

Enseñanza – Aprendizaje en Servicios de Salud y Comunidad

Teaching-Learning in Health Services and the Community

Rubén Ringel¹

Cesar Cánepa¹

Cecilia Guelfi²

Mabel Visconti²

¹ Comisión de Fomento del Policlínico Odontológico del Cerro – Facultad de Odontología Las Heras 1925 CP 11600 – Montevideo – Uruguay. E-mail: ringel@fodon.odon.edu.uy

² Equipo Técnico del Policlínico Odontológico del Cerro – Policlínico Odontológico del Cerro – Polonía 4211 – Montevideo – Uruguay.

Resumen Se desarrollan los cambios en la educación odontológica y en el modelo asistencial a partir de la aplicación del Plan de Estudios 1993 en la Facultad de Odontología Montevideo – Uruguay. Mediante su programa de Docencia – Servicio – Investigación se ha organizado la participación de estudiantes de pre – y post – grado en programas de salud en la comunidad y en servicios de salud bucal. Esta orientación ha significado cambios hacia una enseñanza en condiciones reales, en clínicas integrales y trabajo interdisciplinario. En lo asistencial se prioriza el primer nivel de atención. Asimismo, se ha construido un relacionamiento interinstitucional con las organizaciones comunitarias y las instituciones estatales.

Palabras claves: educación odontológica, docencia – servicio, modelo asistencial, participación comunitaria.

Abstract Changes in odontological education and the assistance pattern are developed since the appliance of the Plan of study 1993. Through the Teaching – service – research programme is organized the participation of undergraduate and post – graduate students in community health care programmes and in dental health services. This orientation produced changes like: training under realistic conditions, integrated clinics and interdisciplinary work. First level of care is prioritized in the assistance model. It was developed interinstitutional relationship among the community organizations, the Faculty of Dentistry and State institutions.

Key words: odontological education, teaching – service, assistance model, community participation.

Marco de Referencia

Del Sistema de Atención de la Salud bucal

A pesar de tener una relación odontólogo – paciente favorable (3900 odontólogos para una población cercana a los 3.000.000 de habitantes) el 95 % de la población tiene caries y el 60% paradenciopatías.

El 80% de la población no accede al tratamiento odontológico por razones socio – económicas.

La atención odontológica en nuestro país se expresa en su carácter básicamente privado, siendo el ejercicio liberal el predominante, donde se brinda una atención curativo – rehabilitadora de escasa cobertura.

En el sistema odontológico estatal los servicios han estado fundamentalmente dedicados a solucionar las urgencias y a las avulsiones dentarias.

Sólo recientemente se está impulsando un cambio hacia un modelo educativo – preventivo – asistencial. A nivel del Ministerio de Salud Pública (M.S.P) se han aprobado Normas de atención que procuran cambios en sus servicios, al igual que la Intendencia Municipal de Montevideo (I.M.M) con programas escolares y una orientación hacia la priorización de la atención materno – infantil mediante demanda programada. (4)

La demanda de soluciones a los problemas de salud bucal ha generado un importante desarrollo de servicios de atención odontológica de diverso origen y orientación. A nivel de empresas públicas y privadas, barrios, cooperativas de vivienda, cooperativas de consumo se han instalado consultorios odontológicos que buscan responder a esta demanda. Asimismo se han desarrollado múltiples ofertas de clínicas que por el sistema de pre – pago también procuran atender a la población que no accede al consultorio privado. En la mayoría de estas propuestas se repite un modelo asistencial curativo, sin control de calidad y que tampoco tiene cobertura importante.

Estos servicios, a su vez han constituido una fuente laboral para los odontólogos. Actualmente, según la Encuesta institucional del M.S.P, el 30 % de los Odontólogos de nuestro país trabajan en servicios odontológicos colectivos parte de su tiempo o a tiempo completo (sin considerar los sistemas de pre-pago). (12)

En los últimos años se han introducido cambios que pueden influir en el perfil epidemiológico de la población:

- Se está desarrollando un Programa nacional de fluoruración de la Sal, con la participación del Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Odontología, las gremiales odontológicas, las empresas salineras y el apoyo técnico de la OPS. La venta de sal fluorada alcanza actualmente a un 65 % de la utilización total de sal de mesa. De acuerdo a las ex-

periencias de otros países es de esperar un descenso importante en los índices de caries.

