

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

*LXXV CONGRESO ODONTOLOGICO
MUNDIAL ANUAL DE LA FÉDÉRATION
DENTAIRE INTERNATIONALE*



Desde el 24 al 30 Octubre de 1987.
Buenos Aires — Argentina

43

Volumen XXII. N° 1. Enero-Marzo de 1987

Squam

la superioridad terapéutica



Una afirmación cuyos fundamentos encierran todo el significado de una trayectoria de seriedad y rigor científico al servicio de la odontología.

Squam

Crema dental con EDS, PFC y Flúor
Impide la formación de sarro
Remueve la placa dental
Fortalece el esmalte
Dificulta la producción de caries
No altera las rehabilitaciones dentales

Gador

Laboratorios Dr. Gador y Cía. S.A.C.I.
DIVISION PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS
Florida 868, Buenos Aires
Administración y Comercialización,
Tel. 312-6333/35, 312-8481/85

Crema dental con EDS y Flúor

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente	Dra. Beatriz Lewkowicz
Vicepresidente	Dra. Edith Lasoviz
Secretario	Dr. Mario Beszkin
Prosecretario	Dr. Eduardo Muñio
Tesorero	Dra. Clara Szeinberg
Protesorero	Dr. Miguel Stratas

VOCALES TITULARES

Dr. Liliana Doctorovich	Dra. Liliana Periale
Dr. Eva Schilman	Dr. Juan Meer
Dr. Isaac Rapaport	Dr. Carlos Guberman
Dr. Alfredo Fermin Alvarez	Dra. Noemi Lisman
Dr. Elías Beszkin	Dra. María Goldenberg
Dr. Luis Zielinsky	Dra. Haydee Fligier

VOCALES SUPLENTE

COMISION FISCALIZAODRA

TITULARES

Dr. Jaime J. Fiszman	Dr. Mario D. Torres
Dra. Catalina Dvorkin	Dr. Ricardo Pomeranec
Dra. Henja Rapaport	Dr. Jorge Herskovits

SUPLENTES

TRIBUNAL DE HONOR

Angel Lagorio	Eliás Samoilovich	Leonardo Voronovinsky
Juan Racagón	Teresa Israelson	Sara Sneibrum
Silvia Rudyó	Natalio Schesak	Nora Kotler

LAS OPINIONES expresadas en esa 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'enchange avec les revues similaire.

Desideriamo intercambio con rivisti simili.

Deseamos permutar com as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazine.

Un austausch Wird gebeten.

Correo Argentino Suc. 12	TARIFA REDUCIDA Concesión 2231
	FRANQUEO PAGADO Concesión 4760

SUMARIO

Editorial: 1987. Buenos Aires: Congreso Mundial de la FDI	3
Mordida Cruzada Unilateral y Disfunción del Sistema Estomatognático Graciela Encina	5
Recursos Quirúrgicos en Prótesis Alfredo Fermín Álvarez y Mario Daniel Torres	13
El Sistema de Obras Sociales (Publicación del Instituto Nacional de Obras Sociales, 1987)	19
Educación para la Salud 1987: Año Internacional de la Mujer	31

DIRECTOR, Alfredo Fermín Álvarez
CUERPO DE REDACCION: Mario Beszkin,
Haydée Fligler, Jorge Miguel García,
Carlos Guberman y Mario Daniel Torres

Correspondencia: Anchorena 1176/78

(1425) Buenos Aires.
Teléfonos: 961-7349 y 0394
República Argentina

Diagramación y dirección
técnica:
Antonio Tarsitani
Producción Publicitaria:
A.F.T.

Editorial

1987. Buenos Aires: Congreso Mundial de la FDI

En este 1987, desde el 24 hasta el 30 de octubre, se realizará en la ciudad de Buenos Aires el 75° CONGRESO ANUAL MUNDIAL DE LA FEDERACION DENTAL INTERNACIONAL (FDI). Nuestro país, con probadas experiencias en la organización de reuniones científicas de todo tipo, es por primera vez sede de este tradicional congreso mundial. Largo fue, por cierto, el camino recorrido para lograrlo.

Cuando en 1970, en Bucarest, Rumania, propusimos a Buenos Aires para integrar la lista de sedes de futuros congresos, iniciamos esta etapa que luego afentaron tantos otros para lograr que, por primera vez, la máxima expresión mundial de la profesión tuviera su escenario en la capital más austral del mundo.

Ya es un hecho, y está cerca.

Los temas centrales son: "Función oclusal y necesidades de tratamiento: mitos y realidades"; "Odontología restauradora moderna: la llave para el éxito en el ejercicio profesional"; "El enfoque práctico del problema periodontal". Una amplia programación acompaña su desarrollo: programas especiales de las comisiones de la FDI, programas complementarios de particular interés argentino y latinoamericano, conferencias, comunicaciones libres, posters, mesas clínicas, videos y filmes y reuniones administrativas de la FDI.

Una exposición de la industria y el comercio vinculados con la odontología permitirá ver los más recientes adelantos técnicos.

Participar del Congreso es un compromiso de los odontólogos argentinos, para mostrar a sus colegas del mundo cómo su patria va marchando encolumnada hacia la vida.

Sergio Trajtenberg

Materiales Odontológicos

* * *

LAMPARA HALOGENA (HALOGEN LIGHT)

* * *

8 Cuotas de A 95.-

Consulte

Planes de Financiación
por Equipamiento

* * *

M. T. Anchorena 1176
TEL.: 961-0394 / 7349

Mordida Cruzada Unilateral y Disfunción del Sistema Estomatognático

GRACIELA ENCINA *

Podemos definir como disfunción del sistema estomatognático a un cuadro de síntomas y signos caracterizados por alteraciones en el área del dolor y/o movimiento de la mandíbula.

Mediante el test de Krogh Paulsen ¹, podemos llegar a diagnosticar si estamos ante un caso de disfunción del sistema estomatognático; pero no es tan fácil determinar los factores etiológicos del mismo debido a su característica multicausal ².

Para examinar a estos pacientes, es de importancia fundamental un protocolo lo más completo posible, a fin de que nos lleve no sólo a conocer el funcionamiento de su sistema estomatognático, sino también el de sus características personales.

Según dice McNeill³, los factores etiológicos pueden ser divididos en predisponentes, desencadenantes o precipitantes y perpetuantes. Los factores predisponentes incluyen discrepancias estructurales (tamaño y/o forma), desórdenes psicológicos, factores patológicos tales como enfermedades sistémicas e infecciones, neoplasias y factores de comportamiento relativos a la personalidad del paciente y su respuesta ante el stress.

Los factores precipitantes o desencadenantes incluyen trauma (no sólo del sistema masticatorio sino de la cabeza y cuello del paciente), una respuesta adversa al stress, problemas inducidos

iatrogénicamente, infección y factores idiopáticos. Los factores perpetuantes son manifestaciones producidas fundamentalmente por el ciclo mioespa-modolor-espasmo, y pueden estar relacionados con alguno o la combinación de los factores predisponentes o precipitantes.

Según lo antes expuesto, queda aclarada la complejidad de los problemas de disfunción. Debido a ello no se puede hablar de una verdadera prevención en disfunción, como se explicó en un trabajo antes publicado ⁴, pero sí de tratar de evitar los factores de riesgo o de predisposición a una disfunción del sistema estomatognático. Dentro de los factores de riesgo o predisponentes, los más controlables son los morfológicos.

Según Owen A. H. ⁵, las mordidas cruzadas unilaterales son citadas comúnmente como factores etiológicos en problemas de disfunción craneomandibular, no sucediendo lo mismo con las mordidas cruzadas bilaterales que sólo ocasionalmente llevan a desplazamientos laterales de la mandíbula. Estos desplazamientos laterales podrían llevar a un crecimiento asimétrico de la mandíbula. Según Williamson ⁶, la asimetría mandibular es un factor que puede pre-

* Integrante del Departamento de Disfunción del A. A. O. Director: Dr. Luis Zielinsky

disponer al paciente a una disfunción cráneo-mandibular.

El objeto de este trabajo es alertar sobre el riesgo de las mordidas cruzadas sin tratamiento, cuando producen desplazamiento lateral de la mandíbula, excentricidad condilar pudiendo llevar al paciente a una disfunción de su sistema estomatognático.

Presentación de casos:

Paciente N° 1, M.C., sexo femenino, 28 años.

Se presentó a la consulta manifestando que desde hacia años tenía dolor y ruidos en la A.T.M. izquierda. El dolor últimamente había aumentado al bostezar y al masticar.



Fig. 1

Examen facial; frente (Fig. N° 1): desviación mandibular hacia la izquierda; perfil (Fig. N° 2) tercio inferior aumentado, protrusión del labio inferior.

Examen bucal; frente (Fig. N° 3): entrecruzamiento anterior menor de 1

6 — Ateneo Arg. de Odontología



Fig. 2

mm., desviación línea media hacia la izquierda; perfil izquierdo (Fig. N° 4): falta de piezas dentarias (segundo premolar y primer molar inferior), mordida cruzada, gingivitis; perfil derecho (Fig. N° 5): relación de mesioclusión en el nivel canino y molar.

Examen funcional: al abrir y cerrar la boca lo hace con movimientos de zigzag; en apertura máxima presenta una franca desviación a la izquierda, lo que indica restricción de movimiento de ese lado (Fig. N° 6). Dolor por la palpación de los músculos elevadores del lado derecho y pterigoideos externos de ambos lados. Contactos del lado de no trabajo (derecho). Movimiento de lateralidad trabado hacia la derecha. Dolor y chasquido de ambas A.T.M.

Es muy importante remarcar que la desviación de la línea media ósea en el sector anterior representa una gran falta de centricidad en el nivel condilar. Esta falta de centricidad lleva a todo el sistema estomatognático a no funcionar en forma armónica. En este caso, agravado

Volumen XXII — N° 1 - Enero - Marzo de 1987

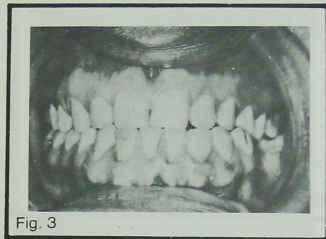


Fig. 3

por los contactos nocivos del lado de no trabajo y ausencia de piezas dentarias.

Resumiendo: debido a la periartritis se aconsejó alimentación blanda, calor, masajes y un antiinflamatorio. Luego se confeccionó una férula desprogramadora frontal para tratar de relajar la musculatura. Mientras tanto, mediante terapia cognitiva, se hizo que el paciente tome conocimiento de su problema; esto ayuda tanto al paciente como al profesional.

Una vez superadas estas etapas, se pasó a dar libertad de movimientos a la mandíbula para que se pueda deslizar sin trabas. Fundamentalmente se desgastaron las vertientes internas vestibulares inferiores y palatinas superiores de la zona lateral izquierda y también se eliminaron las interferencias del lado de no trabajo derecho.

La paciente mejoró, cesaron los dolores, recuperó la movilidad y desapareció el chasquido. Se recomendó la restauración de las piezas ausentes. Se controló a los dos años sin volver a presentar ninguna sintomatología.

Paciente N° 2, P.G., sexo femenino, 26 años.

Se trata de otro paciente con mordida cruzada unilateral, semejante a la ante-

Volumen XXII — N° 1 - Enero - Marzo de 1987

rior, pero con alteraciones estéticas mucho más notorias. Se pensó, al verla, que éste era su problema principal, pero no fue así; la paciente venía a la consulta por dolores muy fuertes que sentía en la zona del oído izquierdo, los que se irradiaban hacia la sien con cefaleas cada vez más frecuentes y ruidos al realizar movimientos mandibulares.

Hace muchos años consultó a un odontólogo y éste pensó que el problema se debía a los terceros molares inferiores procediendo a extraerlos; pero, según la paciente, del lado izquierdo se complicó la maniobra operatoria y hubo que eliminar el segundo molar también.

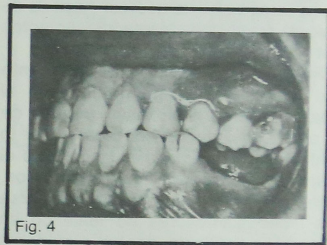


Fig. 4

Los dólares no cesaron y, además, después de unos años, comenzó a sentir dolores en los dientes anteriores y estos fueron desgastados por otro odontólogo, según relató la paciente.

Examen facial de la paciente; frente (Fig. N° 7): evidente desviación mandibular hacia la izquierda. Perfil (Fig. N° 8): cóncavo, tercio inferior aumentado, protrusión mandibular.

Examen bucal: frente (Fig. N° 9): mordida abierta, desviación de línea media hacia la izquierda. Lado izquierdo (Fig. N° 10): mordida cruzada de premolares

Ateneo Arg. de Odontología — 7

y molares. Lado derecho (Fig. N° 11): relación de mesioclusión. En los modelos se pueden ver claramente las trabas que se provocaron por extrusión de los segundos molares superiores debido a la ausencia de sus antagonistas (Fig. 12 y 13).

Examen funcional: presentaba restricción de movimientos, dolor por la palpación de varios músculos, sobre todo de los pterigoideos externos, internos, vientres posteriores de los digástricos, como también en menor grado en los temporales anteriores y maseteros. Dolor y ruidos en las A.T.M. Diferencia marcada entre relación céntrica y la posición de máxima intercuspidadación (Fig. N° 14). Trabas para realizar movimientos hacia la derecha; al deslizar hacia la izquierda presentaba marcados contactos del lado de no trabajo.

Resumiendo: el factor predisponente fue la mordida cruzada que llevó al desplazamiento mandibular, pérdida de la centricidad de los cóndilos y, por lo tanto, al mal funcionamiento de todo el sistema estomatognático durante años, agravado por la iatrogenia al extraerse los molares inferiores no teniendo en cuenta la extrusión de los superiores, que comenzaron a producir interferencias al ir la mandíbula hacia relación

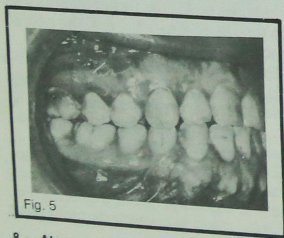


Fig. 5

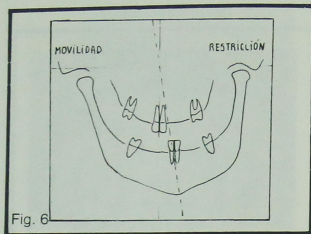


Fig. 6

céntrica y completada por el desgaste de los dientes anteriores que producían dolor, pero que no eran responsables del problema, sino que la mandíbula, al encontrar contactos en la zona posterior, se desplazaba hacia adelante produciendo trauma en dichos dientes. Uniendo a esto problemas tensionales, nos da un cuadro multicausal con predominio del factor de las relaciones contactantes.

