos humanos, entendiendo que Gobernar será sinónimo de servir y la función pública una ocasión para lograr un mayor y mejor desarrollo del hombre (J. Mera).

Cualquier sistema que se decida necesitará coordinar los efectores, definir prioridades, ubicar la función del hospital, complementar servicios, afrontar programas de prevención y promoción que nunca serán afrontados por el sector privado ni por la seguridad social.

### PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

La necesidad de la participación de técnicos y comunidad no es hoy discutida, la experiencia vivida con la Ley de Obras Sociales y las posiciones críticas de las instituciones médicas son recientes, pero efectivizar esa participación requiere el marco de la democracia.

El problema salud exige la discusión en concreto para conseguir soluciones específicas viables, y a partir de las necesidades de atención de cada lugar del país. El ejercicio de la democracia que esto presupone compromete a las instituciones profesionales a encontrar las formas organizativas que comprometa a la matrícula en su totalidad, en la participación.

### INTEGRACIÓN ODONTOLÓGICA: PLANES DE SALUD

Un programa odontológico no puede concebirse sino integrado en un plan de salud, que respetando derechos sectoriales armonice objetivos. Por eso consideramos importante incentivar las discusiones con todos los sectores profesionales del área de salud, para abocarse al estudio de soluciones a la crisis sanitaria. La C.G.P. puede ser organismo propiciatorio para estos análisis, en tal sentido deseáramos que esta conferencia se haga eco de este pedido y tome las medidas organizativas correspondientes.

### INTERRELACION DEL NIVEL DE VIDA-SALUD

La interrelación del nivel de vida-salud se halla en la base de toda consideración sobre planes de salud, y ella se expresa

en la concepción con que se orienta el desarrollo económico-social. Sólo definiendo ese contexto podemos seriamente integrar la cuestión salud.

- 1 - Abocarse al estudio de planes a corto plazo que surjan de las inquietudes vertidas en verdaderas reuniones sanitarias locales, en la que debe lograrse la participación de los funcionarios oficiales, de miembros de las FF.AA. y de la Iglesia y que junto con el pueblo se comprometan a contribuir al éxito de los planes de mejorar la cantidad y calidad de las atenciones, por lo menos, en lo inmediato, para los sectores más vulnerables de la población y los más desprotegidos.
- 2 - Mejorar funcionalmente todo lo que existe en materia de dispensación de asistencia en los tres subsectores: coordinar y completar funciones con disposición a salvar los ineludibles aspectos conflictivos.
- 3 - Detener el proceso de destrucción del hospital público y no innovar en leyes de obras sociales o de seguro de enfermedad, hasta tener discutida la gran política nacional en salud.
- 4 - Lograr el apoyo financiero y organizativo del Estado para solventar las situaciones críticas de establecimientos y formas asistenciales cuya utilidad social es localmente probada. Disponer oficialmente recursos de emergencia.
- 5 - Es parte importante que entre estos planes, los médicos, asumiendo un nuevo papel, expliquen a la ciudadanía la naturaleza de la crisis que padecemos y el necesario rol de la comunidad y de las técnicas en la superación de la misma. Al generalizarse esto, que llamo de abordaje de la cuestión, se crea naturalmente la re-

*ceptividad popular a toda información general que sea útil a la dilucidación de problemas específicos: formas de seguro de enfermedad, variantes de financiación, etc. para que entren en el debate y se vayan definiendo ideas de donde extraer posiciones sobre qué es lo que necesita y prefiere el pueblo argentino en materia de soluciones. Pero en tanto no innovar y si poner en marcha las decisiones aparentemente pequeñas y medianas de carácter local que han demostrado tener calidad urgente según las particularidades regionales.*

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Neri Aldo. La medicina en el mundo. Medicina y Sociedad. Vol. 2, N° 1. Buenos Aires.
- 2 - VII y VIII Congresos Args. de Medicina Social. An. Arg. de Medicina. Buenos Aires 1971.

### "INSERCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA EN LA SALUD PÚBLICA" Y "DISEÑO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD"

Trabajos presentados en la "1ª Conferencia Nacional sobre la Odontología en la Salud" y la "IV Reunión de la Comisión Nacional de Prevención y Educación para la Salud". Mar del Plata, 1º, 2 y 3 de abril de 1982, por la Comisión Socio-Económica. *Autores:* Mario Beszkin, Haydée Fligler, Diana Kaplan, Beatriz Lewkowicz, Eva Schilman, Clara Szeinberg.