- Se están desarrollando programas educativo – preventivos por parte de diversas instituciones públicas y privadas basados en la educación para la salud y la utilización de fluoruros. Ejs. Programas del MSP, de la I.M.M., de la Facultad de Odontología, del Policlínico Odontológico del Cerro (9), en el Dpto de Tacuarembó el Programa Odontológico de Atención Primaria de la Salud, el Plan Carozo, en Salto por parte del Dpto Sanitario del Centro Odontológico Salteño y muchos otros emprendimientos a nivel barrial, escolar o de centros laborales que tienden a mejorar la salud bucal.
- Se está observando un descenso en el CPO en niños de 12 años, en el relevamiento escolar del Ministerio de Salud Pública que en 1992 era de 4.1, en relevamientos epidemiológicos de 1997 en escuelas con programas de enjuagatorios fluorados se encuentra en 2.5 lo que puede indicar una tendencia que coincide con la realidad de otros países y que se considera puede deberse a: extensión del uso de dentífricos fluorados, difusión de la higiene dental, programas preventivos locales y nacionales.

Aún así, la acumulación de patología en el país es muy importante y debe plantearnos una estrategia de un modelo pertinente, accesible y equitativo para toda la población en lo preventivo y restaurador.

De la Enseñanza de la Odontología

Transcribimos del Capítulo "Diagnóstico del Plan de Estudios". Plan de Estudios 1993. (7)

"La atención de salud desde el punto de vista odontológico, ha tenido tradicionalmente un enfoque predominantemente curativo, por tanto centrado en la enfermedad, orientado a la solución de problemas sanitarios individuales, desprendidos del resto del equipo de profesionales de la salud ; esta visión no integral ha supuesto una tenden-

cia a la pseudoespecialización y a la sofisticación tecnológica, quedando desjerarquizados los fundamentos científicos de la profesión.

Desde el punto de vista de la enseñanza, el enfoque ha sido esencialmente de tipo magistral para una población estudiantil de volumen crítico, con docentes capacitados en la práctica profesional antedicha y en algunos casos en lo disciplinario, pero no en la planificación y metodología de la enseñanza, de alcance predominantemente intramural, compartimentada por disciplinas, con criterios de evaluación tradicionales".

La formación exclusiva en el ámbito intramural ha adolecido desde siempre de carencias desde el punto de vista conceptual:

- Encerrar al paciente fuera de su contexto social muchas veces genera una contradicción entre su plan de tratamiento y las reales necesidades de atención de la persona para llegar al estado de salud bio-psico-social.
- Existe una falta de integración del estudiante a programas de salud bucal dirigidos al ámbito de vida o de trabajo de la persona imposibilitando su participación en programas de salud multiprofesionales.
- Las prestaciones - realizaciones técnicas propuestas por los docentes obedecen generalmente a criterios preestablecidos y no a una ubicación del paciente en un contexto que permita adecuar las propuestas terapéuticas a la realidad socio-económica y cultural de las personas.

Plan de Estudios 1993: Ejes de la transformación curricular

Transcribimos del proyecto "Atención de la situación crítica de la enseñanza de grado en el marco de la transformación curricular de la Facultad" 1966. (11)

- *"Uno de los ejes del cambio curricular, y ciertamente el más crítico que se plantea hoy la Facultad, lo constituye el cambio en la asistencia odontológica."*

Históricamente, resultado de la segmentación curricular, la asistencia odontológica vinculada a los procesos de enseñanza y aprendizaje ha ocupado un lugar subalterno.

Superando la clásica modalidad del cuadro de trabajo el nuevo Plan de Estudios jerarquiza al paciente abordado, enton-

ces, su atención a través de un enfoque clínico integral.