Tratamiento: se realizó al principio un tratamiento sintomático para aliviar el dolor a base de calor, masajes y antiinflamatorios; luego un método de relajamiento con férula desprogramadora frontal y ejercicios. Se derivó a cirugía para la extracción de los segundos molares superiores. Por último, mediante desgastes selectivos, se trató de dar estabilidad a la mandíbula, sobre todo libertad de movimientos para funcionar lateralmente dándole libertad en céntrica o céntrica amplia 7.

Se derivó a endodoncia para que se le efectuara un tratamiento en el primer molar inferior izquierdo, debido a la necesidad de realizar desgastes muy marcados en dicho molar.

Los síntomas dolorosos remitieron completamente.

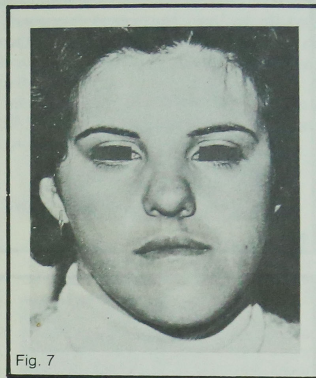


Fig. 7

Conclusiones

En ambos casos el problema fundamental fue la pérdida de centricidad mandibular producida por la mordida cruzada unilateral.

En estos casos es importante, por lo tanto, su tratamiento, ya sea preventivo (desgaste en caninos temporarios) o, una vez instaurada, con medios ortopédicos u ortodóncicos.

Ante cualquier tratamiento ortopédico u ortodóncico siempre nos preguntamos el porqué, el para qué, el cuándo y cómo realizarlo. En el caso de las mordidas cruzadas unilaterales debemos realizar el tratamiento lo más temprano posible, porque el macizo craneofacial agota primero su potencial de crecimiento en sentido transversal y, además, si esta mordida produce desplazamientos laterales, se establecen engramas de movimiento muy difíciles de cambiar. Se tratan teniendo en cuenta no sólo los problemas estéticos sino, fundamental-

mente, por los trastornos funcionales que pueden originar. Según Dawson 8, la mordida cruzada unilateral, si no produce desplazamiento mandibular, puede ser tan estable, funcional, cómoda y estética como la otra.



Fig. 8

Por eso, ante un caso de mordida cruzada unilateral sin desviación, sin problemas funcionales, ya en la segunda década de vida, debe evaluarse muy bien antes de tratarla sólo por razones estéticas dentarias, debido al peligro de

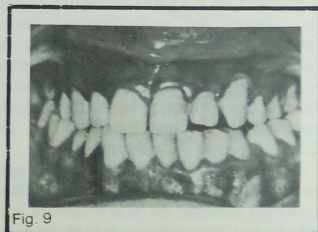


Fig. 9

descentralizar los cóndilos en la A.T.M., sobre todo en los casos de basales divergentes que son de alto riesgo de disfunción.

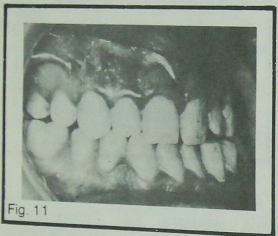
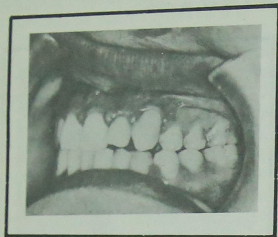


Fig. 11

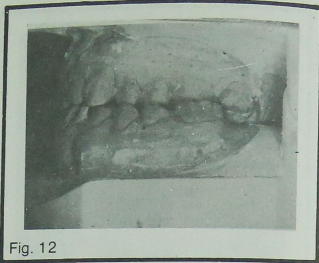


Fig. 12



Fig. 13

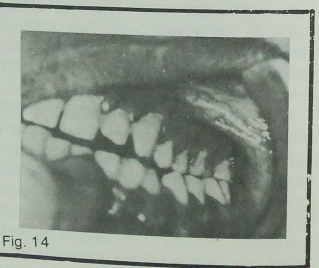


Fig. 14

RESUMEN:

Las mordidas cruzadas unilaterales que producen deslizamiento lateral de la mandíbula y desplazamiento condilar pueden ser consideradas como causas predisponentes o factores de riesgo de una disfunción del sistema estomatognático. Es importante recordar, como objetivo fundamental, la centricidad de los cóndilos en las A.T.M. en todo tratamiento.

Se presentaron casos con terapia oclusal que permitieron a la mandíbula mayor libertad de movimientos. Los resultados han sido satisfactorios.

10 — Ateneo Arg. de Odontología

SUMMARY

Unilateral crossbites which leads to a lateral mandibular shift and condylar displacement can be considered as predisposing factor or potencial risk

Volumen XXII — N° 1 - Enero - Marzo de 1987

for mandibular disfunction.

The most important goal of all treatment is that the both condyles can find a centric position. Unilateral crossbites were presented. An equilibration that allowed the mandible more freedom, has been successfully.

BIBLIOGRAFIA

1. ZIELINSKY L. Bateria de nueve test de Krough Paulsen para determinar la existencia de disfunción del sistema estomatognático. Rev. Ateneo Arg. Odont. 12-1: 37; Ene. 1982.
2. GRIFFITHS R.H. Report of de president's conference on the examination, diagnosis and management of temporo mandibular disorders. Am. J. Orthod 35: 514-517; June 1983.
3. Mc NEILL C. Craneofacial pain - The TMJ management dilemma. C.D.A. Journal p. 34-39; March 1985.
4. ENCINA GRACIELA, MERLIN S. Mordida cubierta y disfunción del sistema estomatognático. Rev. A.A.O. Volumen XX. N° 5 p. 5-12. Agosto-October 1985.
5. OWEN. A.H. Orthodontic orthopedic treatment of creaneomandibular pain dysfunction Part 4: unilateral and bilateral crossbite. Cranio Vol. 3 N° 2. p. 145-163. March-may 1985.
6. WILLIAMSON E.H. and SIMMONS M.D. Mandibular asymmetry and its relation to pain dysfunction. Am. J. Orthod. 76 (6); 612-617.
7. RAMFJORD S.P., ASH M.M. Oclusión funcional. Ed. Interamericana.
8. DAWSON P.E. Problemas oclusales. Ed. Mundi.

Dirección de la autora: José A. Cabrera 5176 (1414) Buenos Aires

ULTRATEC

CON LA CALIDAD
QUE USTED DISFRUTA
DIA A DIA
DESDE HACE AÑOS,
AHORA TAMBIEN

ENDOTEC ENDODONCIA ULTRASONICA
CON HIPOCLORITO DE SODIO

ULTRATEC 5000 - MODULAR U.N. ULTRATEC
NEUMATICO

ULTRAJET - PROFILAXIS CON BICARBOÑATO
DE SODIO

ULTRAJET II - IDEM CON SALIDA NEUMATI-
CA PARA CAVITADOR O TUR-
BINA

Y COMO SIEMPRE ULTRATEC 4000
ISE EXPORTAN A EUROPA!

SERVICE 83-5060

Sr. ODONTOLOGO

EL MISMO ULTRATEC
QUE SE USA EN EUROPA
USTED PUEDE COMPRARLO EN
ARGENTINA A MUCHO
MENOR PRECIO.

YA HAY UNO POR CADA
DENTISTA. SI USTED NO LO
TIENE, ALGUN COLEGA
DISFRUTA DOS ULTRATEC.

EN VENTA EN TODAS
LAS CASAS DENTALES.



INSTALACIONES
Y SERVICE
ODONTOLOGICO

EQUIPOS DE CAVITACION ULTRASONICA
INSERTOS PARA ULTRASONIDO
ENDODONCIA POR ULTRASONIDO
LIMPIADORES A BICARBONATO
CAVITADORES NEUMATICOS
COMPRESORES DENTALES
MODULOS RODANTES
FOCOS DENTALES
ELECTROBISTURIAS
SALIVADERAS
CONTRANGULOS
MICROMOTORES
TURBINAS
SILLONES

FRENTE A SU FACULTAD

M.T. de ALVEAR 2149 - 1º B

TEL. 83-5060 10-17 hs

AGENDAR
(LE SERA UTIL)

Sr. ODONTOLOGO

REPARAMOS CON GARANTIA DE
FABRICA TODA LA
LINEA DYTEC Y
SUS ACCESORIOS, CON LA
RAPIDEZ QUE NOS
CARACTERIZA Y LA SERIEDAD
QUE NOS DAN LOS 18 AÑOS
HACIENDO LAS COSAS
CADA VEZ MEJOR.
USTED YA NOS CONOCE.

LABORATORIO

"Del Ateneo"

APARATOLOGIA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL
Y ORTODONCIA EN TODA SU VARIEDAD

Ricardo N. Llanes
Eduardo H. Aguirre

M.T. de Anchorena 1178

Tel. 961-7349

Recursos Quirúrgicos en Prótesis

ALFREDO FERMIN ALVAREZ, MARIO DANIEL TORRES

La bibliografía mundial consigna una significativa multiplicidad de recursos quirúrgicos aplicables para mejorar el terreno protético, hacer más confortable el uso de rehabilitaciones completas o parciales y prolongar el tiempo útil de restauraciones fijas.

En todos los casos, la cirugía no reemplaza a la buena prótesis. Acaso, la cirugía ayuda a la mejor de las prótesis cuando no hay otro recurso.

Conviene señalar que la interrelación disciplinaria entre cirugía y prótesis depende más de la calidad del servicio protético que de la magnitud del recurso quirúrgico; que a la cirugía no se le pueden pedir soluciones salvadoras cuando el deterioro del terreno protético es incompatible con la instalación de la prótesis; que en muchos casos la cirugía agrava el deterioro. Es así como la interrelación disciplinaria entre cirugía y prótesis debe permitir un intercambio fluido en el análisis, diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico. Para el caso de la relación entre cirugía y prótesis fija, la endodoncia debe ingresar activamente en este juego interdisciplinario.

I. ASPECTOS PREVENTIVOS

Un principio esencial de toda actividad en cirugía se asienta en la máxima conservación de estructuras. En cirugía bu-

cal, más precisamente en el tema que desarrollamos, el mandato es conservar al máximo las estructuras del terreno protético, dicho esto en términos cuanti y cualitativos. Esto es resear la menor cantidad de tejido óseo posible, y no alterar el estado de los tejidos blandos y la relación fondo de surco-cima del reborde; la altura de éste, en suma.

Por lo expuesto, toda extracción dentaria debe realizarse "pensando en prótesis."

"Pensar en prótesis", con el expuesto presupuesto de mantener cantidad y calidad de estructura, impone realizar la alveolectomía mínima indispensable para facilitar la exodoncia y evitar accidentes traumáticos que vulneren la estructura que se desea conservar.

También atender al diseño de colgajos que permita reponer los tejidos blandos sin bridas ni fibrosis.

Cuando hay indicación de extracciones dentarias múltiples, deberá atenderse a la planificación quirúrgica por arcada, hemiarcada o sector, según convenga, para realizar en cada acto quirúrgico el tratamiento del área con vistas a la restauración protética.

II. PROTESIS INMEDIATA

Es este un servicio donde, indiscutiblemente, el mayor gasto lo hace la

prótesis. Pero no puede hacerlo con eficiencia si la cirugía no la acompaña solidariamente.

La prótesis inmediata supone construir una restauración sobre un terreno cuya topografía será realidad en el momento de instalar esa restauración. Crear esa topografía es imaginar ese futuro terreno en función de los tejidos que se perderán (dientes, hueso, encía) y de los tejidos que se reacomodarán ante tales pérdidas.

Todo lo dicho tiene una expresión práctica en la "cirugía del modelo". Este es un acto que sublima la interrelación cirugía-prótesis.

Habida cuenta de las piezas dentarias por extraer, el hueso por resear, la situación periodontal, el protesista y el cirujano "operan" el modelo de yeso. Del "modelo observado", se pasa al "modelo programado". Sobre él se construirá la prótesis.

Pero el cirujano deberá operar al paciente tal como se "operó" al modelo, para que la prótesis se inserte adecuadamente. La transbase de Sears es la llave que vincula la cirugía del modelo con la cirugía en el paciente.

La transbase de Sears es una placa de acrílico transparente que deberá ser una reproducción exacta de la placa protética que recubrirá el terreno, para lo cual deberá ser construida por el método directo sobre una reproducción fiel del modelo operado.

Al término de la operación en el paciente, con los tejidos blandos repuestos, ante de suturar, el cirujano colocará la transbase "in situ", evaluará la situación postoperatoria del terreno protético y efectuará las correcciones necesarias para la más confortable instalación y uso de la prótesis.

III. RECURSOS QUIRURGICOS POR SUSTRACCION.

Hay tejidos que se oponen o molestan la instalación de la rehabilitación protética. Deben ser eliminados. Su tratamiento debe atender a los aspectos preventivos precedentemente expuestos.

Su condición de tejidos blandos o duros, su ubicación anatómica, su génesis congénita o adquirida, su compromiso protético, justifican algunas consideraciones.

a) Tejidos Blandos.

— **Frenillo labial.** Cuando se interpone a la prótesis anterosuperior, especialmente completas, se lacera y duele, debe ser eliminada. Su exéresis debe responder a principios quirúrgicos orientados hacia la eliminación del componente fibroso, recubrimiento del área cruenta con criterio plástico, buen fondo de surco en línea media.

— **Frenillo lingual.** Es excepcional la necesidad de su resección por interferencia con el flanco lingual de la prótesis.

— **Bridas.** Algunas veces congénitas, otras adquiridas traumáticamente por vinculación con antiguas extracciones con alveolectomía y "colgajos generosos", siempre acentuadas por el déficit paulatino del reborde alveolar desdentado, exigen su remoción quirúrgica. Las técnicas son varias, sólo evaluables en cada caso, según el grado de la lesión, la dimensión del reborde "in situ", la relación de vecindad (agujero mentoniano), el compromiso técnico protético.