- 3 - Mera Jorge. Gobierno y Administración en el Sector Salud. Medicina y Sociedad. Vol. 2, N° 1. Buenos Aires.
- 4 - A. Elena, I. V. La Política en Salud y los Médicos. Ensayo sobre una realidad nacional. III Congreso Sudamericano y I Congreso Argentino de Administración Hospitalaria.

|                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Correo<br>Argentino<br>Suc. 12 | TARIFA REDUCIDA<br>Concesión 2231 |
|                                | FRANQUEO PAGADO<br>Concesión 4760 |

TRABAJO PREPARADO POR EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SOCIAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA PARA EL V CONGRESO SOCIO-ECONOMICO DE LA CONFEDERACION ODONTOLOGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA. BUENOS AIRES, DEL 22 AL 24 DE MAYO DE 1983.

## INSERCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

### LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL

#### OBRAS SOCIALES

#### A) UN POCO DE HISTORIA

Las formas de afrontar los problemas de atención médica de la gran mayoría de la población, han pasado de la beneficencia y de la asistencia pública a distintas modalidades de organización de la solidaridad social, con grados variables de participación estatal.

Puede afirmarse que las formas dependientes de la solidaridad: mutualidades, cooperativas, seguros de enfermedad o de salud, fueron surgiendo a medida que la atención médica desplegada por la beneficencia y las formas de asistencia pública iban siendo insuficientes e ineficaces.

En nuestro país, las llamadas obras sociales fueron formas organizativas de asistencia médica y social de grupos humanos frente a la creciente inoperancia de la organización estatal. Así pues, se estimuló en un principio el aporte voluntario de trabajadores y empleadores para organizar su atención. En 1970, el sistema fue institucionalizado por leyes especiales: la N° 18.610, que lo hacía obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia, y la N° 19.032, que lo imponía para jubilados y pensionados. De esta manera, se oficializó en el país un **seguro obligatorio de enfermedad**.

Es importante destacar que, puesto que esta ley prácticamente obligó a las asociaciones profesionales de trabajadores a crear sus respectivas obras sociales, el número de las mismas tuvo un gran incremento. Hasta 1969, en un lapso de unos 25 años, se constituyeron alrededor de 120 entidades, mientras que en virtud de la nueva legislación, en sólo 4 años (de 1970 a 1974) aparecieron otras 194; casi todas, obras sociales sindicales.

#### B) DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN LAS OBRAS SOCIALES

Estas leyes no formaron la parte racional de un plan de salud; tampoco contribuyeron a facilitar mejor calidad de atención. Sin embargo, facilitó el acceso a la atención médica y otros beneficios sociales a importantes sectores de la población.

Al carecer este sistema de suficiente equipamiento propio para asumir sus funciones de atención, comenzaron a surgir organizaciones comerciales que, en definitiva, concentraron la mayoría de los contratos de asistencia. Por otra parte, no se desarrollaron concomitantemente con este sistema mecanismos de autocontrol eficientes ni tampoco supervisión estatal.

La existencia de tres subsectores asis-

tenciales: estatal, de obra social y privado, no coordinados entre sí, complicaron el panorama de acceso a la asistencia para el grueso de la población. De esta manera, se llegó a la estructuración de un complejo asistencial ineficaz; carente de equidad e incapaz de garantizar el derecho a la asistencia médica.

### C) CRISIS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

La práctica ha demostrado que la seguridad social financiada exclusivamente por aportes de trabajadores y empleadores, en porcentaje de sus salarios, llevó a la crisis financiera del sistema, porque los costos de las prestaciones aumentan en mayor proporción que los salarios. Esta desproporción, se acentúa en la actualidad porque las remuneraciones de los trabajadores han quedado en el nivel más bajo de los últimos cincuenta años en relación al ingreso na-

cional, y por el alto nivel de desocupación y subocupación. Además, a diferencia de lo que ocurre en el panorama mundial, el Estado no ha participado financieramente en el sistema.