Por otra parte, el abordaje de la práctica clínica implicará tanto las formas de atención individual como las clínicas comunitarias. De este modo, y desde una perspectiva social, se introduce entonces una atención centrada en la necesidad sanitaria colectiva e individual, desarrollando la estrategia de docencia - servicio en el que el proceso pedagógico se produce en la propia práctica sanitaria; jerarquizando así la promoción y prevención de la salud.

Esta nueva concepción del binomio enseñanza - asistencia tiene un valor estratégico, de capital importancia, a fin de impulsar un verdadero cambio de la práctica profesional."

La estrategia docencia - servicio implica 3 aspectos

- Cambios en la formación de los recursos humanos - Modelo educativo.
- Práctica odontológica en Servicios y a la comunidad - Modelo asistencial.
- Participación comunitaria.

Modelo educativo

La perspectiva de un mayor desarrollo de la docencia con "aprendizaje en condiciones reales" constituye un cambio hacia :

1. Una enseñanza orientada hacia la comunidad. El conocimiento de la salud oral de los grupos humanos a través del reconocimiento del contexto social, de su realidad epidemiológica vinculándola con la clínica.
2. Una enseñanza centrada en el paciente. Una enseñanza en la que los planes de tratamiento se realizan en función de las necesidades del paciente y no por la docencia en sí misma.
3. Una enseñanza centrada en el estudiante. Una formación integradora del conocimiento de la realidad y de los recursos que ofrece la Odontología, con los objetivos de la docencia. Debe permitir formar estudiantes mediante una enseñanza auto-motivada resolviendo problemas surgidos de la realidad clínica, en el tratamiento de problemas bucales.

La atención se realiza con el exclusivo fin de preservar la salud bucal y restaurarla cuando hay enfermedad y no para aprobar cursos.

La presencia estudiantil es curricular y obligatoria.

La relación docente – estudiante mejora en forma notoria y es señalada por parte de los estudiantes en sus evaluaciones.

En el período que realizan su práctica adquieren destrezas y ejercicio clínico que en la Clínica Intramural no alcanzan a desarrollar, tanto por las limitaciones locativas como por la escasa casuística que se presenta. (10)

Modelo asistencia – niños y adultos

El Modelo Asistencial – Generalidades

La atención odontológica de pacientes de nuestra población, generalmente complicada por el grado de patología acumulada, nos enfrenta al desafío de elaborar planes asistenciales que comprendan una secuencia lógica de prestaciones de carácter educativo – preventivo y rehabilitador con el objetivo de reconvertir el riesgo y restaurar las formas y funciones perdidas. (3) (5)

En esta filosofía asistencial se distinguen 3 etapas:

- a) La puesta en práctica del cambio, encarando a nuestros pacientes desde la salud y no desde la enfermedad, con un manejo clínico basado

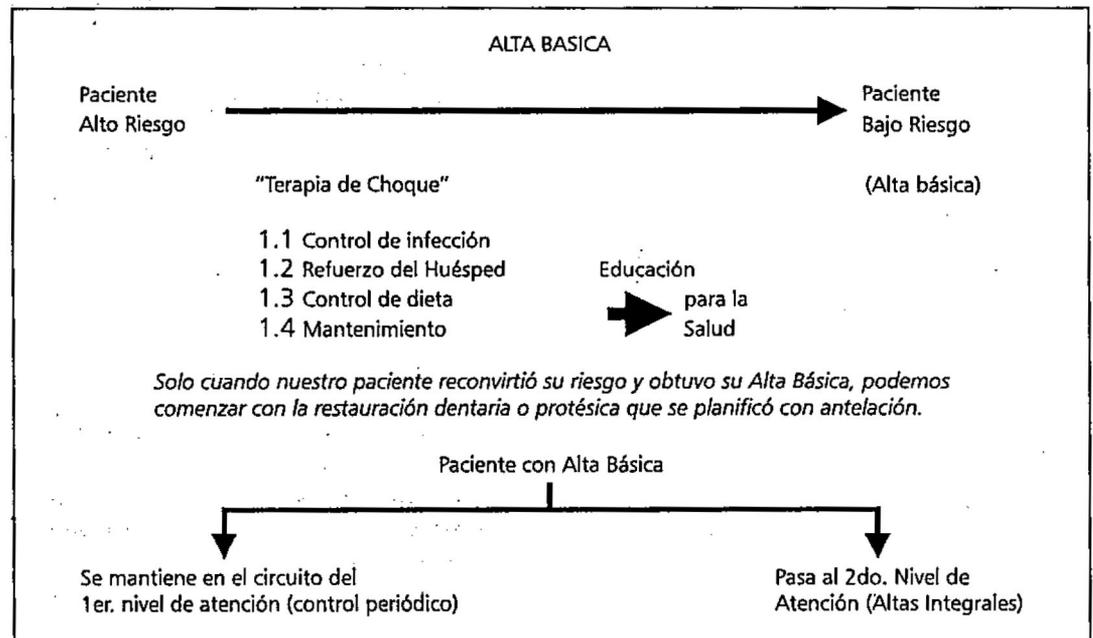
en el diagnóstico de riesgo (llevando así al paciente al ALTA BÁSICA). (1)