— **Hiperplasia.** Es una reacción del tejido blando del fondo de surco, a veces de la encía que tapiza el reborde

desdentado, con aumento de volumen de distintas características, más o menos fibroso; con mayor o menor infraestructura ósea, uni o multicéntrico, único o plural. La hiperplasia está siempre asociada a una prótesis mal adaptada. Por la prótesis misma o por su relación antagonista, la prótesis acciona sobre una parte del terreno en que asienta, distribuye allí la mayor carga de fuerza y así estimula en exceso al tejido blando subyacente. Una laceración por decubito protético suele iniciar un proceso de desgaste progresivo de la prótesis y consecuente proliferación del tejido blando a tal lugar ganado. La hiperplasia se ha instalado.

La solución no es necesariamente quirúrgica. Al menos no es **únicamente** quirúrgica. Si aceptamos como válido el proceso de formación de la hiperplasia, deberíamos convenir en que el principio de solución radica en revertir ese proceso. Así procedemos.

Nuestro enfoque inicial es estabilizar la prótesis. Rebasado por acondicionador de tejidos "in situ", reposición de piezas dentarias antagonistas, incluso nuevas prótesis, preceden a la cirugía como condición necesaria. En muchos casos la cirugía resulta innecesaria. Siempre debe ser excluida si no se han tomado los recaudos citados precedentemente.

— **Tuberosidad fibrosa.** Habitualmente vertical, ocupa el espacio interoclusal posterior. Debe investigarse radiográficamente su relación con el piso del seno maxilar, su real extensión fibrosa, y la eventual presencia de un molar retenido.

b) Tejidos duros.

— **Tuberosidad ósea.** Habitualmente horizontal, puede interferir con la instala-

ción de la prótesis completa. También puede resultar un eficaz complemento para la retención de la placa. De allí la necesidad de evaluar la indicación de la resección y el grado de ella.

— **Exostosis.** Aumentos de volumen óseo ubicados en regiones atípicas de los maxilares, deben ser eliminados siempre que interfieran en la restauración protética, sean lastimados por ella o lo indiquen razones estéticas.

— **Toro palatino.** El estudio clínico-radiográfico correcto debe orientarse a definir el diagnóstico de un aumento de volumen sin importancia patológica y a descartar la posible neummatización. La resección está indicada cuando su magnitud hace "balancear" la prótesis, o ésta erosiona la fibromucosa de recubrimiento.

— **Toro mandibular.** Habitualmente ubicados en la cara lingual de la mandíbula, a la altura de los premolares, pueden ser sesiles o pediculados. Su resección está indicada por interferencia protética, traumatismos a repetición o razones oncofóbicas del paciente.

— **Línea oblicua interna.** Sin modificaciones en su estructura y forma, adquiere relevancia ante la reabsorción del reborde desdentado, constituyendo una incomodidad incompatible con el uso de la prótesis, cuya única solución es su reducción quirúrgica.

— **Apófisis geni.** El descenso del reborde alveolar y la calcificación de los ligamentos allí insertados, determinan una extensión ósea susceptible de remoción quirúrgica, aunque también de ser superada hábilmente por la prótesis.

— **Espina nasal anterior.** Adquiere relevancia ante el reborde alveolar superior desdentado. Su resección elimina la interferencia y otorga mayor profundidad en la línea media.

— **Alveolectomía.** En este tema, distinguimos dos situaciones. En el primer caso, las irregularidades óseas en sentido vertical y horizontal que aparecen como secuelas de extracciones múltiples y que debieron ser previstas y resueltas en el momento de las extracciones. A esta "regularización", cualquiera sea el tiempo en que se realice, la llamamos **alveolectomía estabilizadora.** Nos permite obtener un maxilar apto para recibir confortablemente la prótesis.

En el segundo caso, cuando se trata de anomalías estructurales de los rebordes alveolares, generalmente en ancho, con convexidades laterales pronunciadas que el organismo no reabsorberá por sí mismo y que complican o impiden la colocación de la prótesis, realizamos **alveolectomía correctora.**

IV. RECURSOS QUIRURGICOS POR ADICION

Aumentar el reborde alveolar reabsorbido ha sido un antiguo sueño al que se han aplicado grandes dosis de imaginación y esfuerzo.

El **injerto óseo autoplástico** de cresta iliaca y costilla se ha utilizado generalmente en cirugía restauradora ante pérdidas de sustancias de origen traumático o tumoral. No hay proclividad, al menos hoy en nuestro medio, para que cirujanos y pacientes acepten con facilidad una intervención de tal magnitud para un aumento en la altura del reborde.

Corresponde señalar la utilidad de los injertos óseos autoplásticos para corregir pequeñas pérdidas de sustancia de los maxilares, con hueso donado por los propios huesos maxilares (borde anterior de rama ascendente, zona ósea intermedia entre la fosa nasal y el seno maxilar).

16 — Ateneo Arg. de Odontología

Con igual finalidad a la expresada en el último párrafo, hemos recurrido al **hueso anorgánico** (injerto de Kiel) con buen resultado, toda vez que no se hicieran actuar sobre él fuerzas oclusales.

Con respecto a **materiales aloplásticos** colocados como superestructuras subperiósticas sólo hemos tenido alguna experiencia en su retiro.

Los **implantes metálicos** constituyen un capítulo controvertido, en cuya consideración debe tenerse en cuenta, fundamentalmente, la característica de intra-óseo o yuxtaóseo, el grado de intimidad del implante con el tejido óseo y el comportamiento en el nivel de la solución de continuidad de los tejidos blandos. Uno de nosotros (M.D.T.) ha acopiado experiencias en implantes de hoja tipo Linkow y de ósteo-integración.

V. PROFUNDIZACIONES DE SURCO

Ante la reabsorción de los rebordes, el desafío es obtener un flanco protético lo suficientemente amplio como para otorgar mayor estabilidad y retención a la prótesis. La disyuntiva es aumentar el reborde o profundizar el surco.

Las técnicas de extensión vestibular de Kananzjan, Clark, Collett y los abordajes linguales de Trauner y Caldwell sólo se diferencian, como bien señala Kruger, en la ubicación de la incisión (labio, reborde o mucosa vestibular) y en el hecho de incidir o no el periostio. Hemos realizado prácticamente todas las técnicas descriptas en la bibliografía coincidiendo con ella en la pobreza de los resultados o, peor aún, en resultados no deseados por fibrosis y por inserciones más "incisales" que las preexistentes.

Hemos tenido éxitos en profundiza-

Volumen XXII — N° 1 - Enero - Marzo de 1987



*Alta efectividad
antiinflamatoria
y analgésica*

ALGITRAT® 20

Piroxicam microencapsulado

Optima tolerancia gástrica

1 sola toma diaria

Gador 

INDICACIONES. Procesos inflamatorios de la boca, alveolitis, pulpitis, coronaritis, periodontitis etc. Odontológicas. Extracciones. Dientes retenidos. Cirugía buco maxilo facial, etc. COMPOSICION. Piroxicam microencapsulado 20 mg. PRESENTACION. Envases con 10 y 30 comprimidos.



ciones sectoriales con "fenestración perióstica" y en vestibuloplastias con injerto de piel. Es mínima nuestra experiencia en injertos de mucosa bucal.

En el tema de profundización de surcos debe primar la indicación y oportuni-

dad de la intervención, mediante un análisis interdisciplinario amplio y profundo. En nuestra opinión debe ser el último recurso, sólo aceptable tras un estricto balance sobre lo que se puede y lo que se debe.

Dirección de los autores:
T.M. de Anchorena 1176
(1425) Buenos Aires.

El Sistema de Obras Sociales

LAS OBRAS SOCIALES Y EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.

La Organización del Sistema

El sector salud se ha desarrollado a lo largo de los años sin un plan regulador que determine los objetivos comunes de los muchos recursos y servicios asistenciales de nuestro país. En general, las sucesivas administraciones actuaron como si la jurisdicción de los ministerios y secretarías de salud no fuera más allá del ámbito de tareas de los hospitales públicos.

Por ello, las políticas aplicadas tuvieron metas y logros sólo parciales y no buscaron la reformulación o el ordenamiento de todo el sector sino de algunas de sus partes.

A su vez, ese crecimiento espontáneo determinó la separación neta entre la actividad privada y el desempeño en el sector público. De la primera, el profesional obtenía lo sustancial de sus ingresos y en el segundo depositaba sus expectativas de satisfacción técnica y científica. El rápido desarrollo de la seguridad social médica ocurrido en nuestro país en las últimas décadas delimitó un nuevo subsector dentro del área de salud: las obras sociales.

La evolución de las obras sociales manifiesta en nuestro país, como en otros donde se ha difundido el concepto de la seguridad social médica, el cumplimiento de varias etapas. La primera etapa —voluntarista— muestra la aparición espontánea y dispersa de servicios sociales de

diferente naturaleza, tanto de salud como de turismo y recreación, en su mayoría vinculados a la acción de las asociaciones gremiales de trabajadores. Este proceso se aceleró a partir de los años 40 al tiempo que se advertían signos de la segunda etapa —el seguro social obligatorio— donde el Estado, a través de leyes y decretos, fue constituyendo obras sociales específicas para distintas ramas de actividad. Ejemplos de este desarrollo son los Decretos 9.644/44, que estableció la obra social para ferroviarios, 41.321/47 (Ministerio del Interior) y 39.715/48 (Educación) y las Leyes 13.987 y 14.171 (bancarios), 14.056 (vidrio) y 14.057 (seguros).

El dictado de la Ley 18.610, que ordenó y consolidó con criterio general el régimen de las obras sociales, cierra el período voluntarista y señala la plenitud de la segunda etapa del desarrollo de la seguridad social médica: la extensión, por imposición del Estado, de la obligatoriedad legal de la afiliación y la contribución pecuniaria a las obras sociales.

Para el beneficiario estas instituciones han aportado un significativo avance social, en cuanto facilitaron una creciente universalización del acceso a servicios médicos para el trabajador y su familia, así como a otras prestaciones sociales, tales como oportunidades de turismo y recreación, proveedurías, etc., a punto tal que

* Publicación del Instituto Nacional de Obras Sociales 1987

VAICEL Corona

Resina autocurable para coronas y puentes
En 8 exactos matices

Vaicrón, acrílico para base de dentaduras
Vaicel, acrílico autocurable para reparaciones

Producidos por

Vaicerit
S.A.



el conjunto de todas las obras sociales de nuestro país configura ya un incompleto, pero verdaderamente seguro nacional de salud.

No obstante el saldo positivo de su vigencia, el desarrollo de las obras sociales evidenció también distorsiones que emergían de determinadas características estructurales del propio sistema, de vicios en su gestión y de la influencia de circunstancias críticas en la vida política y económica del país. Aun cuando diferentes instrumentos legales procuraron introducir algunos criterios de racionalidad del sistema, las obras sociales se han desenvuelto dentro del mismo esquema de dispersión e individualismo que caracteriza a todo el sector de salud argentino, generando, entre otras consecuencias, ostensibles desigualdades entre los beneficios recibidos por distintos grupos de trabajadores, según sea su rama de actividad. Incluso, al canalizar la mayor parte de sus fondos al sector privado, y sólo ocasionalmente hacia el público, las obras sociales consolidaron la situación descrita anteriormente.

En 1983, a partir de la asunción del gobierno constitucional y por imperio de un cambio de estructura de la Ley de Ministerios, todas las obras sociales del régimen nacional quedaron encuadradas dentro de la esfera del Ministerio de Salud y Acción Social y de la Secretaría de Salud relacionadas a través del INOS.

Al margen de los aspectos formales y técnicoadministrativos de la legislación del sistema, cuyo análisis demandaría una gran extensión, interesa desarrollar algunos instrumentos de regulación y determinación de políticas, como el Nomenclador Nacional (N.N.) y los organismos "paritarios" de concertación.

El Nomenclador Nacional cumple funciones en el ordenamiento y homogeneización del sistema:

—Clasifica las prestaciones y delimita sus componentes obligados, fija alcances y limitaciones de cada sector del gasto sanatorial.

—Valoriza las prestaciones de acuerdo

con la complejidad del acto médico, al tiempo y riesgo que implican y a la intervención de aparatos e instalaciones que requieran.

—Fija algunas normas de acreditación de servicios.

—Actualiza los valores de las unidades que componen los aranceles de acuerdo con la evolución de los costos generales del país.

Así como el Nomenclador Nacional contribuyó a homogeneizar las relaciones entre prestadores y prestatarios, fue responsable de algunas distorsiones, como la jerarquización de las prácticas de diagnóstico y tratamiento en relación con la consulta médica, y la sobrevaloración de las prestaciones de alta complejidad. Este fue otro factor que fomentó la adquisición desmesurada de aparatos con respecto a las necesidades reales de la población.

Los organismos "paritarios" de concertación tuvieron un papel relevante en la historia del sistema, pues permitieron elaborar pautas de funcionamiento y reajustes apoyados por un amplio consenso.

La Ley 19.710/72 consagró un preciso mecanismo de concertación adjudicando representatividad a las entidades gremiales profesionales para discutir en un pie de igualdad con los representantes de las obras sociales con la supervisión y coordinación del INOS. Este mecanismo dio origen a la llamada "Gran Paritaria Nacional", que se expidió sobre una gran cantidad de aspectos que aún hoy conservan su vigencia.

A un mecanismo similar, aunque de participación más limitada, se recurrió en el año 1980 para revisar los costos y aranceles del Nomenclador Nacional. Por otra parte, también en la actualidad y a partir del Decreto N° 353/85 funcionan comisiones de concertación en el nivel del INOS, con un balance altamente favorable. Si bien la profundidad con que fueron tratados los temas en estas etapas fue muy dispar, resulta importante resca-

Volumen XXII — N° 1 - Enero - Marzo de 1987

REVELPLAC

Solución reveladora de la placa bacteriana dental. Uso profesional cont. neto 20 grs. Cert. M.S.P. y M.A. 23081.

REVELPLAC

Comprimidos revelantes de la placa bacteriana. Presentación 20 comprimidos. Cert. M.S.P. y M.A. 19482.

FLUOROGEL

GEL con FLUOR y bajo PH para uso tópico profesional. Cert. FLUOR 1.23, PH 3.5 Presentación frascos por 250 grs.

FLUOROGEL

GEL para el cepillado diario PH 5,6 Cert. M.S.P. y M.A. 19892.

con estas mímicas características pero con sabor a MENTA

FLUOROGEL



COLABORA EN LA PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA

AV. MAIPU 2440 2 - OLIVOS (1636)

791-8263 791-9073



EDITORIAL MUNDI SAIC y F

CARIES DENTAL
Aspectos básicos y clínicos
Gordon Nikiforuk

EL NIÑO EN LA ODONTOLÓGIA
(Odontología pediátrica)
Samuel Leyt

PROTESIS FIJA
Keith E. Thayer

En preparación:
OCCLUSION
José dos Santos

INTRODUCCION A LA CEFALOMETRIA RADIOGRAFICA
Cleber Bidegain Pereira y colaboradores

FARMACOLOGIA ODONTOLÓGICA
Pablo Bazerque

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

tar esta forma de concertación como mecanismo idóneo para fijar políticas para el sistema. Aun así es necesario destacar también que la definición de instrumentos técnicos de magnitud tal que condicionen el perfil sanitario de nuestro país, no debe quedar sometida sólo a la capacidad de presión de los sectores.