### D) NUEVA LEY DE OBRAS SOCIALES (22.269)

En este panorama, surge la tan comentada y criticada nueva Ley de Obras Sociales, que no ha llegado a ser reglamentada debido a la fuerte oposición de todos los sectores involucrados en el tema.

Apuntaba fundamentalmente a la sustitución de las obras sociales donde los sindicatos obreros tienen importante participación de asistencia médica, favoreciendo la orientación de todo el mercado de atención hacia las organizaciones comerciales de salud, sin contemplar la participación activa de los beneficiarios y prestadores del sistema.

### PARTICULARIDADES DE LA RELACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA ODONTOLOGIA

#### LA INTERRELACION ENTRE POLITICA DE SALUD Y EJERCICIO PROFESIONAL ES PERMANENTE E INDIVISIBLE

*Las reivindicaciones y aspiraciones personales y profesionales de los odontólogos están íntimamente ligadas a las soluciones de los problemas de salud bucal de la población y en relación directa con el desarrollo económico y social de la nación.*

Una planificación sanitaria que tienda a cubrir mayores sectores de la población, profundizando su accionar y abarcando desde la prevención a la promoción incorporando la asistencia, no sólo dignificaría nuestro ejercicio profesional al permitirnos cumplir nuestro rol de agentes de salud, sino que además significa aumento y diversificación de fuentes de trabajo y, como consecuencia, un estímulo permanente hacia la

capacitación, la investigación y la docencia.

Desarrollo económico porque es la única posibilidad de contar con recursos suficientes y crecientes para cumplir con el objetivo de salud para todos para el Año 2000 y desarrollo social porque es el medio de crear un marco adecuado donde la indispensable participación de la comunidad se efectivice.

### OBJETIVOS DEL DEBATE

- \* Participar en el compromiso de la C.O.R.A. en la búsqueda de una doctrina de salud.
- \* Abrir canales de diálogo y participación de la profesión odontológica.

- b) Descongelamiento de cargos. Llamado a nuevos concursos.
- c) Poner en vigencia el compromiso de atención entre Sanidad Escolar y Hospitales Públicos, en especial para la población no asegurada.

#### • Para el sector paraestatal:

La importancia de este sector se pone de manifiesto si pensamos que la mayoría de la población está enrolada en la seguridad social y que, salvo en Capital Federal, la contratación de prestaciones se efectúa con las organizaciones profesionales en general.

- a) Activar la demanda en este sector, exigiendo la participación profesional en la elaboración, dirección e implementación de los programas asistenciales.
- b) El nomenclador contratado con las obras sociales debe contemplar todas las prestaciones incluidas en este programa.
- c) Denunciar y revertir las contrataciones desde el sector con organizaciones comerciales o listas cerradas de profesionales. Tomar el compromiso de las organizaciones profesionales para denunciar y frenar este modelo de contratación.

#### • Para el sector privado:

No escapa a nuestro conocimiento que el mayor equipamiento corresponde a este sector y que la mayor parte de nuestro ejercicio profesional está ligado a la seguridad social. De ahí la importancia de la participación de este sector en este plan.

- a) Contrataciones de las obras sociales a través de las organizaciones profesionales.
- b) Listas abiertas para todos los odontólogos.

#### • Instituciones profesionales:

La estructura disponible en las organizaciones profesionales debe ofrecerse para el cumplimiento de este programa

### PROPUESTAS

El ATENEO propone:

- 1) No innovar en la legislación sobre salud hasta que el nuevo gobierno canalic el debate nacional sobre el tema.
- 2) Medidas coyunturales ante la emergencia sanitaria, dirigidas a:
  - (a) Tratamiento de afecciones producidas por placa bacteriana y maloclusiones.
  - (b) Centrar dicho objetivo en el área materno-infantil, escolar y población bajo bandera.

### MEDIDAS INDIRECTAS

Instrumentación:

- I) Fluoración del agua de consumo y/o sal de consumo.
- II) Campaña de educación para la salud en forma permanente y sostenida, en:
  - (a) Medios masivos de comunicación.
  - (b) Escuelas.
  - (c) Obras sociales (lograr una demanda inducida).

### MEDIDAS DIRECTAS:

De asistencia odontológica desde la prevención a la curación de este sector de población.