- b) Una vez reconvertido el riesgo, rehabilitar las formas y funciones perdidas utilizando técnicas y materiales adecuados a la realidad socio – económico – cultural (ALTA INTEGRAL).
- c) Seleccionar y aplicar los procedimientos preventivos destinados a mantener la salud restaurada (MANTENIMIENTO).

El primer nivel de atención – Alta Básica

Constituye el primer escalón resolutivo dentro de la asistencia odontológica. Se caracteriza por:

- Es el nivel de ingreso de todo paciente a la asistencia dental. Debe ocupar el primer renglón de todo plan asistencial que elabore.
- Su objetivo final es reconvertir el riesgo que el paciente presenta. En base a un correcto diagnóstico de riesgo y mediante la aplicación de programas preventivo – asistenciales adecuados llegaremos al primer escalón resolutivo de todo plan asistencial: el ALTA BÁSICA. Obtendremos como producto final un paciente motivado en el autocuidado en el cual han sido controlados los factores de riesgo que determinaron una mayor probabilidad de enfermar.



El primer nivel de atención Alta Básica modificada

Tratando de encontrar soluciones alternativas que reporten una mejor atención de los usuarios con bajos costos, surge como propuesta el modelo "Alta Básica Modificada" con características distintas en el niño y en el adulto. Constituye el 2º escalón resolutivo dentro del 1er nivel de atención. Se caracteriza por:

- Comprender prestaciones con nivel de complejidad mayor al Alta Básica. La diferencia radica en el grado de tratamiento o terapia de la lesión caries y la lesión paradencial.
- Promueve el trabajo por cuadrantes bajo anestésicos locales.
- Utiliza como material de restauración cements intermedios (cemento de vidrio iónómero).

El segundo nivel de atención – Altas Integrales

Una vez superado el primer nivel de atención el paciente tiene la posibilidad de rehabilitar las estructuras y funciones perdidas de acuerdo a su disponibilidad económica.

Generalmente entre paciente y estudiante se llega a definir prioridades de tratamiento o reconstrucción presupuestando ahora su segundo nivel de atención (por aranceles aprobados por el grupo comunitario y la dirección técnica del Servicio).

Modelo Asistencial en niños

Como modelo alternativo se propone un modelo de atención integral : educativo – preventivo – asistencial y de mantenimiento, con fuerte contenido en promoción de salud y prevención, basado en el enfoque de riesgo para la toma de decisiones; con distintos niveles de resolución de acuerdo a la sede en que se aplica; llevando al paciente al "alta básica" o al "alta básica modificada". (8)

Alta básica: Es el resultado de la aplicación del primer nivel de atención; su capacidad de resolución tecnológica está por la resolución de, promoción, prevención y control de las enfermedades más prevalentes de forma de reconvertir el y mantener en salud.

Alta Básica Modificada: Es el resultado de la aplicación del Alta Básica (1er nivel de resolución) más la rehabilitación de la unidad docente con procedimientos de operativa dental (rehabilitación con sustancias plásticas).