Cobertura

De acuerdo con la proyección del INDEC la población total del año 1985 fue de 30.563.833 personas, lo que determinó que el 73,99 % de los argentinos eran beneficiarios del sistema.

Este universo se descomponía de la siguiente manera:

NATURALEZA INSTITUCIONAL	POBLACION CUBIERTA	PORCENTAJE
Obras Sociales regidas por la Ley 22.269 (En conjunto 288 entidades)	17.159.513	75,87
Obras Sociales Provinciales y Municipales (legislación provincial), O.S. Poder Judicial y Congreso de la Nación	4.409.294	19,50
Obras Sociales Personal Fuerzas Armadas y de Seguridad	1.046.000	4,63
Población cubierta	22.614.807	73,99
Población no cubierta o no conocida	7.949.026	26,01
Población total (Proyección INDEC/85)	30.563.833	100,00

Descentralización y Distribución Geográfica

La mayor parte de las obras sociales tienen sus sedes centrales en la Capital Federal, donde se concentra además la casi totalidad de la capacidad instalada propia asistencial.

Esta concentración no es proporcional al volumen de población sino superior: es decir que, salvo excepciones como el Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario, existen escasas instalaciones asistenciales pertenecientes a este sector en el interior del país.

En líneas generales, en el interior del país predominan los contratos mediante pago por prestación (según valores del Nomenclador Nacional), con entidades colegiadas o gremiales-profesionales, en tanto que en las áreas metropolitanas (Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Mendoza) prevalecen los contratos con pres-

tadores directos, ya sea mediante pago por prestación o por capitación, y los servicios propios.

Las causas de esta distribución de recursos no son estrictamente sanitarias. La estructura organizativa de las obras sociales no ha estado determinada en general por la necesidad de atención médica de su población, sino por la forma de organización de las entidades que les dieron origen.

El grado de descentralización operativa es variable. En algunos casos la propia obra social tiene seccionales en el interior del país y opera mediante giro de fondos con fiscalización diferida. En otros casos utilizan como agentes administrativos a dependencias de la entidad madre (sindicato, ministerio, etc.) pero se fiscaliza, se liquida y se libra el pago en la sede central. Entre estas modalidades extremas existen todas las variables posibles.

En síntesis, independientemente de los resultados finales que se obtengan en la calidad de la atención médica, ya que esto es muy difícil de evaluar, los beneficiarios de las áreas más densamente pobladas gozan de una mayor cantidad y

calidad de servicios, y éstos se hallan más concentrados.

Las obras sociales dependientes de la Ley 22.269 se distribuyen de la siguiente manera:

NATURALEZA INSTITUCIONAL	CANTIDAD DE OBRAS SOCIALES		POBLACION CUBIERTA
	Nro.	Porcentaje	Porcentaje
Administración Mixta	12	4,17	52,16
Sindicales	198	68,75	36,70
Personal de Dirección	24	8,33	4,93
Estatales	15	5,21	4,33
Por Convenio	30	10,42	0,69
De Empresas	1	0,35	0,15
Adheridas	3	1,04	0,81
Ley 21.476	5	1,74	0,33
TOTAL	288	100,00	100,00

La magnitud de la población cubierta por cada obra social, sus características socio-económicas y su distribución geográfica son variables, del mismo modo que su eficacia en la recaudación de los aportes fijados por la Ley. Entre la obra social más numerosa —el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.)—, con 2.984.579 beneficiarios y la menos numerosa, hay una amplitud de rango casi considerable. Sólo 50 obras sociales (algo más de la sexta parte del total de entidades) cubren el 93% de la población del sistema y oscilan entre los afiliados del I/N.S.S.J.P. ya mencionados y los 48.234 de la Obra Social de Petroleros.

Como se ve en el cuadro, las obras sociales de administración mixta son las más voluminosas: sólo 12 entidades absorben más del 50 % de los beneficiarios. En cambio las obras sociales sindicales son las más atomizadas, ya que casi 200 organismos diferentes contienen menos del 37% de la población.

Respecto del cuadro precedente, de-

be aclararse que el total de 288 obras sociales, no incluye Asociaciones de Obras Sociales (A.D.O.S.) porque no poseen población beneficiaria propia, ni aquellas obras sociales que duplican información sobre población (Ej.: Seguros, Vidrio, Bancarios, etc.)

La capacidad recaudadora es también enormemente dispar y muy difícil de evaluar con datos confiables. En las obras sociales estatales el mecanismo es automático y no existe evasión. Las de administración mixta, por su gran volumen, cuentan, en general, con sistemas recaudadores más eficientes y técnicos.

Financiamiento

El financiamiento del sistema de obras sociales regidas por la Ley 22.269 se basa fundamentalmente en los siguientes aportes:

- Una contribución a cargo del empleador equivalente al 4,5% del salario de los trabajadores.

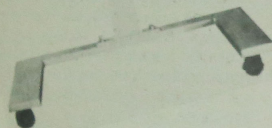
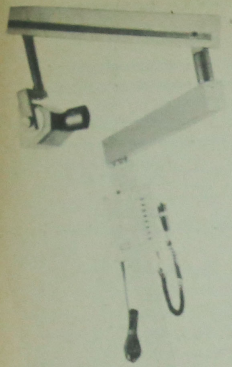
DSJ-R



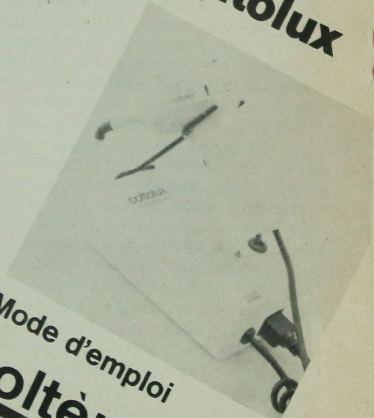
ALTO RENDIMIENTO - BAJA
 RADIACION. TIEMPOS PRECISOS
 GENERADOR Y TUBO RAYOS X
 TRATADO SEGUN NORMAS
 INTERNACIONALES
 SUAVIDAD DE MANIOBRABILIDAD
 -PRODUCCION MECANIZADA
 ELEGANTE ESTETICA - DISEÑO Y
 PINTURA ARMONIOSA.

DATOS TECNICOS: Rendimiento: 10 Ma. - 60 Kv.

- * Alimentación: 220/100 Volts - 50/60 Ciclos.
Red de alimentación: 1,5 mm2.
Conexión a tierra efectiva
- * 220/110 Volts - 50/60 Ciclos



Coltolux



Mode d'emploi
coltène®

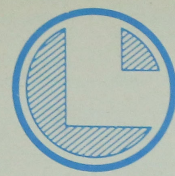
Con señal auditiva (bip) cada 10 segundos

Tiempo de exposición de la luz, 20 segundos para

2,5 m-m. (profundidad).
Modelo de mesa o de pared.

PLUS DENTAL S.A.

Junín 1001 - 1113 Buenos Aires - República Argentina - Tel.: 824-9847



BANCO CREDITO LINIERS

SOCIEDAD ANONIMA

"Un Banco a su medida"

Le ofrece sus servicios de:

✓ **ARGENCARD**

La tarjeta de crédito líder en el país con la que podrá realizar sus compras en más de 100.000 comercios adheridos.

✓ **MASTERCARD**

La tarjeta de mayor presencia en el mundo con más de 5.000.000 de comercios adheridos, le ofrece además sin cargo su tarjeta del Servicio de Asistencia al Viajero (SAV) en el exterior.

✓ **INVERSIONES**

Seguras, confiables y rentables. Asesórese

✓ **CAJA DE AHORROS**

De tramitación rápida y operaciones ágiles.

* Usted será atendido por personal especializado en cualquiera de nuestras sucursales

CASA CENTRAL

Esmeralda 33
Tel: 30-8027/8361

LINIERS

Av. Rivadavia 11244
Tel: 641-1491/2/4

FLORES

Av. Rivadavia 7102
Tel: 611-2987
613-1223/1227

SAN JUSTO

Dr. L. Aneta 3067
Tel: 651-6092

MAR DEL PLATA

San Martín 2750
Tel: 25460 - 20437

MATRIZ

Ramón L. Falcón 7078
Tel: 642-0011/0411/0311

b) Un aporte a cargo de los trabajadores equivalente al 3% de su remuneración.

c) Aportes de distinta naturaleza otorgado a algunas obras sociales a través de distintas disposiciones. Los fondos son recaudados por cada

obra social en función del encuadramiento que corresponde a los trabajadores (beneficiarios titulares) en función de su convenio de trabajo).

Según los estudios realizados en el nivel de la Secretaría de Salud, el gasto en salud originado en los distintos subsectores es de:

GASTO EN SALUD	AÑO 1970/71		AÑO 1980		AÑO 1984	
	PORCENTAJES					
	del gasto	del PBI	del gasto	del PBI	del gasto	del PBI
Gasto público	20	1,5	30,1	2,1		
Gasto a cargo de las Obras Sociales	30	2,2	35,8	2,5		3,0
Gasto directo	50	3,7	34,1	2,4		
TOTAL	100	7,4	100	7,0		

Como se describirá más adelante el sistema de información disponible en la República Argentina no proporciona los datos históricos necesarios para una adecuada correlación, hecho este que será superado en función de los programas implementados. No obstante, en 1985 en el INOS se realizaron distintos estudios tendientes a analizar algunos datos específicos, entre ellos el de ingresos y gastos de 12 obras sociales que comprenden a 8.000.000 de beneficiarios y a través del cual significa que el gasto médico-asistencial por beneficiario/año fue en 1984 de US\$

90,56 que, proyectándolo, representa aproximadamente US\$ 1.500.000.000 por año para 17.300.000 beneficiarios dependientes de la Ley 22.269 y de US\$ 1.900.000.000 para los 22.300.000 beneficiarios totales, es decir el 3,0% del PBI/84 (US\$ 63.000.000.000).

Otros de los estudios realizados dio como resultado la estructura del gasto de las obras sociales que no poseen servicios propios, medido en función de los convenios que han establecido con los prestadores aplicando los aranceles regidos por el Nomenclador Nacional.

Resulta de ello el siguiente cuadro:

CONCEPTO

CONCEPTO	Porcentaje del gasto total
Honorarios médicos	28,5
Gastos sanatoriales	20,4
Gasto y honorarios bioquímicos	8,1
Gasto y honorarios odontológicos	5,0
Gasto en medicamentos, material descartable y prótesis	20,0
Otros gastos no asistenciales	18,0
TOTAL	100,0%

La administración cuidadosa y eficiente del Fondo de Redistribución ha permitido, igual que en 1984, la ejecución de las partidas específicas para transferencias a obras sociales que alcanza en 1985 prácticamente el ciento por ciento de los créditos disponibles. Pero además se concentran todos los recursos en las funciones específicas del INOS y se consigue en moneda constante, una transferencia de casi el doble del monto de apoyos financieros otorgados en 1983. La mejor recaudación permitió incrementar el presupuesto de 1985 por encima de lo autorizado por el Congreso y elevar un presupuesto en 1986 que incrementa aún más los recursos para distribuir (31,6% en moneda constante).

El Fondo de Redistribución mencionada se constituyó en virtud del Artículo 21 de la Ley 18.610, luego modificado por el Artículo 13 de la Ley 22.269, y en virtud de ello es administrado por el INOS. El mismo se integra fundamentalmente con:

- el 10% de los recursos de las obras sociales provenientes de aportes y contribuciones;
- el 60% de los ingresos de las obras sociales provenientes de recursos de distinta naturaleza.

El destino de estos fondos está regido por el Art. 14 de la misma ley, autorizando el otorgamiento de apoyos financieros que en un 90% deberán estar destinados a prestaciones médico-asistenciales.


Finalmente cabe señalar que la depresión económica que sufre la población trabajadora en nuestro país provoca consecuentemente una depresión de la capacidad financiadora de las obras sociales frente a los crecientes costos, creando una difícil situación que plantea la imperiosa necesidad de articular y ordenar el sistema, objetivo central del proyecto del Poder Ejecutivo de Seguro Nacional de Salud.

Las Prestaciones de Atención Médica

Las actividades de atención médica que desarrollan en la actualidad los distintos efectores de salud son el resultado de la sumatoria y/o combinación de acciones iniciadas en diversos ciclos a través de orientaciones políticas, científicas, sociales, económicas o culturales y que al influjo de la realidad se reacomodó marcando tendencias que privilegiaron unas actividades sobre otras.

Según lo han expuesto algunos autores, el sistema de salud configura la expresión operativa de un paradigma que en este caso corresponde a una concepción mecanicista y biológica de la enfermedad y que privilegia el enfoque curativo sobre el preventivo, disociándose el concepto de medicina y salud. Constituye en su conjunto un modelo prestador cuyo paradigma está francamente influido por el concepto cartesiano del

Sistemas telefónicos digitales



de absoluta privacidad en comunicaciones internas y externas. 1 a 5 líneas. 2 a 18 minutos y Jefe. Secretaria. Industria Argentina al mejor nivel internacional.

Service y repuestos garantizados
Consulte planes de financiación y alquiler

Telefonia MAI-MAR S.A.
Av. SANTA FE 2274. Piso 11 Of. C. (1123) Capital
Tel. 821.6265 962.3289

conocimiento (dividiendo el todo hasta llegar a sus partes no divisibles) y consecuentemente impregnado de un reduciéndose de la observación científica y de la súper especialización, con desarrollo de tecnologías sofisticadas.

La formación del recurso humano profesional siguió pautas similares sin guardar relación con las necesidades en salud. Su número, distribución y formación, siguen el patrón del comportamiento expuesto y condicionaron la estructuración del modelo real. En la actualidad se estima en 80.000 el número de médicos, en 8.000 el de bioquímicos y en 20.000 el de odontólogos.