**Instrumentación:** coordinar y lograr el máximo rendimiento de los siguientes sectores: Público, Paraestatales, Privado, Institucionales y de las Fuerzas Armadas.

#### • Para el sector público:

- a) Extensión del horario de atención odontológica de los consultorios del área pública, de 8 a 20.

efectivizando nuestra participación.

- **Fuerzas Armadas:**  
Organismos de sanidad militar para la atención integral de la población bajo bandera.
- **Recursos Financieros:**

### LA INTERRELACION ENTRE POLÍTICA DE SALUD Y EJERCICIO PROFESIONAL ES PERMANENTE E INDIVISIBLE. SALUD Y EJERCICIO ESTAN EN CRISIS.

En la actualidad podemos sintetizar el diagnóstico de los dos polos: política sanitaria y ejercicio profesional, diciendo que:

- La atención odontológica sólo llega a una mínima parte de la población, en contradicción manifiesta con la no utilización en pleno de los recursos humanos y estructura asistencial disponible (consultorios semivacios, servicios odontológicos hospitalarios trabajando cuatro horas, odontólogos subocupados, etc.).

Por otra parte, lo característico de nuestro ejercicio es el conflicto permanente entre la responsabilidad de transformarnos en verdaderos agentes de salud y la práctica en un medio donde el centro pasa por salvarnos de la inseguridad económica, la inestabilidad, la competencia y el manejo de un nomenclador, situación que se agudiza en las nuevas promociones.

### BREVE HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

La importancia que ha tenido ser consecuentes en el objetivo de lograr la concentración de los contratos con las obras sociales, por parte de las organizaciones odontológicas, se manifiesta en el aumento de las fuentes de trabajo (gran parte de la asistencia odontológica en el país corresponde a esta modalidad) con libre acceso a las listas de prestadores impidiendo, donde esto ha funcionado, la aparición de empresas comerciales de asistencia odontológica.

- a) Aumento del presupuesto para salud.
- b) Análisis de la estructura de ingresos y gastos de las obras sociales para su racionalización.
- c) Coparticipación estatal en la financiación de las obras sociales.

ca. Por otra parte, ha abierto la posibilidad del mejoramiento y extensión de la atención y la incorporación de programas preventivos en este subsector.

### ¿QUE SUCEDIO DONDE ESTA TENDENCIA NO FUE INCORPORADA?

No pretendemos conocer y analizar las múltiples variedades de relación de los odontólogos con el sistema, sólo deseamos centrar la atención en las más frecuentes que (en general) por no intervenir las organizaciones profesionales en la contratación deja de ser motivo de preocupación de nuestras organizaciones, a pesar de afectar a un número considerable de nuestros colegas y a un sector importante de la población; unos y otros víctimas del sistema y, en la mayoría de los casos, sin posibilidad de otra elección.

### LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA CAPITAL FEDERAL

Múltiples son los caminos que ha seguido este sector en la Capital Federal pero, sin duda, el más tormentoso por todos conocido y por pocos denunciado es el de la relevancia de las organizaciones comerciales para la asistencia odontológica. Sabemos que no se trata de la libre y tradicional asociación de un grupo de profesionales trabajando en equipo o compartiendo consultorios, para el mejor aprovechamiento de los equipos, si no, por el contrario, verdaderas organizaciones comerciales con fines

lucrativos con odontólogos en relación de dependencia **concentrando la mayoría de los contratos de obras sociales**, obtenidos en forma no muy clara y compitiendo con las organizaciones profesionales todas éstas sobre la tónica de entidades civiles **sin fines de lucro**. La oposición a este sistema no es sólo filosófica: **la mayor ganancia** no puede ser el centro en acciones de salud. Y recordemos que hablamos de la asistencia en un sistema como el de seguridad social, donde los recursos se obtienen por **descuento obligatorio** de todos los asalariados y de la clase pasiva. ¿Es justo que esos recursos financieros vayan a parar a organizaciones comerciales cuando no aseguran ni correcta asistencia, ni dignificación del trabajo profesional?