Es un modelo que se adecua, según el enfoque de riesgo, a las necesidades de la comunidad, a las necesidades del paciente y se puede, de acuerdo al nivel de resolución realizar a un costo que la comunidad o el paciente puedan absorber.

Su capacidad resolutiva es según la sede en que se aplica.

El área del niño trabaja fundamentalmente en 2 tipos de sedes:

Programas escolares: se consideran parte de la estrategia los Programas educativo – preventivo – asistenciales en los primeros años de vida y fundamentalmente en edad escolar, programas incrementales que se desarrollan durante los seis años lectivos de la Educación primaria; teniendo como paradigma "mantener al sano, sano". En estas condiciones, el aprendizaje sobre la importancia de la Salud Bucal se integra al proceso educativo del niño, fijando conductas y actitudes favorables. Por medio de sus propias experiencias, que van a estructurar y reestructurar sus conocimientos, por lo tanto, acercándole la información necesaria con medidas educativas y preventivas amplias, el niño se siente "sujeto" y no "objeto" de este proceso, que tiene como fin reconocer su propia salud y su derecho a la salud. (6)

Policlínicos: donde se realizan acciones de 1er. y 2º. Nivel con equipamiento convencional. Los programas educativo-preventivo-asistenciales y de mantenimiento que se realizan en las escuelas requieren un centro de 2º nivel para complementar las acciones. Si fuera necesario se cuenta durante el período curricular con la Clínica de niños de la Facultad de Odontología para acciones de 3er. nivel. La capacidad resolutiva es hasta el alta básica en las escuelas y en los policlínicos, siendo posible resolver en éstos la patología hasta el alta básica modificada.

Priorización – De acuerdo al enfoque de riesgo y las ventanas de infectividad, en las escuelas se prioriza el 1er. año escolar (comienzo de la 2ª. ventana de infectividad) y se continúa en forma incremental.

Participación comunitaria

En nuestro país existe un fuerte desarrollo de organizaciones sociales que luchan y procuran soluciones a sus carencias en salud, vivienda y educación. Particularmente la salud bucal constituye una carencia importante y sentida, en la medida que grandes sectores de la población no tienen acceso a la asistencia odontológica. Esto ha obligado a la búsqueda de salidas por parte de la propia comunidad. En los 2 barrios en los que se encuentran los Policlínicos donde hoy trabajamos (Cerro y Zonal 8) ese ha sido su origen y en la búsqueda de una amplia cobertura y una orientación hacia las mejores soluciones en la asistencia odontológica, estos grupos comunitarios se acercaron a la Facultad de Odontología.

En la Villa del Cerro, el Programa de Salud y su Policlínico Odontológico del Cerro son dirigidos y administrados por el grupo comunitario y la dirección técnica del Servicio. El primer convenio y la experiencia del mayor desarrollo es la del Policlínico Odontológico de la Villa del Cerro y la opinión de la organización comunitaria que lo gestiona y orienta y del equipo técnico es la que se expresa a continuación.

Policlínico Odontológico del Cerro – Comisión de fomento del Policlínico Odontológico del Cerro

Desde el lunes 10 de mayo de 1993 funciona en el barrio del Cerro de Montevideo por primera vez en el Uruguay, un proyecto alternativo de atención primaria en salud, enfocando a la salud bucal.

Educar y prevenir es la característica de este servicio, que prioriza la atención y el tratamiento de los niños, las embarazadas y los adolescentes.

Este policlínico que cuenta con una activa participación de la comunidad cerreñense, la Facultad de Odontología, el Programa de extensión universitaria APEX – Cerro y la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), se encuentra ubicado de la calle Polonia 4211, esp. Estados Unidos en el complejo de viviendas Casa Colectiva N° 7. El Policlínico Odontológico está instalado en un área de más de 200m, cuenta con 10 sillones, un área de esterilización, un equipo de RX, una oficina de administración y registro de datos y una sala de espera.