Al analizar el modelo vigente se observa que el enfoque curativo ha sido el centro de atención, así como el objetivo que atrajo la mayor parte de los esfuerzos y asignación de recursos. En función de lo expuesto, resulta obvio cuáles habrían de ser las medidas o actividades que a través del tiempo lograsen un mayor aco-

gimiento y resultaren a la postre las de mayor vigencia. El recurso cama de hospitalización adquiere prioridad técnicopolítica, así como el desarrollo de la tecnología compleja y especializada se ve facilitada a través de una política económica (que durante los últimos años incluyó un dólar artificialmente bajo) y de una protección financiera en la valoración de las prácticas incluidas en el Nomenclador Nacional.

La capacidad instalada es de 59/00 habitante, cifra ésta aceptable globalmente. No obstante en el análisis particularizado surgen dudas sobre la verdadera y real capacidad asistencial de las mismas, dada la obsolescencia de un alto porcentaje de éstas.

La capacidad asistencial relativa del subsector público ha decrecido paulatinamente en los últimos años, tal como lo expresa el siguiente cuadro de distribución de las camas de internación según propiedad del efector.

Cama por Jurisdicción	Año 1964		Año 1969		Año 1980	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Estatal	107.495	75,9	97.688	72,9	96.161	64,1
Obras Sociales	4.957	3,5	4.977	3,7	6.801	4,5
Privado	29.175	20,6	30.100	23,4	47.048	31,4
TOTAL DEL PAIS	141.627	100,0	133.847	100,0	150.010	100,0

Fuente: *Secretaría de Estado de Salud Pública.*

La actividad privada siempre tuvo su participación en el modelo prestador, desde el consultorio privado clásico hasta los establecimientos asistenciales privados actuales. Su evolución y crecimiento se insertan en los últimos años en el desarrollo de la Seguridad Social, fuente de financiación de sus actividades.

La característica organizativa de la actividad

privada, como ya se dijo, está estructurada teniendo en cuenta la solidaridad gremial-profesional (médica, bioquímica, odontológica, farmacéutica y otras), así como la constitución de distinta índole de entidades empresarias sanitarias o asistenciales.

Esta estructura se relaciona a través de convenios (fundamentalmente por pres-

tación) con las sobras sociales en forma independiente, dando lugar a un déficit de integración regional de los recursos, remarcando la orientación curativa.

El actual modelo prestador está en crisis, dado que se basa en actividades orientadas a la reparación de los daños sin una clara identificación o aceptación de los problemas prioritarios marginándose de la realidad.

Específicamente es incompleto en su cobertura especializada, tecnológicamente complejo, desarticulado, con recursos desintegrados entre sí, ineficiente y costoso siendo cuestionable en el nivel de resultados la calidad de atención médica brindada. Está fuertemente arraigado en la cultura profesional, participa del desfase económico del modelo financiero condicionándolo y no permitiendo el reordenamiento necesario.

El Sistema de Información de Atención Médica

El aumento de la información ha producido en el desarrollo de la atención médica un importante cambio, debido principalmente a la conjunción de varios factores: el aumento del conocimiento, el mejoramiento de la decisión y la posibilidad de evaluación de las acciones.

En el campo de la información se asiste, asimismo, por un lado, a un aumento cuantitativo de la misma, configurando lo que algunos autores han denominado "la explosión de datos" no acompañada de una revolución de la información en cuanto a la obtención de los instrumentos adecuados para alcanzar fines concretos. A partir de Wiener (1948) se produce un desarrollo del aspecto cualitativo de la información que genera el desarrollo posterior de una serie de técnicas que facilitan principalmente la toma de decisiones. Dentro de esa línea se encuentran modelos que generan, a su vez, la necesidad de nueva información.

Las decisiones en el campo de la salud se alimentan de información proveniente de las necesidades, de las demandas, y

obliga a su vez, a crear nueva información para considerar la utilidad y rentabilidad del proceso desarrollado, así como la calidad de las acciones brindadas. Este conjunto de datos permite en un sistema abierto, elaborar los mecanismos de retroalimentación a fin de controlar y monitorizar el funcionamiento del proceso.

Por último, la administración frente al incremento de la información y su diversidad, frente al cambio de los productos que debe manejar y frente al desarrollo de toda una aparatología que agiliza el tratamiento de la información, ha adoptado rápidamente una postura a fin de absorber y conducir el cambio producido y ha generado la teoría general de los sistemas comprensiva e integradora que responde a procesos globales.

Este ha sido un campo de desarrollo conceptual más que de concreciones puntuales en el área de la salud. Las pocas experiencias han mostrado un gran nivel de generalización lograda en estructuras sin demasiada complejidad.

Esta introducción muestra a la información con un campo propio de desarrollo que consiste en la apoyatura para la administración de los recursos de salud en una actitud global y sistemática. Este último enfoque es la metodología que se desarrollará en este informe, precisando su alcance a un sistema de financiamiento de la salud.

La Información de un Sistema de Financiamiento de la Atención Médica. Consideraciones Generales

Antes de desarrollar el mismo es importante señalar las principales limitaciones de los sistemas actuales de información. La mayoría de los datos se manejan sin una conceptualización propia del sector para la mayoría de los indicadores. Asimismo, se produce la observación aislada de los componentes por la carencia de un enfoque sistemático del mismo. Cuando se ha incorporado la computadora para el procesamiento de los datos, no se ha producido el cambio adecuado ni de los canales tradicionales ni de la mentalidad del usuario.

Una manera de encarar la situación es pensar en el sector como un todo, un sistema en el que es más necesario analizar las interrelaciones que se dan entre los elementos que lo integran y los de éstos con la población.

El sistema de información deberá considerar aquellas áreas de interés a las que debe apuntar el sector para tomar decisiones, el tipo y magnitud de los problemas por solucionar, las características de

la implementación de las acciones y los elementos de control y evaluación.

Para el diseño del sistema de información se deberá, por lo tanto, establecer la base para definir, analizar, interpretar y comunicar datos sobre esas áreas, las que constituyen los objetivos que el sistema de salud debe lograr y que se incorporaron en la Resolución N° 1200/85 - INOS.

CONSULTORIOS DE RADIOLOGIA DENTO-MAXILO-FACIAL RADIOGRAFIAS

INTRAORALES
EXTRAORALES

TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIO
CEFALOMETRICOS
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS
CONDILOGRAFIAS

Profesor Dr. J.A Vázquez y Dr. E.R. Cura

Horario: de 9,30 a 12,45 y de 15 a 19,30. Sábados, de 9,30 a 12,30.
CORRIENTES 2362 - 2° C. T.E.: 47-4532 (1046) Bs. As.

Educación Para La Salud

1987: Año Internacional de la Mujer

El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en el ámbito de la Secretaría de Salud, viene desarrollando el "Programa Mujer, Salud y Desarrollo", que hasta la fecha ha producido abundante material informativo: seminarios, conferencias, audiciones radiales y televisivas como una forma de inserción en la sociedad. En este Año Internacional de la Mujer, ofrecemos la transcripción de publicaciones del "Programa Mujer, Salud y Desarrollo".

LAS MUJERES Y LA SEXUALIDAD

Introducción

La sexualidad es un aspecto importante de la vida. Sin embargo, si nos preguntamos qué sabemos sobre este tema, estaremos de acuerdo que, en general, hombres y mujeres conocen y convérsan poco sobre esto. La información que poseemos es poca y muchas veces equivocada. Casi todos sentimos vergüenza al hablar del tema.

¿Por qué se conoce poco de algo tan importante?

Años atrás se creía que la sexualidad era sólo un hecho biológico, que funcionaba como un instinto a partir de los 12 ó 13 años. Era considerada como algo malo, de lo cual no se debía hablar. Cuando los niños preguntaban de dónde venían los bebés, se les contestaba que

los traían las cigüeñas, para evitar el tema.

Pero esto fue cambiando, se descubrieron otras cosas sobre la sexualidad que permitieron conocer que no estaba limitada a lo biológico o lo físico. Comenzaron a conocerse los sentimientos y emociones que forman parte de la sexualidad y que ésta no empieza de golpe a los 12 años, sino que se nace con sexualidad. Los niños tienen sexualidad, pero es diferente de la de los adultos. A lo largo del crecimiento, la sexualidad va cambiando hasta que llega a tener las características de la del adulto.

Hoy se sabe que la forma en que se vive y se expresa la sexualidad está influida por la sociedad que establece qué se debe hacer por ser varón o ser mujer.

De un tema tan amplio como es el de la sexualidad, consideraremos en este folle-

to algunos aspectos de la sexualidad adulta. Alrededor de ella gira la elección de una pareja estable, la expresión del amor entre un hombre y una mujer, la formación de una familia, la posibilidad de tener hijos, cuidarlos y educarlos, la capacidad de vivir más plenamente la vida y también la manera de participar en la comunidad.

Este folleto se propone responder algunas de las preguntas más frecuentes que las mujeres hacen sobre la sexualidad. Surgirán inquietudes que este folleto no podrá satisfacer. Muchos aspectos de los ciclos vitales es necesario conocerlos para superar temores y prevenir trastornos y ser entonces protagonistas de nuestros problemas. Hay que recordar que cuando sea necesario se consultará al médico, concurriendo al hospital o centro de salud; esto no significa dejar de ser activas participantes en la resolución de nuestros problemas.

LA SEXUALIDAD

1) ¿Por qué es importante discutir en grupo sobre la sexualidad?

Conversar en grupo sobre la sexualidad ayuda a superar las trabas, la vergüenza y el miedo que a veces produce hablar de este tema. Aprendiendo de nuestra propia experiencia y de la de los demás, podremos estar en mejores condiciones de saber qué es lo falso y lo cierto. De esta manera empezaremos a hablar más naturalmente sobre cómo es nuestro cuerpo, cómo funciona, y sobre nuestros sentimientos respecto de los hechos sexuales.

2) ¿Por qué es necesario conocer nuestro cuerpo?

Conocer nuestro cuerpo nos ayuda a cuidarlo. Así empezamos a entender nuestra sexualidad. Esto nos permite un mejor acercamiento con

los otros y también poder informar a nuestros hijos y ayudarlos a que crezcan sanos y felices, sin los tabúes y los miedos con que nosotros crecimos.

3) ¿Por qué es importante conocer la sexualidad masculina?

Una mujer no puede decir que tiene suficiente información sobre su propia sexualidad si no conoce los aspectos esenciales sobre los varones. El destino biológicamente natural es la constitución de una pareja, es decir la integración de la mujer y el hombre. Ambos se complementan en lo afectivo, social y biológico. Por eso, la mujer debe conocer la sexualidad masculina para eliminar miedos, detectar problemas sencillos que podrían requerir consulta médica, complementarse más efectivamente con su pareja y en el futuro ser la guía educativa para sus hijos.

LOS ORGANOS SEXUALES

4) ¿Cuáles son los órganos sexuales femeninos y dónde están ubicados?

Los órganos sexuales femeninos se dividen en genitales externos, es decir los que vemos, y genitales internos, que estando dentro del organismo no se ven pero cumplen una misión importantísima en la vida sexual.

Los genitales externos son los labios mayores y menores que cubren la vagina y forman la vulva. En su unión anterior se halla el clítoris, que es un pequeño órgano eréctil. Cubriendo parcialmente la entrada a la vagina se halla el himen, que es una membrana parcialmente perforada. Es importante saber que nunca esta membrana es totalmente

cerrada, aun en la niña tiene una abertura.

Los genitales internos están ubicados dentro del abdomen. Son los ovarios que producen los óvulos o células femeninas de la reproducción y además segregan las hormonas femeninas. La trompas son los conductos que conectan los ovarios con la cavidad uterina. El útero es el órgano destinado al embarazo, tiene una cubierta mucosa que en la mujer fértil no embarazada se descama cíclicamente produciendo la hemorragia menstrual o menstruación. La vagina es el conducto que comunica el útero con la vulva y así con el exterior.

5) ¿Cuáles son los órganos sexuales masculinos y dónde están ubicados?

Los órganos sexuales masculinos están ubicados en la región del pubis. En el hombre también hay genitales externos e internos.

Los genitales externos son el pene y las bolsas. El pene cubierto por piel retráctil, que en su extremo se llama prepucio, está formado por tejido blando y esponjoso, que tiene la propiedad de llenarse de sangre provocando entonces la erección del órgano. Las bolsas están cubiertas por piel rugosa que se denomina escroto.

Los genitales internos más importantes son los testículos, que están dentro de las bolsas y producen los espermatozoides o células reproductoras masculinas y las hormonas masculinas.

ETAPAS DE LA VIDA SEXUAL DE LA MUJER

6) ¿Qué es la pubertad?

Es la etapa que marca el paso de la niñez a la adolescencia y transcurre aproximadamente entre los 10 y 15 años. Si bien su característica más saliente en la mujer es la aparición de las reglas o menstruaciones, hay otros cambios previos y posteriores que caracterizan el período.

Alrededor de los 10-11 años los pechos empiezan a agrandarse y aparece un vello escaso en el pubis. Aproximadamente un año después crecen los labios mayores y menores, intensificándose el vello pubiano. Alrededor de los 12-13 años aparece el vello axilar y las primeras menstruaciones que suelen ser irregulares. A los 14 y 15 años se normalizan las menstruaciones y la acción de las hormonas dan al cuerpo femenino su conformación característica.

Desde este momento la mujer ingresa en la etapa fértil y su cuerpo no experimentará grandes transformaciones hasta la menopausia, excepto durante el embarazo.

7) ¿Cómo repercute la pubertad en la conducta individual y social de una mujer?

Cada cambio físico es acompañado por cambios psíquicos y sociales. Es necesario conocer esos cambios para comprenderlos y respetarlos. La niña que ingresa en la pubertad tiene conciencia de los cambios que se producen en su cuerpo; experimenta pudor y, si no sabe qué le está ocurriendo, puede sentir temor.

En esta etapa de cambios físicos tan rápidos, las niñas necesitan reconocer ese cuerpo que se va transformando. Por ello se detienen ante el espejo o se miran reflejadas en una vidriera, reconociéndose a sí mismas. Se ocupan del arreglo personal y de su apariencia, preguntan cómo

les queda tal o cual ropa, no quieren usar algo que creen que les queda mal y les gusta probar o cambiar peinados.

Suelen cambiar bruscamente de estados de ánimos, de pronto están muy contentas y al rato muy tristes. Estos cambios se producen sin que las jóvenes puedan entender a qué se debe. Sucede que la alegría por ir creciendo y hacerse mujer alterna con la tristeza por dejar de ser niñas.