### ¿CUAL ES LA SITUACION DEL PROFESIONAL TRABAJANDO EN ESTAS EMPRESAS ASISTENCIALES?

Esta situación es preocupante, siendo centenares de odontólogos los que ejercen bajo esta relación a saber:

1. Desconocimiento de leyes laborales en vigencia para los trabajadores en relación de dependencia omitiendo todas las obligaciones que por derecho reglamentan esta relación laboral.
2. Remuneraciones no claras que abarcan trabajo "a comisión" sobre prestaciones; porcentajes sobre lo recaudado, con o sin sueldo básico, y con descuentos dirigidos a comisiones especiales que, en general, se destinan para "arreglos" con auditorías.
3. Recibos de sueldo apócrifos que van desde los no contabilizables hasta la negación de los mismos por parte de algunas clínicas.
4. Existencia de odontólogos distribuidores y orientadores, generalmente directores, que realizan la primera consulta y guardan para su beneficio aquellos tratamientos más remunerati-

vos distribuyendo el resto entre los colegas dirigidos.

5. Obligatoriedad de atención de una elevada cantidad de pacientes sin guardar correspondencia con el tiempo mínimo requerido para una correcta prestación.
  6. Desconocimiento de la obligatoriedad de asegurar estabilidad laboral, aportes jubilatorios, aguinaldos, vacaciones, cobertura por enfermedad.
- Aceptar una relación injusta es ser víctima de una injusticia, en la cual la relación paciente-profesional es la más perjudicada, en lugar de estar ubicada en el sitio más alto de la atención odontológica.

El paciente, razón de ser de la Seguridad Social, pasa a ser víctima de la misma por no ver satisfechos los beneficios prometidos que por derecho le corresponden.

El odontólogo, por ser menospreciados y abusados sus derechos profesionales pasando por un régimen de explotación laboral en el cual sólo es un número y un factor de producción económica en lugar de ser agente de salud, sin importar cualidad ni calidad profesional.

### FORMAS DE CONTRATACIONES DIRECTAS ENTRE LAS OBRAS SOCIALES Y PROFESIONALES

Existen dos modelos básicos de contrataciones directas que se efectivizan en el consultorio privado; son: 1.- Por capitación, 2.- Por nomenclador.

Veamos qué sucede con el PAMI, que ha elegido el sistema de capitación.

La realidad transcurre en un marco de referencia dado por dos formas de remuneración al profesional: una es la cápita, que obliga al profesional a una serie de prestaciones sin copago del asegurado. La insuficiencia y no actualización permanente de la cápita, hace que en la práctica el odontólogo trate de desactivar la demanda fomentando la derivación y realizando sólo lo ur-

gente y demandado por el asegurado.

Las otras prestaciones, cuyo pago está a cargo del asegurado (prótesis, por ejemplo), han llegado a un arancelamiento tal que, si bien "prima facie" son adecuadas para el profesional, son de escasa demanda por las dificultades económicas de los asegurados.

Sorprende por lo tanto que, en este sistema, la actualización arancelaria pase fundamentalmente por las prestaciones libradas al pago del afiliado.

Todas las buenas intenciones y la indudable importancia que ha tenido la incorporación de la clase pasiva dentro del régimen de seguridad social, están naufragando en la práctica por el modelo elegido. Por un lado, el odontólogo no encuentra incentivos para mejorar la atención odontológica, teniendo en la práctica un caudal teórico de pacientes al que no puede asegurarle salud bucal; por otro lado, el beneficiario no recibe la atención adecuada y necesaria.

Otra forma de contratación de la Obra Social con el profesional, en forma directa, es por prestación. Esta, si bien es más beneficiosa tanto para el profesional, dado que en el nivel remunerativo lo predispone a motivar la demanda, como para el beneficiario,

### ANTE ESTE CUADRO DE SITUACION, EL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

#### PROPONE

#### Para el Servicio de Seguridad Social:

- 1) Derogar la Ley 22.269.
- 2) No innovar en la legislación hasta que el nuevo gobierno canalice el debate nacional sobre el tema.
- 3) Establecer para las obras sociales un plan de coordinación y complementación de servicios a los fines de instrumentar una Política Sanitaria Odontológica que abarque desde la prevención a la rehabilitación, definiendo

ya que esto se traduciría en una atención más preventiva e integradora; para que esta intención se transforme en realidad, sería necesario una campaña de promoción de la salud dentro de la Obra Social, la obligatoriedad de programas preventivos para lograr la incentivación de la demanda, una auditoría a la que no sólo le compete la tarea fiscalizadora administrativa sino la orientación del paciente con la finalidad de que sea atendido no sólo con un criterio restaurador sino, además, en el momento oportuno y con criterio preventivo.

La inseguridad de esta fuente de trabajo está dada por:

- a) Los contratos son de sólo uno o dos años, con la posibilidad de ser anulados por una sola de las partes, con la única obligatoriedad de un preaviso de 30 días.
- b) La demora en la efectivización del pago.
- c) La no existencia de relación de dependencia acarreado, como consecuencia, la carencia de todos los beneficios de la seguridad social.
- d) No sentirse respaldado por las organizaciones profesionales ante esta problemática.

prioridades.

- 4) Exigir la participación profesional en la elaboración, dirección e implementación de los programas asistenciales.
- 5) Auditoría odontológica que no sólo le compete la tarea fiscalizadora-administrativa, sino la orientación del paciente para ser atendido en el momento oportuno y con criterio integrador.
- 6) Análisis de la estructura de ingresos, gastos del servicio de seguridad social para su racionalización.

- 7) Coparticipación estatal en la financiación de las Obras Sociales.

#### PROPONE

#### Para la relación Odontólogo-Entidades Profesionales-Obras Sociales:

- 1) Concentración de los contratos con las obras sociales por parte de las organizaciones profesionales odontológicas. Denunciar y revertir las contra-

taciones del sector con organizaciones comerciales o listas cerradas de profesionales.

- 2) Compromiso de las organizaciones profesionales en la defensa de todas las formas del ejercicio profesional, abriendo los caminos de participación.
- 3) Impulsar la reglamentación laboral de los odontólogos en las diversas formas de relación de dependencia.

## INFORMACIONES

### SEXTAS JORNADAS DEL ATENEO

En celebración del XXX Aniversario de su fundación, el Ateneo organiza sus SEXTAS JORNADAS, que se realizarán en Mar del Plata del 3 al 6 de noviembre próximo. Informes en Secretaría, Anchorena 1176, de lunes a sábados de 8 a 12.

### BODAS DE ORO DE "EL COOPERADOR DENTAL"

"El Cooperador Dental", revista de "La Dental Argentina Cooperativa Ltda", cumple cincuenta años de existencia. El Ateneo Argentino de Odontología se adhiere a la celebración con votos de sucesivos éxitos.

### PRIMERAS JORNADAS SOBRE LA COMUNICACION EN LA ODONTOLOGIA. PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE REVISTAS ODONTOLOGICAS

La Federación Odontológica de la provincia de Buenos Aires organiza la reunión del título en adhesión a 1983. "Año Mundial de las Comunicaciones", que se realizara en Buenos Aires del 11 al 13 de agosto. Informes, Lavalle 1447, 2° cuerpo, 5°, "K"; 1048, Buenos Aires.

### DOCTORA SUSANA VARAN

El Ateneo ha perdido, con el fallecimiento de la doctora Susana Varán, a una distinguida consocia y a una asidua concurrente a sus cursos, clínicas y reuniones. Su trayectoria en la institución deja un hondo vacío en todos aquellos que frecuentaron su cordial amistad, así como en el Tribunal de Honor que integraba.



**Sr. Lector:**

**le debíamos  
las muestras gráficas  
de las Quintas  
Jornadas de Rosario,  
publicadas en el número  
anterior de la revista,  
y aquí las tiene.**



Foto 1: El presidente del Ateneo, doctor Miguel Stratas, inaugura la Quinta Jornada del Ateneo Argentino de Odontología. Lo acompañan, el presidente del Comité Organizador, doctor Elías Beszkin, a su izquierda, y el presidente de la filial Rosario del Ateneo, doctor Héctor Darigo