No es casualidad que la propuesta de atención primaria a la salud de las características que desarrolla el Policlínico Odontológico se haya instalado en el ámbito del Centro comunal Zonal 17 de Montevideo. Las particularidades socio – culturales y tradicionales solidarias de esta comunidad de trabajadores que cuenta en su origen con una fuerte presencia de inmigrantes europeos, fueron factores decisivos para que la Universidad de la República diera su apoyo.

El C.C.Z 17, abarca un área extensa y variada, conocida comúnmente como el Cerro, pero en realidad se integra con un conjunto de barrios muy heterogéneos y una zona rural.

En la actualidad el C.C.Z 17 cuenta con una población aproximadamente de 86.000 habitantes, 64.000 en la zona urbana, 16.000 en la rural.

La iniciativa de instalar este servicio en el Cerro, tuvo en cuenta diversos estudios y relevamientos efectuados que indican la existencia de serias carencias a la atención de la salud bucal que no eran adecuadamente abordadas por el sistema odontológico prevalente, que no jerarquizaba ni la educación ni la prevención. Entre las situaciones constatadas que motivaron la instalación del Policlínico Odontológico, con un sistema de atención alternativo, se destacarían:

- poca importancia en el cuidado de la salud bucal.
- carencias en la educación sobre el tema y un alto costo de los tratamientos.
- importante porcentaje de los adolescentes con sus bocas mutilantes y jóvenes desdentados.
- inadecuada infraestructura instalada para satisfacerla demanda.
- escasa participación comunitaria en el área.

En definitiva los datos de los relevamientos realizados por la Facultad de Odontología y la IMM sobre indicadores de salud – enfermedad mostraban al instalarse el Policlínico Odontológico que el 90% de la población del C.C.Z 17 tenían problemas odontológicos y no contaban con una cobertura real en el sistema de salud prevalente, tanto público como privado.

A partir de la experiencia de estos años en el Policlínico Odontológico y en lo que refiere al relacionamiento con Facultad de

Odontología, Universidad de la República y otros programas de salud basados también en la participación comunitaria, encontramos que un punto fuerte de nuestro proyecto está en la forma asumida por la comunidad como gestora activa que aporta su conocimiento y su capacidad de trabajo desde la elaboración misma de proyecto. Siendo así un co-participante en igualdad de condiciones que comparte desde sus necesidades y su experiencia el objetivo con Facultad de Odontología de brindar un servicio de calidad, digno, ajustado a las posibilidades y a los requerimientos de los vecinos, que pueda ser sostenido en el tiempo.

A casi ocho años de iniciado el proyecto y a más de seis de funcionamiento del Policlínico Odontológico, estamos convencidos de haber alcanzado importantes logros:

- haber abierto caminos en el desarrollo de un proyecto alternativo de salud bucal con recursos públicos administrados por la comunidad.
- desarrollar un proyecto de cooperación con Facultad de Odontología e Intendencia Municipal de Montevideo, con el objetivo de brindar un servicio de atención a la salud en forma eficiente, incluyendo las aspiraciones, la experiencia y el conocimiento de los co-participantes.
- crecer en un proyecto de participación comunitaria, en que los vecinos no se limitan a reclamar sino que se hacen gestores en la obtención de un servicio digno.
- haber logrado una gestión responsable en lo que refiere al manejo de las finanzas, con un presupuesto equilibrado y rindiendo cuentas periódicamente a los vecinos e instituciones solidarias, en forma de balance.

Es una valoración amplia y concreta de este proyecto alternativo en la atención a la salud bucal en nuestra zona que es generosa y rica en su mejor perfil humano.

Exponemos entonces la necesidad imperiosa de reconocer en forma profunda y consciente los requerimientos existentes de un trabajo comprometido no sólo en el campo social, sino fundamentalmente, en lo económico, que es el vehículo para dar solución a los aspectos de recursos que amplían

las posibilidades de trabajo en prevención, educación y asistencia. (2)

Equipo Técnico del Policlínico Odontológico de la Villa del Cerro

La metodología de funcionamiento del Policlínico Odontológico gira sobre 3 ejes : participación comunitaria, cogestión y modelo de atención.