Las amigas ocupan un lugar cada vez más importante, porque comparten las mismas preocupaciones, iguales dudas y las mismas inseguridades y temores. Comienzan a tener un mundo propio privado, que no comentan en la casa y sólo participan de él a sus amigas. Se interesan por el otro sexo de una manera nueva; pueden sentir por sus compañeros afecto como sentían antes. Pero ahora hay jóvenes por los que sienten una atracción especial. Por ello es importante que una joven esté informada acerca de los cambios por los que atraviesa, y tenga una adecuada educación sexual, pues le es difícil manejar tantas emociones nuevas.

A pesar de que en esta etapa suelen tener conflictos con la familia, las jóvenes siguen precisando del afecto y protección de sus padres. Debe brindársele un clima de seguridad, información, afecto y protección que le permita atravesarla sin temores.

8) ¿Qué es la menarca?

Se llama menarca a la primera menstruación. Esta aparece durante la pubertad, etapa en la que ocurren los cambios ya mencionados. Es también la época en que las chicas se interesan por los varones y gustan de algunos de ellos.

En esta etapa es muy importante que los padres y la escuela expliquen a la adolescente qué les está pasando y la eduquen para su recién estrenada madurez sexual corporal.

9) ¿Cuál es la edad fértil o sea aquella en que la mujer puede quedar embarazada?

Habitualmente se considera edad fértil al período entre los 15 y 45-55 años de edad. Sin embargo esto depende de la edad de la primera menstruación, si esta es muy precoz (11 - 12 años), la fertilidad comienza a esa edad. Finaliza generalmente entre los 45 y 55 años, es decir cuando aparece la menopausia.

10) ¿Qué es la menopausia?

Es la etapa en que finaliza la fertilidad en la mujer. Se caracteriza por no presentar más las menstruaciones o reglas y se produce aproximadamente entre los 45 y 55 años. A partir de este momento no se producen óvulos por lo tanto ya no se puede quedar embarazada. Se acompaña de algunos trastornos hormonales que producen acaloramientos y otros trastornos físicos y psíquicos hasta que el cuerpo se adapta al nuevo equilibrio hormonal.

CICLO MENSTRUAL Y EMBARAZO

11) ¿Qué es el ciclo menstrual?

El ciclo menstrual es el período de 28 a 30 días que comprende la maduración del óvulo, su eliminación llamada ovulación, que ocurre alrededor del día 14 ó 15 del ciclo y culmina con la menstruación o hemorragia menstrual, que por su periodicidad también se llama regla. Cada ciclo menstrual comienza con

la menstruación y termina también con ella, reiniciándose mensualmente el proceso.

12) ¿Qué es la menstruación?

Cada mes, el útero se prepara y acondiciona para recibir un óvulo que, después de ser fecundado por un espermatozoide, podrá convertirse en un bebé. Cuando no hay embarazo todo el tejido preparado por el útero no es necesario. Entonces, cada mes el útero se desprende del mismo y lo expulsa al exterior mezclado con sangre; esta pérdida constituye la menstruación o regla.

13) ¿Qué condiciones deben darse en la evolución de una mujer para comenzar a tener relaciones sexuales

La relación sexual es uno de los componentes de la relación de una pareja estable. Por lo tanto, para el comienzo de las relaciones sexuales deben darse las mismas condiciones que para la conformación de una pareja. Esto es, en lo físico, el desarrollo pleno de los órganos sexuales y la regularización de la menstruación y en lo psíquico-social, afecto profundo y la adquisición de la madurez y responsabilidad necesarias en sus acciones individuales. Deben conocer tanto la mujer como el varón las implicancias de la relación sexual, incluyendo la posibilidad de embarazo.

14) ¿Cómo se produce el embarazo?

Durante el acto sexual, el semen es depositado en la vagina y los espermatozoides que contiene ascienden al útero y trompas en busca del óvulo. Si ambas células se encuentran se produce su unión, que llamamos "fecundación" y el óvulo fecundado podrá convertirse en un bebé a los nueve meses.

15) ¿En qué período del ciclo menstrual la mujer puede embarzarse

En el período fértil que se extiende aproximadamente del día 10 al 21 del ciclo menstrual. Esto no es fijo y puede cambiar cada mes, principalmente cuando los ciclos tienen distinta duración. Hay métodos que permiten determinar mejor el período fértil.

16) ¿Puede una mujer embarzarse sin tener una relación sexual con un varón?

No, el embarazo sólo se produce cuando por una relación sexual el varón deposita el semen o esperma en la vagina de la mujer. El depósito del semen en la vulva también puede producir el embarazo, ya que los espermatozoides pueden ascender desde la vulva.

17) ¿Siempre que se tienen relaciones sexuales se produce el embarazo?

El embarazo se produce cuando se tienen relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual.

A veces la mujer no produce óvulo en el ciclo menstrual, en ese caso tiene la menstruación o regla, pero aunque tenga relaciones sexuales no se produce el embarazo. Esto no es lo habitual y es una de las causas de no quedar embarazada.

18) ¿Se pueden tener relaciones sexuales después de la menopausia

La menopausia no significa que se termine la posibilidad de tener una vida sexual plena y feliz. Simplemente no es posible tener hijos.

En otra época se tendía a pensar que la sexualidad de la mujer se terminaba con la menopausia. Ahora

sabemos que la vida sexual puede y debe continuar.

19) **¿Cómo sabe una mujer que está embarazada?**

Fundamentalmente porque no tiene la regla o menstruación, está en la edad fértil y ha tenido relaciones sexuales ese mes.

CUIDADOS DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y SU EDAD FÉRTIL

20) **¿Cómo debe cuidarse una mujer embarazada?**

Lo primero que debe hacer la mujer al notar la primera falta de la menstruación, es consultar al médico u otra persona del equipo de salud que esté especialmente adiestrada para la atención del embarazo. Una vez confirmado el embarazo debe controlarse periódicamente según indicación del médico.

Ante signos de alarma debe consultar inmediatamente.

Es conveniente que durante el embarazo la mujer deje de fumar y que no tome remedios por su cuenta. Debe tratar de no fatigarse ni hacer esfuerzos físicos. En la segunda mitad del embarazo es conveniente descansar en cama después de comer.

21) **¿Cómo y cuándo una mujer embarazada puede tener relaciones sexuales?**

Durante todo el embarazo, si éste es normal, sin embargo es conveniente consultar al médico desde que se confirmó el embarazo, respecto de los posibles cuidados que debe tenerse.

22) **¿Cómo debe cuidarse una mujer que no desea tener hijos?**

Lo primero que debe hacer es consultar a un médico, ya que cada mu-

jer tiene características particulares. Hay que rechazar los métodos y los consejos "caseros" o de amigas que, aún con la mejor intención, suelen ser la causa de errores que habrían podido evitarse. No obstante, toda mujer debe saber que existen métodos sencillos si no desea quedar embarazada. Para su elección se basará en el consejo del médico y en sus creencias.

Existen muchos métodos artificiales aplicables a la mujer como medicamentos, dispositivos intrauterinos, diafragmas y, para el varón, preservativos. Existen otros métodos naturales basados, fundamentalmente en la supresión de la actividad sexual los días fértiles del ciclo menstrual. Estos métodos se pueden usar según las características de cada mujer, por eso no deben utilizarse sin consulta médica. Cada pareja según sus creencias religiosas, sus costumbres y el consejo del médico, elegirá o desechará estos métodos.

23) **¿Es conveniente el embarazo de las mujeres antes de los 18 años**

No es conveniente porque habitualmente a esa edad no han alcanzado el pleno desarrollo físico, existiendo mayores riesgos para ellas y sus hijos. Toda embarazada en esa edad debe controlarse más para evitar inconvenientes tanto a la madre como al niño, en esos casos debe consultarse al médico lo antes posible.

24) **¿Los embarazos muy frecuentes son convenientes?**

No es lo mejor para la madre y para los niños que los embarazos sean, muy frecuentes. A veces, a los pocos meses de nacer un bebé, la madre queda nuevamente embarazada. En estos casos la madre puede desnutrirse y los niños que nacen tener menos peso y menos defensas.

Las Mujeres y la Lactancia

Este folleto está destinado a contestar algunas de las preguntas más frecuentes que se plantean las madres frente a la lactancia: el destete y la alimentación del niño durante el primer año de vida.

Los bebés cuando están sanos crecen y se desarrollan bien. La madre y la familia los ayudan y protegen dándoles lo que necesitan: una buena alimentación, mucho amor y cuidados.

Una infancia sana y feliz asegurará hombres y mujeres mejor preparados para incorporarse a la sociedad.

El buen crecimiento y desarrollo del niño y su felicidad dependen en gran medida de que su mamá y su familia sepan algunas cosas básicas.

Señora mamá, conozcalo y ayúdenos a que lo conozcan otras madres.

LA LACTANCIA:

1) **¿Cómo se alimenta a un niño recién nacido?**

Lo natural es que se alimente con **leche de su mamá**. Esto es lo que más le gusta y conviene al bebé.

2) **¿Cómo se prepara la mamá para una buena lactancia?**

Para tener mucha leche para darle al bebé la mamá se prepara desde el embarazo. La adecuada alimentación materna durante el embarazo y después de nacido el bebé, así como el deseo de amamantarlo son los principales factores que la ayudan a tener la leche necesaria para darle a su hijo.

3) **¿Por qué la leche materna es el mejor alimento para el bebé?**

Volumen XXII — N° 1 - Enero - Marzo de 1987

Porque:

— Contiene todos los nutrientes y las vitaminas que el niño necesita para crecer bien.

— Protege contra las enfermedades más comunes, como son diarreas e infecciones.

— Es una forma de dar y recibir amor por parte de la madre y el niño.

4) **¿Cómo debe estar la madre para amamantar al niño?**

Para que la leche baje bien es conveniente que la mamá esté tranquila, adopte posiciones y situaciones cómodas y luego acerque el niño al pecho.

5) **¿Hay leches buenas y leches malas?**

La leche de la mamá es **siempre buena**. No hay leches malas o aguadas.

Las enfermedades comunes que puede tener la mamá no son motivo para suspender el amamantamiento. El médico le indicará a la mamá cuándo debe dejar de darle la leche por estar enferma. En ese caso no olvide seguir sacándose la leche para que no deje de producirse.

6) **¿Cómo se debe alimentar la mamá que da el pecho?**

La leche materna se produce con los alimentos que come la mamá, por eso la necesidad de alimentarse bien cuando amamanta a su hijo. Debe comer una cuarta parte más de lo que normalmente hacía. Principalmente se deben comer frutas, verduras, leche, huevos y alimentos que le den energías. No de-

Ateneo Arg. de Odontología — 37

be comer picantes ni condimentos fuertes y tampoco tomar alcohol.

7) Si el bebé toma mucho, ¿la leche se acaba?

No, la leche se va formando en los pechos de la mamá durante todo el día y esto se hace a medida que el bebé chupa. Por eso en general cuanto más veces pone el bebé al pecho más leche se produce. Si chupa poco, se produce menos leche.

Si la mamá aumentó adecuadamente de peso durante el embarazo y mientras lo amamanta, tendrá leche suficiente en cantidad y todo el tiempo necesario.

8) Cuando se forman grietas y lastimaduras alrededor del pezón, ¿debe dejar de amamantar?

Estos inconvenientes no son un motivo para dejar de amamantar, es más, la salida de la leche ayuda a curar las heridas, pero si la mamá tiene muchos dolores, puede extraer la leche con un sacaleche hasta que las grietas se curen. De esta forma se seguirá produciendo la leche y podrá continuar amamantando al bebé una vez curadas las grietas.

9) Una señora que amamanta ¿puede tomar medicamentos?

Como algunos medicamentos pasan a la leche, sólo deberá tomar los medicamentos indicados por el médico. Es conveniente que la mamá le comente al médico cuando se le indica un remedio que está dando de mamar.

10) ¿Durante cuánto tiempo se debe amamantar al niño?

Es conveniente prolongar la lactancia lo más posible durante el primer año de vida. Por lo menos se aconseja hacerlo los tres primeros meses.

También debemos recordar que a partir del cuarto mes se deben agregar otros alimentos además de la leche materna.

11) Cuando una mamá trabaja fuera de su casa, ¿cómo hace para amamantar a su bebé?

La legislación actual otorga dos descansos de media hora cada uno durante la jornada de trabajo para amamantar al hijo. Esto se extiende hasta el primer año, pero por razones médicas justificadas la madre puede gozar de esa autorización por más tiempo. Por motivos diversos, este beneficio que otorga la ley no siempre es utilizado por las mamás. Es importante continuar con el amamantamiento una vez reiniciado el trabajo fuera del hogar. Si usted no puede usar los dos descansos que le otorga la ley, por lo menos antes de ir a su trabajo dele una mamada y al regresar a su hogar dele otras dos. Mientras usted está trabajando, a los bebés de más de tres meses es aconsejable alimentarlos con papillas y no con biberones.

12) Cuando una mamá no puede amamantar a su bebé por cualquier circunstancia, ¿qué leche le puede dar?

Leche de vaca líquida o en polvo, esta última diluida en agua bien hervida anteriormente y según la indicación del médico. Los primeros tres meses use mamadera. Es importante que se la de acercándolo al pecho. Recuerde que la alimentación es también una forma de brindar amor al bebé. A partir del cuarto mes puede darle leche de vaca en tasa con cucharita.

13) ¿La leche en polvo hace crecer más a los bebés?

No, como ya hemos dicho el mejor alimento para el bebé es la leche de

la madre, sólo cuando por indicación médica o por otra circunstancia usted no pueda darle su leche, alimentelo con leche de vaca o en polvo.

14) ¿La leche en polvo es leche de madre preparada?

No, la leche en polvo es leche de vaca deshidratada, a la cual se le agregan a veces vitaminas y minerales.

EL DESTETE

15) ¿Qué es el destete?

A medida que el bebé crece, va necesitando otros alimentos, además de la leche materna. A partir de este momento comienza la etapa llamada de "destete". Se inicia con la sustitución de algunas mamadas por papillas y termina cuando el bebé deja de tomar el pecho. El destete debe ser gradual, no brusco. La madre y el niño se van separando en esta etapa y es una decisión entre ellos el momento adecuado para terminar la lactancia.

16) ¿En qué momento se produce el destete?

No hay un momento exacto, se hace gradualmente y de a poco. Es importante que el médico oriente a la mamá respecto de cuándo y qué tipo de alimentos debe ir agregando para la correcta alimentación del niño. Normalmente a partir del cuarto mes se deben agregar otros alimentos a la leche materna.

17) ¿Cuáles son los peligros más importantes durante el destete?