Foto 2 y 3: Parte del público asistente a la Jornada, en el teatro UDECOOP



# ernex

Nuevo concepto en terapéutica orofaríngea



**Indicaciones:**

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

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

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

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

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

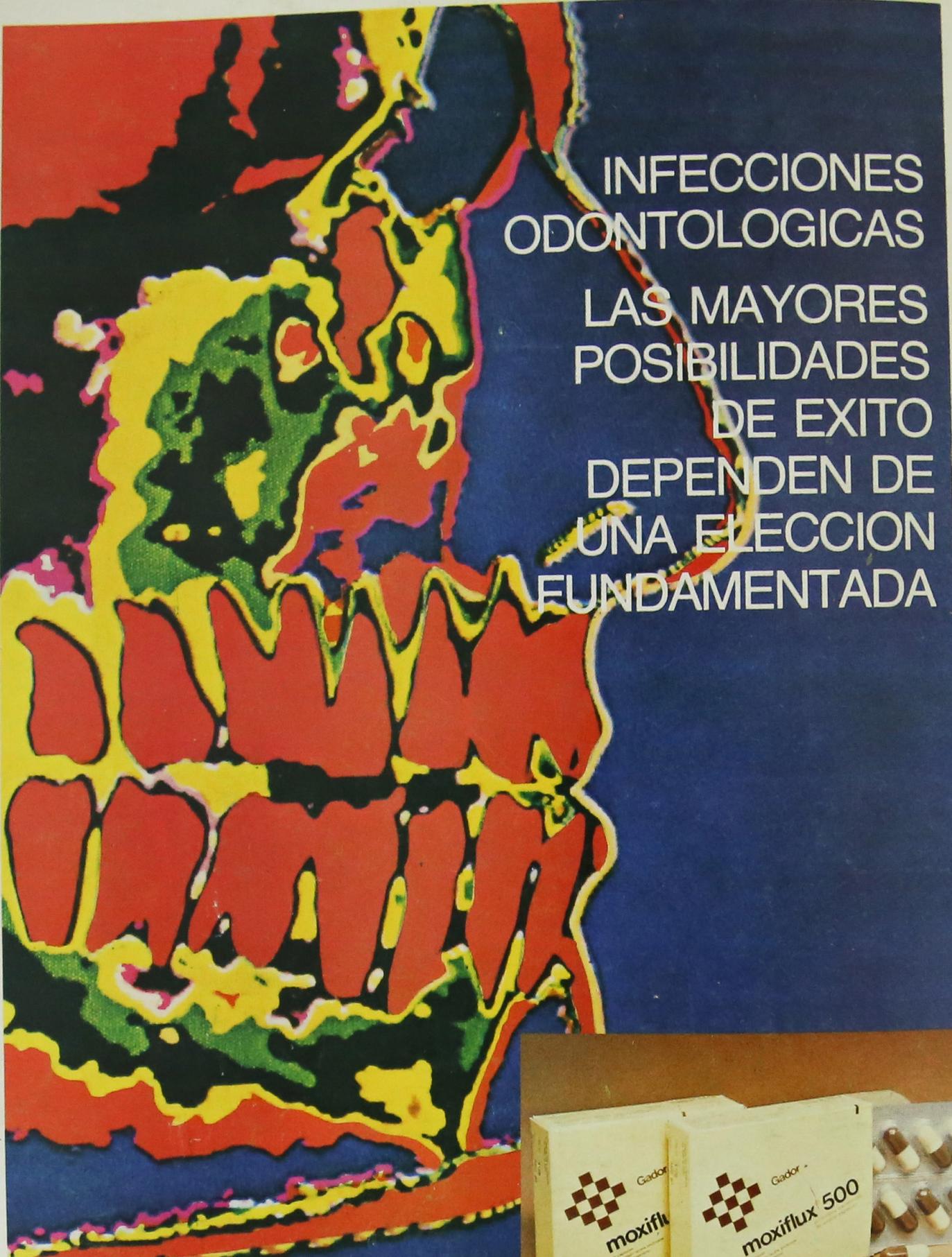
Se recomienda utilizar  
1 medida (15 ml) de la solución  
pura o diluida en partes iguales  
de agua.

**Presentación:**  
Envases de 120 ml.

**Contraindicaciones:**  
No posee.

**Bibliografía:**  
A disposición del cuerpo  
médico.

**CASASCO**



INFECCIONES  
ODONTOLOGICAS

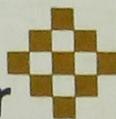
LAS MAYORES  
POSIBILIDADES  
DE EXITO  
DEPENDEN DE  
UNA ELECCION  
FUNDAMENTADA

**MOXIFLUX® 500**

EL ANTIBIOTICO  
PROTEGIDO  
Y POTENCIADO



**Gador**



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