De los tres ejes la Facultad de Odontología comparte el modelo de atención, por lo cual nos referimos a dicho tema.

La Facultad de Odontología comenzó en el año 1993 a trabajar en el Policlínico Odontológico con un modelo conservador y restaurador, prácticamente igual al que en ese momento se realizaba en la Facultad de Odontología, que con el tiempo y las evaluaciones realizadas por la gente, el equipo técnico y la Facultad, necesitó un cambio hacia un modelo de atención acorde a las necesidades del contexto socio-económico y cultural donde se inserta.

Fue necesario construir entonces, un modelo que por un lado tuviera un fuerte componente educativo-preventivo, donde la educación y la promoción de salud fueron dos de sus pilares fundamentales para darle a la comunidad no sólo los instrumentos necesarios para poder mantenerse sana, sino también enseñarle a valorar su salud y fomentar el autocuidado, previniendo las enfermedades más prevalentes a un costo que ella pueda solventar.

Destacaremos fundamentalmente que hemos logrado que el poder de decisión en cuanto al programa educativo-preventivo-asistencial se lleve adelante en forma tripartita entre técnicos, comunidad y Facultad de Odontología. Es así que el Policlínico Odontológico de la Villa del Cerro hoy con un modelo de atención que fue elaborado, gestionado y aprobado entre técnicos, vecinos y la Facultad de Odontología en el año 1994.

Nuestro modelo de atención es el resultado de una unificación de criterios, fruto de la discusión y el análisis colectivo in situ de todos y cada uno de sus participantes que apunta el mejoramiento de la calidad de vida de la gente.

Lo importante de la experiencia que se está llevando a cabo con este modelo, es que no se a quedado con la mera ejecución de políticas que se aplica a la comunidad, sino

que siempre a tenido la proyección de la planificación participativa real in situ, lo cual implica la construcción de políticas desde la propia realidad, ejemplo de lo cual es la priorización del paciente sano, que fue determinado por el personal del Policlínico Odontológico y los representantes de las diferentes comisiones barriales del Cerro desde la inauguración de este servicio.

Referencias bibliográficas

1. Bordoni, Noemí, y Cols. (1993). Modelo alternativo para la atención de Salud Bucal. – Un documento para la transferencia tecnológica.- FOUBA - Fundación W.K. Kellogg.
2. Carlevaro Pablo – Progresos y limitaciones en el desarrollo del Programa APEX – Educación y Derechos Humanos N° 24 – Marzo 1995.
3. CEPAL (1989).- Oficina de Montevideo. Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas.- Naciones Unidas.
4. Modelo de Atención – Normas – Servicio de atención Odontológica colectiva – Ministerio de Salud Pública – Dirección General Salud – División Promoción de Salud – Programa Prioritario de Salud bucal – Uruguay – 1998.
5. OMS (Ginebra, 1987).- Sistemas Alternativos de Atención Buco Dental. Serie de Informes Técnicos 750.
6. Pinto Víctor G. – Saúde Bucal – Odontología Social e Preventiva. 3ª Edição actualizada. Ed. Santo 1994.
7. Plan de Estudios – Universidad de la República – Facultad de Odontología – Montevideo – Uruguay – Mayo 1993.
8. Preconc (1998).- Curso 4- Gestión del componente: Salud Bucal de la atención de Salud.- Serie Paltex, OPS.
9. Programa de atención odontológica en la Policlínica de la Villa del Cerro – Montevideo Abril de 1992.
10. Programa UNI – Publicación de la Fundación W.F. Kellogg. Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud. Editado por Marcos Kisil y Mario Chavez. 1994.
11. Proyecto de la Facultad de Odontología presentado ante la Comisión Sectorial de Enseñanza "Atención de la situación crítica de la enseñanza de grado en el marco de la transformación curricular de la Facultad – 1996 – Responsables : Dr. Pablo Pebé – Lic. Mercedes Collazo.
12. Pucci Francisco Atención Odontológica Colectiva – Ministerio de Salud Pública Comisión Nacional de Salud Pública. Fortalecimiento del Área social – Febrero 1995.