Si el bebé no recibe lo que necesita se retrasará su crecimiento y esto puede llevarlo a la desnutrición.

Si no recibe lo adecuado, será más propenso a infecciones o enfermedades como diarreas y bronquitis. Si no es atendido con cariño se pondrá triste y no seguirá adelante en su desarrollo. La interrupción del amamantamiento debe ser gradual y no brusca o repentina, esto ayuda a evitar algunos de estos peligros.

18) ¿Qué alimentos se deben agregar a partir del cuarto mes?

Primero se agregan papillas, especialmente de caldo con harina de maíz, sémola o cabellos de ángel. Estas papillas, pueden ser dulces o saladas.

A partir del sexto mes a estas papillas le agregan, primero la yema de un huevo cocido, luego la clara, carnes de vaca, pollo o pescado y también purés de papa, batata o zapallo.

Entre el séptimo y el octavo mes se agregan fideos, arroz, verduras cocidas o crudas y pan. Las frutas, primero en jugo y luego ralladas pueden empezar a darlas al bebé desde el tercer mes de vida.

Los Derechos de la Mujer Trabajadora

El trabajo es uno de las principales actividades que tanto hombres como mujeres desarrollan para satisfacer sus necesidades.

La difusión, el conocimiento, la discusión y la aplicación de los derechos que toda persona tiene cuando trabaja y, en especial las mujeres, contribuirá a una realización más armónica de las actividades laborales. En caso de incumplimiento las trabajadoras y los trabajadores podrán hacer los reclamos pertinentes y garantizar así la plena vigencia de sus derechos.

ACCESO AL TRABAJO

1) Puede trabajar

En relación de dependencia como empleada de una empresa pública o privada, en la industria, el campo y los servicios.

Ser ella misma empresaria y emplear a otros trabajadores o trabajadoras.

Ejercer al comercio.

Ejercer alguna profesión.

Formar sociedades con otras personas.

2) ¿Qué significa trabajar en relación de dependencia?

Es cuando se realizan trabajos o se prestan servicios en forma voluntaria para un empleador que deberá abonar por dichas tareas una remuneración a la trabajadora. En relación de dependencia, las trabajadoras deberán cumplir con las directivas que le fije el patrón, pero éste también está obligado al pago de la remuneración y a mantener la continuidad del vínculo laboral, así como a darle otros beneficios sociales.

3) ¿Qué beneficios sociales tiene la trabajadora en relación de dependencia?

La cobertura de una Obra Social.

El derecho a la jubilación por invalidez, cualquiera sea su edad, si se incapacita trabajando.

Recibir los beneficios de la jubilación ordinaria, o de otro tipo, cuando alcanza la edad que fijan las leyes o estatutos respectivos.

4) ¿Y si la trabajadora muere qué beneficios le asisten a los familiares?

En caso de muerte de la trabajadora el marido o su compañero tiene derecho a recibir la pensión, siempre y cuando esté incapacitado y a cargo de su esposa o compañera. Los hijos, si son varones solteros y cursan regularmente estudios, hasta los 21 años, si no, sólo hasta los 18. Las mujeres solteras hasta los 21 años. No existe límite de edad, para el cobro de la pensión por parte de los hijos si son discapacitados.

5) ¿Debe hacerse por escrito el contrato de trabajo?

No, para que exista un contrato de trabajo sólo se necesita trabajar para una empresa a cambio de un salario. Puede existir un convenio de palabra, pero si se desea un mayor compromiso o si así lo fija el estatuto o el convenio colectivo, puede solicitarse que sea por escrito.

RETRIBUCION DEL TRABAJO

6) ¿Qué es el salario?

El importe total que se recibe por trabajar para una persona, empresa privada o pública. Ese importe total puede ser en dinero, especie, vivienda o alimentos. En algunos casos, la trabajadora también puede participar en los beneficios o ganancias de la empresa.

7) ¿Cuál debe ser el monto del salario?

Es variable y depende de muchos factores, como ser: la cantidad de horas trabajadas, el tipo de actividad, la antigüedad en el empleo, el rendimiento y el cargo que tiene. Por ley existe un SALARIO MINIMO Y VITAL, que es el mínimo que debe recibir en efectivo toda trabajadora mayor de 18 años de edad, que cumple una jornada normal de trabajo en relación de dependencia.

8) ¿Como mujer, sea sola, casada o madre de familia, ¿tiene derechos a recibir el mismo salario que los hombres?

Sí, si realiza el mismo trabajo u otro de igual valor, debe cobrar el mismo salario. Cualquier diferencia debida al sexo debe ser denunciada.

9) La mujer que desee trabajar, ¿puede no ser contratada por su condición de mujer, por ser casada o por motivos de edad?

No, nuestras leyes prohíben toda discriminación para acceder al trabajo por motivos de sexo, edad, nacionalidad, creencias religiosas, políticas o gremiales. Sin embargo, si esto ocurre debe ser denunciado.

10) ¿A qué edad puede una mujer empezar a trabajar?

A los 18 años. Las mayores de 14 años pero menores de 18, que, con conocimiento de sus padres o tutores, viven independientemente de ellos, pueden firmar contrato de trabajo y no necesitan autorización para trabajar.

11) ¿Se necesita autorización del marido para trabajar?

No, una mujer puede trabajar y firmar un contrato de trabajo sin que

sea necesaria la autorización del marido.

JORNADA DE TRABAJO Y TRABAJO NOCTURNO

12) ¿Qué es una jornada de trabajo?

Es el total de horas trabajadas durante el día, semana, mes o año que el contrato o convenio colectivo exijan. La jornada máxima de trabajo es de 8 horas diarias o 48 semanales. Las leyes pueden establecer excepciones a esto por el tipo de trabajo que se preste, por el carácter del empleo del trabajador y también por las circunstancias permanentes o no, que hagan posible esta modificación en la cantidad de horas. En caso de prestar servicios en horas extras el patrón deberá abonar un recargo del 50% calculado sobre el salario habitual si es en días comunes y del 100% si se trabaja en días sábados después de las 13, domingos o feriados.

13) ¿Qué tipos de jornadas existen?

Con horario continuo o discontinuo. Esta última es en la que se trabaja por la mañana y por la tarde, con un descanso de 2 horas al mediodía. El continuo es el que se cumple en horario corrido.

14) ¿Qué se entiende por trabajo nocturno?

Es el que se realiza entre las 22 y las 6 horas del día siguiente. Cuando la jornada de trabajo es íntegramente nocturna, ella no puede exceder de 7 horas diarias, excepto en el régimen de trabajo en equipos.

15) ¿Cuál es el régimen de trabajo en equipos?

Es el que se realiza alternando tres equipos de trabajo en turnos sucesivos, cambiando cada semana. En la primera semana la tarea se realiza en

horas de la mañana, en la segunda en horas de la tarde y en la tercera en horas de la noche.

16) ¿Pueden las mujeres realizar trabajos nocturnos?

No, la ley no autoriza el trabajo nocturno de la mujer; excepto en las siguientes situaciones:

- a) Trabajos de naturaleza no industrial, por ejemplo, camareras de avión, encargadas de guardarropas, servicios de toilettes en confiterías y enfermeras. En estos casos la ley indica que se deben emplear prioritariamente mujeres para estas tareas, y b) Trabajos en espectáculos públicos, permitido sólo a las mayores de 18 años.

17) ¿Qué otras prohibiciones establecen las leyes respecto del trabajo de las mujeres?

- a) Está prohibido que las mujeres realicen trabajos de carácter penoso, peligroso o insalubre, por ejemplo: carga y descarga en el puerto, trabajo en minas, en la fundición de metales y otros similares
- b) Encargar trabajos a domicilio de las mujeres ocupadas en una empresa, por ejemplo: si se trata de una trabajadora textil, encargar la terminación de las prendas en su casa.

TRABAJO Y MATERNIDAD

18) Si una mujer que trabaja queda embarazada, ¿qué derechos tiene?

- a) **Licencia por parto y puerperio:** La mujer embarazada tiene derecho a una licencia de 45 días anteriores al parto y a 45 días después del mismo. Este descanso puede ser distribuido en la forma que la mujer desee. Pero, por motivos de salud, tanto de ella como de su hijo, se aconseja sus-

pendir el trabajo como mínimo 30 días antes del parto, agregándose esos 15 días al descanso posterior al mismo. Durante este período la trabajadora continúa recibiendo el salario.

- b) **Asignación prenatal:** Es un adicional al salario y comienza a cobrarse a partir del tercer mes del embarazo, pero esta asignación cubre los nueve meses del embarazo.

- c) **Estabilidad en el empleo:** La trabajadora no puede ser despedida durante toda la gestación y licencia post-parto. Esta estabilidad existe desde el momento que la trabajadora notifica su embarazo al empleador.

En caso de ser despedida el empleador deberá abonarle la totalidad de las remuneraciones devengadas durante un año, más la indemnización por antigüedad.

19) ¿Qué debe hacer una mujer trabajadora que queda embarazada?

Debe notificar al empleador su embarazo y la fecha presunta del parto para cobrar la asignación prenatal. Para ello debe presentar un certificado médico que avale su embarazo y en el que figure la fecha aproximada del parto. En caso de no hacerlo, el patrón podrá exigirlo.

20) ¿Cuándo se supone que el despido de la trabajadora se debe a su embarazo o maternidad?

Cuando se la despide entre los 7 meses y medio antes a la fecha del parto y los 7 meses y medio posteriores al mismo. Siempre y cuando la mujer haya comunicado su embarazo o nacimiento.

Si es despedida por esta causa, le corresponde una indemnización por antigüedad o despido y además el

equivalente a un año de remuneraciones.

21) ¿Al nacer un hijo, qué otros derechos tienen las mujeres?

- a) Seguir trabajando en las mismas condiciones en que lo hacían antes de que naciera su hijo.

- b) Dejar de trabajar. El patrón deberá pagarle una indemnización por tiempo trabajado o los mayores beneficios que fijen los convenios colectivos.

- c) Pedir una suspensión por no menos de 3 meses ni más de 6. En este caso la trabajadora no cobra salario pero el patrón está obligado a conservarle el puesto. Pasados los 6 meses, el empleador tiene que ocuparla en un trabajo igual o mejor al que realizaba.

- d) Asignación por nacimiento de hijo,

en caso que su cónyuge o compañero no la reciba.

- e) Suplemento por familia numerosa. Este beneficio les corresponde a las trabajadoras a partir del embarazo del tercer hijo. Esta asignación se adiciona a la anterior y también la cobra si su cónyuge o compañero no la percibe.

TRABAJO Y LACTANCIA

22) ¿Una vez nacido el hijo qué derechos tiene la trabajadora para amamantar a su hijo?

Tiene derecho a dos descansos de 1/2 hora cada uno durante la jornada de trabajo para amamantar a su hijo. Este derecho rige desde el nacimiento del niño hasta que alcance el año de edad, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por más tiempo.

La Mujer y la Previsión Social

Introducción

La Seguridad Social tiene como finalidad ayudar a la población asistiéndola mediante prestaciones en dinero y/o en servicios, y que necesitan protección cuando son afectadas por contingencias consideradas básicas. La Seguridad Social se define como un derecho inalienable del hombre que debe ser satisfecho solidariamente por la comunidad organizada.

La protección de las contingencias de vejez, invalidez y muerte, tema del presente folleto, ha sido contemplada en la Argentina a través del régimen nacional de previsión y del régimen de pensiones no contributivas.

El primero es obligatorio, se basa en el trabajo remunerado y es conocido como

Jubilación. Se financia con el aporte de quienes se desempeñan por cuenta propia o ajena, en este caso, también con la contribución de los empleadores. El Estado Nacional también participa en el sostenimiento financiero del sistema.

El régimen de pensiones no contributivas es de tipo asistencial y cubre a las personas sin derecho a las prestaciones del régimen de previsión, antes mencionado, mediante un aporte económico mínimo y uniforme.

En las preguntas que se desarrollarán a continuación se han tenido en cuenta las normas vigentes en el orden nacional para los trabajadores en relación de dependencia (Ley 18.037) y para los trabajadores autónomos (Ley 18.038). No obstante debe recordarse que tratándose de un país federal, las provincias y

también algunas municipalidades han organizado regímenes jubilatorios para sus propios empleados, a los que se suman normas especiales de retiro que amparan a los miembros de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Corresponde destacar que la Seguridad Social ha sido consagrada en la Constitución Nacional con la misma jerarquía que los otros derechos fundamentales de los habitantes. Las mujeres no siempre conocen los derechos que como trabajadoras, esposas o ciudadanas les corresponden en este campo, por eso las invitamos a leer y considerar el contenido de este folleto.

BENEFICIOS PREVISIONALES A QUE TIENE DERECHO LA MUJER

1) ¿A qué beneficios previsionales puede acogerse la mujer?

A la jubilación ordinaria, a la jubilación por edad avanzada, a la jubilación por invalidez y al subsidio por sepelio.

2) ¿Existe un solo sistema de previsión social en el país?

No, existen varios, depende en qué área o actividad se desempeña la trabajadora. En el orden nacional rigen dos regímenes: uno para trabajadores en relación de dependencia (Ley 18.037) y otro para trabajadores autónomos (Ley 18.038). Como ya se dijo, las provincias han organizado regímenes para sus propios empleados y también para los profesionales universitarios que se desempeñen en el ámbito de las mismas, a los que se añaden las normas de retiro para el personal de las Fuerzas Armadas, de Seguridad y Policiales.

3) ¿Cómo se aportan las cuotas de la previsión social?

En el régimen para trabajadores en

relación de dependencia, el aporte y la contribución comienzan a ser obligatorios a partir de los 16 años. Dichas cotizaciones se integran con el aporte del 11% de la remuneración de la trabajadora y la contribución del 10,50% sobre dicha remuneración que abona el empleador, éste está obligado por la ley a retener el aporte de la trabajadora y a depositarlo en el organismo previsional juntamente con su contribución.

En el régimen para trabajadores autónomos, la afiliación se exige a partir de los 16 años, pero el pago del aporte comienza a efectuarse recién desde los 18 años. La propia interesada es quien deposita mensualmente su aporte, el que equivale al 15% de los ingresos según la categoría que corresponda en función de la actividad que realice.

4) ¿En base a qué valor se hacen los aportes?

El aporte y la contribución en el caso de la trabajadora en relación de dependencia se calculan sobre la remuneración mensual, que a este efecto no puede ser inferior a la fijada por disposiciones legales, o convenios colectivos de trabajo, o a las retribuciones normales de la actividad de que se trate, o al importe mínimo de la jubilación ordinaria vigente.

5) ¿Qué se entiende por remuneración?

Es el ingreso que recibe la trabajadora en dinero o en especie, ya sea en concepto de sueldo, aguinaldo, comisiones, participación en las ganancias, habilitación, viáticos y otros. Es decir todo lo que percibe como contraprestación por sus servicios.

6) ¿Para qué es importante determinar la remuneración?

Para conocer cuál es la suma que

está sujeta a aportes y contribuciones y poder fijar el monto que cobrará la beneficiaria en el futuro al jubilarse. No se consideran como remuneración a los fines de los aportes: las asignaciones familiares, lo percibido por vacaciones no gozadas, ni todas aquellas sumas que no tengan carácter remuneratorio, como ser becas.

CARACTERISTICAS DE LA MUJER TRABAJADORA

7) ¿Cuándo una trabajadora es considerada en relación de dependencia?

Cuando realiza trabajos o presta servicios en forma voluntaria para un empleador que está obligado a pagarle una remuneración y a darle los beneficios sociales que le correspondan, en tanto la trabajadora cumpla con las normas y directivas que le fije el patrón para el desempeño de sus tareas.

8) ¿Es obligatorio el aporte y la contribución a la previsión social cuando se trabaja en relación de dependencia?

Sí, toda mujer que trabaja en relación de dependencia, sea en forma transitoria o permanente, tiene obligación de hacer aportes a alguna caja del sistema de previsión social, no pudiendo renunciar voluntariamente a hacerlo. También es obligatoria la contribución del empleador.

9) ¿Cuándo una trabajadora es considerada autónoma?

Cuando se desempeña al frente de empresas, o como profesional o en forma independiente. Por ejemplo, cuando dirige una empresa, es abogada, productora de seguros o modista. La característica distintiva de la actividad autónoma es que quien

la ejerce no se encuentra en relación de dependencia respecto de un empleador.

10) ¿Qué tipo de afiliación existe para la trabajadora autónoma?

Obligatoria y voluntaria. Es obligatoria para todas las trabajadoras que ejercen su actividad en alguna de las categorías ya enunciadas.

Es voluntaria para cualquier mujer mayor de 18 años y menor de 55 años que trabaje aunque no realice actividad lucrativa.

11) ¿A partir de qué edad y dónde debe realizar los aportes la trabajadora autónoma?

Es obligatorio para toda persona que realice alguna de las actividades laborales independientes, antes mencionadas, aportar a la Caja de Autónomos a partir de los 18 años de edad, aunque la afiliación se exige desde los 16 años, si ya trabaja.

12) Si una mujer trabaja simultáneamente en una actividad autónoma y en otra en relación de dependencia, ¿a cuál Caja debe afiliarse?

Debe afiliarse y aportar obligatoriamente a la Caja de Trabajadores dependientes, que le corresponda, siendo voluntaria su incorporación a la de Autónomos.

13) ¿Cómo se calcula el aporte de la trabajadora autónoma?

Se calcula en base al 15% de la categoría que le corresponda según la actividad autónoma que ejerza. El monto de las categorías se actualiza en función de los incrementos que se dispongan para la jubilación mínima.

14) ¿Se debe renunciar expresamente a la afiliación voluntaria?

Sí, pero cuando se adeuden 6 me-

ses consecutivos de aportes, caduca automáticamente la afiliación. La renuncia o caducidad no da derecho a que se devuelvan los aportes, pero sí a que se computen esos períodos.

BENEFICIOS PREVISIONALES O ASISTENCIALES PRESTACIONES POR VEJEZ O INVALIDEZ

En nuestro país la contingencia social de la vejez, está protegida por dos sistemas: a) uno previsional, con aportes de los interesados, llamado régimen jubilatorio y regido por la Ley 18.037 para los trabajadores en relación de dependencia y por la Ley 18.038 para las autónomas y b) otro asistencial regido por distintas leyes que protegen a toda persona de 65 años o más o de cualquier edad si es incapacitada para el trabajo, sin suficientes recursos propios y no amparada por un régimen de previsión.

JUBILACION ORDINARIA

- 15) ¿A qué edad puede una trabajadora gozar del beneficio de la jubilación ordinaria?

La trabajadora en relación de dependencia adquiere su derecho a la jubilación ordinaria cuando acredita 55 años de edad y 30 de servicios. Por su parte, quien se desempeña como autónoma debe reunir 60 años de edad y 30 de servicios, de los cuales 15 deben ser con aportes y 10 como mínimo de antigüedad en la afiliación.

- 16) ¿Se puede compensar el exceso de edad con la falta de años de servicio para jubilarse?

Sí, se puede. Por cada dos años de edad excedente en relación con el mínimo requerido (55, para las que

se desempeñen por cuenta ajena y 60, para las autónomas) se compensa un año de servicios faltante.

- 17) ¿Sobre qué base se determina el haber jubilatorio?

El haber mensual de la jubilación ordinaria es equivalente a un porcentaje que oscila del 70% al 82% del promedio mensual de las remuneraciones actualizadas, percibidas en los tres años calendarios más favorables. Cuando la solicitante posea su edad de retiro de los 55 años a los 60, aumenta el porcentaje mensual de su jubilación en relación a su remuneración.

Dicho haber en el régimen para autónomos es igual al promedio mensual de los montos actualizados de las categorías en que revistió la afiliada.

JUBILACION POR INVALIDEZ

- 18) ¿A quiénes se acuerda la jubilación por invalidez?

A la trabajadora que padezca una incapacidad física o intelectual que le anule el 66% o más de su capacidad laboral. Se tienen en cuenta no sólo factores de tipo psicofísicos sino también aquellos de índole económico o social, vinculados con el ambiente en que se encuentra la incapacitada.

Si se trata de una trabajadora autónoma de afiliación voluntaria su incapacidad ha de ser total para tener derecho al beneficio.

- 19) ¿Qué antigüedad en el trabajo o años de servicio debe tener la trabajadora para acogerse a la jubilación por invalidez?

En ambos regímenes: para trabajadoras en relación de dependencia y para autónomas, el derecho a jubilarse por invalidez se adquiere cualquiera fuera la edad y el tiempo de

servicio, siempre que se acredite fehacientemente, que la invalidez se produjo con posterioridad a la iniciación de la relación laboral.

- 20) ¿Qué antigüedad en la afiliación previsional es necesaria para acogerse a esta jubilación?

Si es una afiliada voluntaria del régimen de autónomos debe poseer como mínimo tres años de antigüedad al momento de invalidarse. Si es afiliada obligatoria del régimen en relación de dependencia sólo debe comprobar en la fecha en que se produjo la incapacidad.

- 21) ¿Cuándo debe iniciar los trámites de jubilación la mujer que deja de trabajar por incapacidad?

Debe iniciarlos inmediatamente de dejar de trabajar, porque si llega a transcurrir un año sin que inicie el trámite, al hacerlo deberá probar el origen de su incapacidad.

- 22) ¿Qué trámites deberá realizar para acogerse a esta jubilación?

Presentar una solicitud ante la Caja respectiva, la que será examinada por un cuerpo médico. Es conveniente agregar a la solicitud una certificación que detalle todas las enfermedades que padece la solicitante, los tratamientos seguidos y las limitaciones que la enfermedad le produce en relación directa al trabajo que realizaba.

- 23) ¿Es compatible desarrollar un trabajo en relación de dependencia con el cobro de la jubilación por invalidez?

No, es incompatible en forma absoluta y total. Quien percibe el beneficio de la jubilación por invalidez no puede tener ningún otro trabajo en relación de dependencia. La jubilación por invalidez se otorga provisoriamente

riamente y está sujeta a revisiones periódicas. Se transforma en permanente cuando la beneficiaria alcanza los 50 años o más de edad habiendo cobrado el beneficio por más de 10 años.

JUBILACION POR EDAD AVANZADA

- 24) ¿Quiénes tienen derecho a la jubilación por edad avanzada?

— Toda trabajadora en relación de dependencia que haya cumplido 65 años de edad y acredite fehacientemente con comprobante 10 años de servicio, de los cuales por lo menos cinco años deberán corresponder al período de los ocho años anteriores a haber dejado de trabajar.

— Toda trabajadora autónoma que tenga 70 años de edad, 10 años de servicio y 5 años de antigüedad en la afiliación. Las mujeres que al 1° de enero de 1969 tenían 65 años, necesitan acreditar sólo tres años de antigüedad.

- 25) ¿Sobre qué base se determina el haber jubilatorio por edad avanzada?

El haber jubilatorio equivaldrá al 60% y al 70%, según se trate de trabajadoras en relación de dependencia o autónomas respectivas, de los promedios a que se hizo referencia en el punto 17.

- 26) ¿Es posible el cobro de esta jubilación y de otra?

No, el goce de la jubilación por edad avanzada es incompatible con el de cualquier otra jubilación o retiro nacional, provincial o municipal.

PENSION

El régimen de pensiones es igual para

Ateneo Arg. de Odontología — 47

las trabajadoras autónomas y para las en relación de dependencia.

27) ¿Qué es la pensión?

Es un beneficio que cobran los herederos del trabajador. Para poder recibirlo es necesario que la persona fallecida haya sido jubilada o estuviera en condiciones de serlo. Aunque la trabajadora antes de fallecer no hubiera realizado los trámites para la jubilación sus familiares están facultados para hacerlo.

28) Si una mujer trabajadora fallece, ¿tiene su marido o compañero derecho a cobrar pensión?

Sólo si se encontraba incapacitado para trabajar y estaba a cargo de su esposa o compañera.

29) En caso de muerte de un jubilado, ¿tiene derecho su esposa o compañera a cobrar la pensión?

Si, siempre que no estuviera divorciada o separada de hecho al momento de la muerte de su esposo o compañero.

30) ¿Se exige convivencia habitual con el compañero para tener derecho a la pensión?

Si, se debe acreditar ante juez competente haber convivido en aparente matrimonio durante un periodo no menor de cinco años inmediatamente anterior al fallecimiento del compañero. El plazo de convivencia se reduce a dos años si han tenido hijos o el compañero era soltero, viudo o divorciado.

31) ¿Pierde el derecho a pensión una mujer que está legalmente separada de su marido?

Si, lo pierde excepto que el divorcio haya sido por culpa del marido o si éste le estuviera pagando subsidio por alimentos.

En esta situación, si el marido con-

vía con otra mujer, la pensión se otorga por partes iguales a la esposa y a la compañera.

PENSION EN FAVOR DE LOS FAMILIARES

32) ¿Que otros parientes de la trabajadora tienen derecho a cobrar pensión cuando ésta fallece?

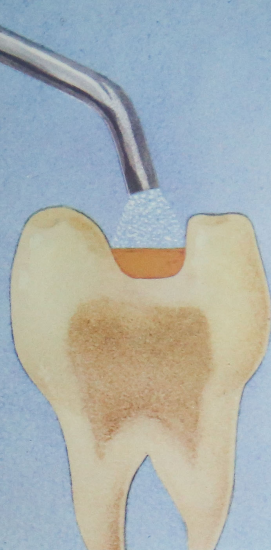
- a) Los hijos menores de 18 años o hijas hasta los 21 años solteras. Si son discapacitados y viudos, siempre que no cobren otra jubilación, pensión o cuota de alimentos, tienen derecho a la pensión sin límites de edad;
- b) Hijas solteras mayores de 50 años o viudas, a cargo de la fallecida que hubieran convivido en forma habitual y continua durante los 10 años anteriores a la muerte;
- c) Los nietos o nietas solteros o viudos, huérfanos de padre y madre y a cargo de la fallecida;
- d) Los padres incapacitados para el trabajo y a cargo de la fallecida;
- e) Los hermanos o hermanas solteros o viudos, huérfanos de madre y padre y a cargo de la fallecida.

Para poder cobrar la pensión, los familiares de la fallecida que fueran viudos, no pueden recibir ninguna otra jubilación, pensión o aporte por alimentos.

33) ¿En qué consiste el subsidio por sepelio y a quiénes se otorga?

Consiste en el pago de una suma equivalente a tres salarios mínimos, vigentes al fallecer la trabajadora. Lo cobran en efectivo las personas que hubieran pagado los gastos del sepelio de la beneficiaria de jubilaciones o pensiones.

Volumen XXII — N° 1 - Enero - Marzo de 1987



PRISMA[®]
VLC
DYCAL[®]
FOTOCURADO

**Efectiva
protección pulpar**

12.000 PSI
Alta Resistencia Compresiva

Base ideal para restauraciones dentales
con todo tipo de materiales

Prisma V.L.C. Dycal es un protector pulpar rígido de un sólo componente, a base de Hidróxido de Calcio polimerizable con luz visible. No requiere mezclas y permite al profesional disponer el momento de endurecimiento o curado.

Prisma V.L.C. Dycal es resistente al Ácido Ortofosfórico, tiene baja solubilidad en agua y su notable resistencia a la compresión lo hace apto para utilizar como base protector pulpar con todo tipo de material de obturación.



Dentsply

DENTSPLY ARGENTINA S.A.I.C.

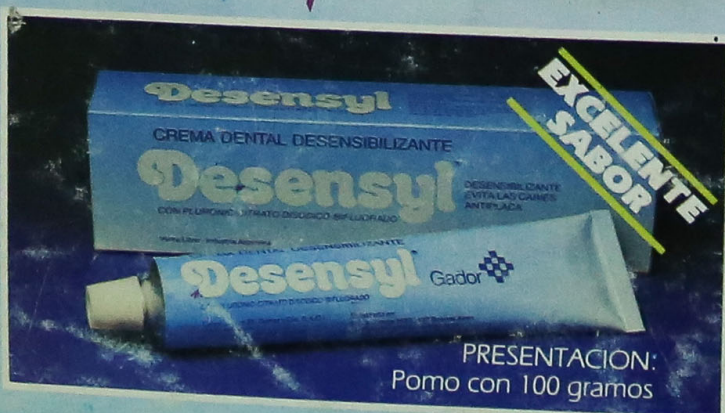
UNA PROPUESTA SENSIBLEMENTE DIFERENTE



Desensyl[®]

- Con Pluronic F-127 - citrato disódico - Bifluorado.

Crema dental desensibilizante
Anticaries. Antiplaca.



PRESENTACION:
Pomo con 100 gramos

**PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE
LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL
BARRERA CONTRA LA CARIES
Y LA PLACA BACTERIANA
HIGIENE DENTAL PROFUNDA,
EFECTIVA Y PLACENTERA**



DIVISION PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS