



La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada

Dentistry in Argentina: The History of a Subordinated Profession

Este artículo es parte de la investigación 'La práctica odontológica: de la consolidación profesional a las transformaciones de los años 1960', desarrollada en el consejo de investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario entre 1999-2002.

Marta V. Schapira

Consejo de Investigaciones
Facultad de Odontología de la Universidad
Nacional de Rosario (FOR)
Juan Manuel de Rosas, 972, 7^a B
Rosario — Argentina
mschapira@citynet.net.ar

SCHAPIRA, M. V.: 'La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10(3): 955-77, set.-dez. 2003.

Este artículo aborda el proceso de profesionalización de la odontología en Argentina, a partir de fines del siglo XIX hasta 1940, desde una perspectiva de construcción social e histórica. El análisis permite identificar el peso de diversos actores y dimensiones, principalmente la incorporación de la enseñanza de la odontología en las universidades del país, las conflictivas relaciones con otras ocupaciones y profesiones del campo, en especial con los médicos, con los mecánicos dentales, con ejerceintes irregulares (barberos, sangradores) y con el estado.

Se indaga en las estrategias gremiales, políticas y académicas desarrolladas desde distintas instancias para obtener la delimitación de un espacio de intervención exclusiva. Además, puede verificarse en la documentación revisada, el peso de la tradición artesanal y mercantil de la práctica odontológica, la escasa participación colectiva en el ámbito gremial y el débil compromiso con la salud pública.

PALABRAS CLAVES: odontología argentina, proceso de profesionalización, autonomía, monopolio de la actividad, jurisdicciones.

SCHAPIRA, M. V.: 'Dentistry in Argentina: The History of a Subordinated Profession'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10(3): 955-77, Sept.-Dec. 2003.

Approaching from the perspective of social and historical construction, the article addresses the professionalization of dentistry in Argentina from the late nineteenth century to 1940. The study analyzes the weight of different actors and dimensions, particularly the introduction of dentistry studies into Argentinean universities and the conflicts between dentists and those in related fields (especially physicians, mecánicos dentales, and informal practitioners like barbers and bleeders) as well as conflicts with the State. The article explores the union, political, and academic strategies developed in an effort to define a space for exclusive intervention, and also looks at the earliest successes in tracing out a specific domain that would ensure professional autonomy and monopoly in the practice of dentistry. A review of documentation reveals the weight of craftsmanship and the mercantile tradition in dental practice, very limited collective participation in the union environment, and the field's weak commitment to public health.

KEYWORDS: dentistry in Argentina, professionalization, autonomy, monopoly practice, domains.

Introducción

El proceso salud-enfermedad-atención en sus complejas dimensiones, ligado a las conflictivas condiciones de la sociedad contemporánea ha constituido para los antropólogos y otros científicos sociales, en las últimas décadas, un fecundo espacio de discusión, investigación e intervención, no exento de tensiones disciplinares e interdisciplinares.

La construcción de categorías críticas, a partir del desarrollo conceptual del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1981a, 1991b), ha permitido la emergencia de herramientas analíticas que han facilitado el estudio de la relación población-servicios, particularmente de las prácticas y representaciones, aunque pueden identificarse algunos vacíos en las investigaciones pertenecientes al área de la salud.

En esta línea, es de nuestro interés profundizar en un terreno no abordado por las ciencias sociales argentinas, como lo es la sociología de las profesiones, que sin embargo puede aportar conocimientos al modo en que se construyen los objetos y campos de intervención profesional y su relación con las instituciones formadoras de recursos humanos, con la organización y regulación de los servicios de salud y con los procesos de medicalización, entre otros aspectos.

En este sentido es necesario reconocer que el estudio de las profesiones no ha logrado constituirse como objeto de estudio en Argentina, como sí ha ocurrido en Inglaterra a partir de principios del siglo XX y en Estados Unidos desde los años 1950. Esta ausencia se hace también evidente en el campo de la salud, identificándose un vacío en lo que respecta al conocimiento de las condiciones de emergencia, desarrollo, consolidación, crisis y transformaciones posibles de las profesiones del campo de la salud.

Es el análisis de la profesión médica el que ha despertado el mayor interés de sociólogos e historiadores del mundo anglosajón, que a partir de los años 1970 han conseguido sistematizar un cuerpo de trabajos de carácter teórico y empírico inscriptos en líneas en cierto modo complementarias, conformando lo que puede denominarse un “enfoque de poder”.

Estos trabajos critican las propuestas funcionalistas que definen a una profesión como una sumatoria evolutiva de atributos y se oponen a toda definición de carácter universal. Por el contrario, se focaliza el estudio de los procesos de profesionalización en la capacidad de una ocupación para controlar su propio trabajo, para definir el objeto de su actividad y para organizarse en un conjunto de instituciones sostenidas por una ideología de pericia y servicio social, en contextos históricos particulares (Freidson, 1978).

Nuestro trabajo, sustentado en este enfoque teórico, reconoce que algunos de los pilares del proceso de profesionalización lo constituyen el logro de la autonomía profesional y el monopolio de la actividad que se alcanzaría a partir de articulaciones entre la posesión de un

conocimiento específico legitimado por el Estado, la eficacia de la invocación a la ética ligada a un ideal de servicio, los recursos simbólicos y el interés por el prestigio social (Larson, 1977a; Johnson, 1972; Collins, 1990b).

Consideramos por lo tanto que la perspectiva histórica y de construcción social (Bourdieu, 1986a; Bourdieu *et al.*, 1995b) se erige como la más adecuada para dar cuenta tanto de los procesos de profesionalización como de la capacidad de identificar los mecanismos de demarcación de campos de conocimiento e intervención (mecanismos de exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación que los grupos profesionales despliegan hacia otras profesiones y ocupaciones) que pueden asegurar una jurisdicción exclusiva en el marco de escenarios sociales específicos (González Leandri, 1996).

Si bien el grueso de los aportes teóricos y empíricos se vinculan esencialmente al estudio de la profesión médica, como hegemónica del campo, estos aportes no pueden ser generalizados para el análisis de otras profesiones dada la especificidad de los procesos que necesariamente deben abordarse, teniendo en cuenta los marcos sociopolíticos donde el estado ha participado de manera disímil en la legitimación y organización de las profesiones (Freidson, 1978).

En lo que respecta a la odontología, se destacan dos aspectos centrales que hacen su especificidad como profesión en los primeros años del siglo XX: a) por un lado, la persistencia de la tradición artesanal y mercantil y b) por la posición hegemónica (respecto de los mecánicos dentales y otros auxiliares) o subordinada (en relación con la medicina) con la que logra definirse respecto a otras ocupaciones y profesiones del campo a partir de un conjunto de tensiones políticas y académicas.

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

El enfoque que sostenemos toma distancia tanto de los estudios descriptivos realizados por los propios odontólogos desde fines del siglo XIX, en los que recupera de modo lineal la historia interna de su práctica y de las ciencias e instituciones que a ella concurren con una mirada idealizada y panegírica (Bagur, 1996; Cervera, 1973; Fiorini, 1938), como de concepciones teóricas provenientes del funcionalismo, basadas en criterios taxonómicos y sustancialistas (Freidson, 1978).

Bajo una perspectiva teórica epistemológica de carácter relacional, que sostiene el carácter histórico, complejo y construido (Menéndez, 1991b; Giddens, 1997; Bourdieu, 1986a) de los fenómenos sociales y culturales, formulamos un conjunto de interrogantes generales planteados

desde distintos registros y niveles que aportan a la construcción de nuestro objeto de estudio. Estos interrogantes se orientan a la posibilidad de producir conocimientos en contextos específicos a fin de distinguir el peso relativo y diferencial de los múltiples componentes del proceso de profesionalización de la odontología en Argentina desde fines del siglo XIX hasta los años 1940.

Objetivos

Dando continuidad a una línea de trabajo plasmada en nuestras publicaciones previas sobre el tema (Schapira, 2000, 1997-98), los objetivos generales del trabajo se orientan a caracterizar el proceso de profesionalización de la odontología en Argentina desde fines del siglo XIX hasta 1940. De modo más específico, apuntamos a identificar las particularidades del pasaje de ocupación no erudita, de origen artesanal y mercantil, ligada estrechamente a un variado mercado de servicios, hasta alcanzar su inclusión entre los “ramos menores” de la medicina y su conformación como profesión autónoma.

Otros objetivos particulares se orientan a producir conocimientos en torno a los principales componentes del proceso de profesionalización: la inserción en la universidad, el accionar de las asociaciones gremiales, las relaciones con el Estado, con otras profesiones y ocupaciones del campo de la salud a fin de caracterizar este conjunto de relaciones y condicionamientos y de identificar la particularidad de los conflictos que se dirimen en el proceso de consolidación de la profesión (Larson, 1977a; Freidson, 1978).

En otros términos, el estudio de estos procesos supone deconstruir una trama que se recombina según intereses en juego, espacios de poder, alianzas establecidas y concepciones políticas, gremiales y científicas sobre la profesión, sus relaciones con la medicina, con otros ejercientes, con la universidad, la sociedad y con el Estado.

En virtud de los límites de esta presentación, seleccionamos para el análisis sólo aquellos aspectos del proceso de profesionalización referidos a las diversas modalidades desplegadas para delimitar un espacio de intervención exclusiva y a los primeros éxitos en la demanda de demarcación.

Metodología

La estrategia metodológica desarrollada bajo un enfoque de historia social se inscribe en una línea de estudio de procesos, basándose en la revisión de fuentes secundarias de carácter documental de distinto tipo (legislación nacional y provincial, periodismo gremial y científico, prensa diaria, material de instancias académicas).

El carácter retrospectivo del trabajo implicó la delimitación de un período histórico a partir del ordenamiento, clasificación, jerarquización

e interpretación del material seleccionado como modo de construir el objeto de estudio.

El enfoque histórico adoptado permite reconocer en la etapa bajo estudio, el peso relativo de instituciones y de actores que conforman una compleja trama en la que se identifica la permanencia de una 'fuerte' tradición ocupacional de origen plebeyo, basada en destrezas manuales desplegadas en un espacio individual que juega como particular mediación en el proceso de instalación de la odontología como profesión liberal.

Diferentes aristas del conflicto demarcatorio

Aproximaciones iniciales

En primer término y en un nivel general, podemos afirmar que a partir de las categorías conceptuales presentes en la introducción consideramos que el logro de la autonomía y la construcción de un monopolio profesional, que permitieran la demarcación de una jurisdicción exclusiva, implicó varias cuestiones de no fácil resolución.

Entre ellas reconocemos una convivencia conflictiva con prácticas irregulares de consulta masiva, con una pertinaz competencia intra profesional en la pugna por capturar la demanda de la población y con una relación ambivalente con la medicina, considerada un referente de prestigio social y científico, a la vez que un obstáculo en la consolidación de un espacio académico y político propio. A esto se agrega una relación contradictoria con el estado, caracterizada por una tensión constante entre la demanda de beneficios económicos, de exigencias de persecución a los ejercientes irregulares y de impugnación ante cualquier intento contralor de la actividad profesional (prohibición de publicidad callejera, exigencias de inscripción en registros de diplomados, inspección de gabinetes dentales, etc.) (Belmartino *et al.*, 1988).

Por otro lado, la presencia de la odontología en la universidad desde la creación de las primeras escuelas a fines del siglo XIX, consolidada como acreditadora de saber y facilitadora de prestigio social desde los años 1930, y el dificultoso accionar de las asociaciones gremiales, representan otras instancias claves que dan cuenta de los primeros momentos del proceso de consolidación profesional. Aunque los protagonistas se reiteran en las instituciones mencionadas, son las asociaciones gremiales quienes se hacen cargo de los problemas referidos al ejercicio y a la defensa de los intereses de sus miembros (Saizar, 1943).

Otras expresiones de la delimitación de campos de incumbencias incluyeron acciones expresados en: a) la lucha contra el intrusismo, representado por barberos, sacamuelas e idóneos (que no desaparece en los años 1940); b) la exclusión de los no titulados, representados por los estudiantes-practicantes y por los mecánicos dentistas (ocupación

preexistente a la odontología, artesanos productores de prótesis con alto reconocimiento social), objeto de subordinación; c) acciones tendientes al establecimiento de relaciones de mayor simetría con la medicina, a fin de incrementar el número de docentes odontólogos en las escuelas de odontología y su representación en los consejos directivos de las facultades de medicina del país; d) la regulación de la competencia profesional que incluyó la identificación y el control de diplomados que ofrecían servicios a bajo costo para capturar una clientela de sectores medios y altos y el rechazo a la competencia de odontólogos extranjeros, cuyo libre ejercicio era avalado por el Convenio sobre Profesiones Liberales, celebrado en el marco del Congreso de Derecho Internacional Privado, en Montevideo, 1889 (Canzani, 1996; Judson, 1933; *La Tribuna Odontológica*, 1916).

La Tribuna Odontológica, el más importante periódico gremial de alcance nacional, difunde duras críticas a dicho convenio, al que adscribieron Bolivia, Perú, Paraguay, Chile y Argentina, dado que no sólo reconoce la validez de los títulos otorgados por las universidades de los países signatarios, sino que facilita el ejercicio profesional sin que medie un examen de competencias lo que es considerado una falta de protección material y moral a la corporación nacional. En el mismo sentido, la Asociación Odontológica Argentina (AOA), el Departamento Nacional de Higiene (DNH) y las asociaciones gremiales de los médicos, critican la “negligencia de las cámaras” y apoyan la sanción de una nueva ley nacional que reglamente las profesiones del arte de curar con criterios proteccionistas.

Reiteramos la idea que el reclamo del arbitraje del Estado para delimitar y efectivizar un campo de incumbencias con reconocimiento legal es permanente en el período analizado, rechazando su ingerencia cuando se intenta ejercer un control sobre las modalidades del ejercicio de la profesión. Esta tensión obedece a las dificultades para obtener una definitiva legitimidad formal y para consolidar la demanda de la población que históricamente resolvía sus problemas de salud bucal por caminos “irregulares” en razón de condicionamientos culturales y de una mayor accesibilidad económica.

La lucha contra el intrusismo y el alcance del monopolio profesional

A lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX, las asociaciones gremiales y científicas presionan a los poderes públicos para alcanzar una legislación nacional capaz de establecer los límites legales de la práctica, sin desdeñar severos mecanismos de sanción y represión para los ‘irregulares’ a fin de avanzar en la construcción del monopolio profesional (*Revista Odontológica*, 1916).

También la población es incluida en esta cruzada como destinataria de actividades de difusión que, a través de las instituciones hospitalarias,

escolares y medios de comunicación, vehiculizan mensajes de advertencia sobre los riesgos que implicaba la consulta a un 'curandero'. La batalla por la captación de clientela es desembozadamente virulenta frente al interés por atraer la demanda de sectores adinerados y tanto las organizaciones gremiales como la prensa odontológica denuncian la inoperancia e indiferencia de instituciones de gestión pública como los Consejos de Higiene (CH) de las provincias (*Revista del Círculo Odontológico de Rosario*, 1931).

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

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

La universidad se incorpora a principios de 1930 a la lucha contra el intrusismo y el ejercicio ilegal, incluyendo en una misma categoría tanto a los barberos y flebotomos como a los mecánicos dentistas, apoyando las acciones de la subcomisión de ética de la AOA. Se toma como modelo la legislación italiana de la época que prohíbe dar publicidad a la actividad de los mecánicos, impidiendo todo contacto con los pacientes, reglamentando y limitando las incumbencias del trabajo y sancionando el ejercicio ilegal con multas en dinero, confiscaciones, clausura de locales y suspensiones de odontólogos que se constituyan en cómplices.

Sin embargo, el colectivo profesional, salvo un pequeño grupo, no compromete su participación en una tarea de conjunto en defensa de la corporación dado que su mayor preocupación se centraba en aspiraciones individuales de afianzamiento económico y prestigio social (*Revista Odontológica*, 1931).

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

En la década de 1930, a fin de establecer diferencias entre el control de la sanidad pública y el de las profesiones del arte de curar, se establecen funciones diferenciadas entre la DNH y los Consejos Médicos, reservando a estos últimos el poder de policía para la represión de las actividades irregulares. De este modo, queda a cargo de la corporación médica el poder de controlar y sancionar el ejercicio 'irregular' de la medicina y otras profesiones subordinadas (farmacia, odontología, obstetricia) a fin de afianzar la autonomía profesional y asegurar el monopolio de la práctica. En este marco y frente a la dilación de una ley de ejercicio profesional, la AOA defiende enérgicamente la efectivización del poder otorgado formalmente a los inspectores de odontología en los Consejos de Higiene de las provincias.

Regulación de la competencia intra profesional: ética y mercado

Pese a que la inserción de la odontología en la universidad abrió expectativas por desprenderse de la tradición artesanal, la persistencia de curadores 'irregulares' con posibilidades de dar respuesta a las demandas de la población desmintió en los hechos las esperanzas que provocara la formación superior, dado que la población seguía demandando servicios de curadores cuya eficacia era considerada similar a la de los diplomados y de menor costo.

La búsqueda de 'clientes' y la oferta de variados servicios adoptó modalidades de técnicas de venta y comercialización que se incrementó durante la crisis de 1930. La oferta se vio incrementada por los servicios de odontólogos con títulos extranjeros, autorizados por el Convenio de Montevideo, por la de estudiantes de los últimos años en calidad de 'practicantes' y de otros competidores de larga data, como los mecánicos dentistas que ofrecían una importante accesibilidad económica.

Sin embargo, desde la visión de los odontólogos, los grupos de diplomados argentinos que ofrecen servicios a bajo costo son los que constituyen un flanco competitivo serio que es entendido por los activistas gremiales como un atentado al perfil de profesional liberal que aspiraba a compartir las mismas señas de identidad de sectores medios y altos a los que dirigían su oferta.

La necesidad de frenar este tipo de competencia promueve en los círculos odontológicos de las provincias una permanente demanda de control sobre la publicidad personal lo que resulta difícil de erradicar durante el período estudiado (*La Tribuna Odontológica*, 1944).

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

Los primeros antecedentes de este tema se remontan a los siglos XVII y XVIII y refieren los reclamos de arbitraje a los Cabildos (instituciones de gobierno municipal), tanto por parte de vecinos como de los 'prácticos' de la profesión, lo que revela la disparidad de intereses

y la necesidad de una mediación que pueda acercar a las partes, cuestión que se salda transitoriamente con la fijación de salarios para barberos, sangradores, ventoseros y sacamuelas (Cignoli, 1955).

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

En 1929, el Consejo General de Higiene de la Provincia de Santa Fe establece aranceles profesionales a fin de proteger la práctica del profesional dada la habitualidad con que se presentaban demandas judiciales por cobro de honorarios. Sin embargo, según el principio tradicional de considerar el acto médico como un acontecimiento singular y privado que dificulta el establecimiento de categorías objetivas, los odontólogos rechazan la remuneración que se fija en nombre de la autonomía profesional. En los textos de medicina y odontología legal y social de principios de los años 1930, se explicita que el derecho de percibir una retribución no constituye un salario sino un sueldo de “honor” que retribuye la acción y la competencia de la ciencia, lo que renueva el carácter “extra-ordinario” de la prestación de servicios especiales para la atención a la salud.

A fin de asegurar el mantenimiento de un estilo de vida propio de las clases medias, comienzan a detallarse los factores que intervienen en la conformación del honorario, estableciendo prioridades a considerar. Se toma en cuenta la necesidad de aumentar los conocimientos, proponiendo una vida de “cierto rango” asociada al prestigio social y científico. Los viajes de perfeccionamiento, el tiempo dedicado al estudio, las adquisiciones de equipamiento fundamentan la necesidad de disponer de un capital suficiente y justifican el monto de la retribución que se fije (Beltrán, 1932). Por otra parte, se recomienda contemplar también la situación económica del paciente y se estimula la práctica de establecer tarifas diferenciales para ricos y pobres.

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

Según la primera de estas posiciones, el descrédito de la profesión y la falta de ética estaría presente en quienes cobran bajos honorarios, descuidando el perfil de profesional socialmente prestigioso, construido a partir de atributos de la clientela que interesa captar.

La segunda corriente hace participar en la composición del honorario, tanto al status social deseado como a las posibilidades económicas de los pacientes en virtud de considerar a la odontología como una de las

profesiones destinadas a remediar situaciones físicas o morales (*La Tribuna Odontológica*, 1937).

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

Relaciones con la medicina

Sin pretender ahondar en este artículo sobre la historia de las profesiones del campo de la salud, sólo aclaramos que es en la Edad Media europea cuando se afirma la hegemonía de la medicina sobre otras prácticas de la cura al ser incluida en las universidades del siglo XIII, lo que la configura como fuente de distinción por el uso del latín y por su acercamiento a las elites, acentuándose así la diferenciación entre curadores eruditos y artesanos. Por el contrario, la práctica odontológica, nacida a partir de diversos oficios, como barberos, sangradores y flebotomos, encuentra en el siglo XVIII su primer antecedente “científico” con la obra de Pierre Fauchard en 1728 sin que los primeros diplomados significaran una amenaza para estos prácticos de la cura.

La enseñanza de la odontología en las universidades argentinas a fines del siglo XIX se incluye entre las denominadas “ramas menores” de la medicina, tal como figura en la ley nacional nº 19861 de creación de la Universidad Nacional del Litoral que reglamenta los estudios de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, entre los que se encuentran la obstetricia y la odontología.

Dado que la posibilidad de control del conocimiento abstracto y complejo es una de las cuestiones críticas que interviene en la construcción de demarcaciones y particularmente en el alcance de la autonomía y en la conformación de mercados (Larson, 1977a), la inserción de la odontología en la universidad y las transformaciones en la relación establecida con la medicina fueron elementos claves en el proceso de su consolidación como profesión liberal.

La dominancia profesional a la que aspiraban los odontólogos se consolida en un proceso en el que cobra particular relevancia la identificación de sus miembros con un cuerpo de conocimientos específicos, científicamente legitimados. El poder de seleccionar y aplicar dichos conocimientos en una determinada jurisdicción, concebida como exclusiva, determinando el tipo de entrenamiento necesario y los criterios técnicos y éticos de evaluación de su propia práctica son otros de los elementos que contribuyen, en un proceso que abarcó varias décadas,

al logro de relaciones de mayor paridad con la medicina como profesión hegemónica del campo de la salud (Larson, 1988b).

La defensa de los intereses gremiales de la corporación y la incorporación a la enseñanza superior, que conlleva la construcción del propio objeto de trabajo, habilitaron a los odontólogos para efectivizar el monopolio de la actividad y el control de la misma, creando condiciones propicias para negociar con la medicina por un lado, y con los mecánicos dentales por otro, los límites del área de salud bucal en la división social y técnica del trabajo (Freidson, 1978).

Esta inserción en la universidad, a pesar de su debilidad inicial, permitió ir configurando un espacio normatizado de transmisión, apropiación de conocimientos que desde fines de 1930 apuntó a construir cierta visibilidad profesional. El pasaje de esta mínima 'visibilidad' a la conformación de una identidad profesional diferenciada no se instituye solamente con la creación en el país a fines del siglo XIX de las primeras escuelas de odontología, dependientes de las facultades de medicina, sino que se va perfilando contradictoriamente en un debate permanente con la medicina, con los ejercientes 'irregulares', con el Estado y con otros sectores sociales. Debate en el que se pone en juego la cuestión de las jurisdicciones cognitivas y la delimitación de las incumbencias en función de lograr mejores inserciones en una clientela esquiva.

La pericia específica permitió la definición de estándares habilitadores para el ejercicio y facilitó en el tiempo transformaciones en la demanda, produciendo cierres en el acceso al orden ocupacional (para los médicos y los mecánicos) en el cumplimiento de funciones económicas e ideológicas del proceso formativo (Collins, 1989a).

Sin embargo, simultáneamente, la medicina brindó un modelo a seguir a partir del desempeño de su rol, históricamente asociado a la dimensión de lo sagrado, sumado a la pericia científica y la superioridad técnica acreditada por la universidad. Dicho modelo articulaba además apoyos tradicionales en un espacio privado e individual de provisión de servicios profesionales y ofrecía un modelo sobre el cual la odontología modeló sus aspiraciones de status privilegiado.

A partir de los primeros planes de estudio de las escuelas dentales del país en las primeras décadas del siglo XX, se inicia un proceso de incorporación de conocimientos ligados a las ciencias básicas, preclínicas y clínicas que despegan progresivamente a la formación universitaria de las actividades artesanales y mecánicas con que se iniciaron. Esto apunta, por un lado, a lograr desprenderse del rótulo de 'rama menor' y a alcanzar un mayor status científico y prestigio social, intentando alcanzar una autonomía relativa de la medicina, pugnando por espacios de menor subordinación política y académica y, por otro, a deslegitimar prácticas competitivas como las del mecánico dentista a partir de la incorporación en la formación de grado de amplios conocimientos de prótesis.

Desde principios del siglo XX y hasta entrada década de 1940, la teoría del ‘foco infeccioso’ (Leal, 1983), extensamente difundida en Europa y Estados Unidos, constituyó un sustento teórico que, al proponer una fundamentación diagnóstica y terapéutica integral, unificó criterios de intervención de médicos y odontólogos.

El lugar decisivo que se le dio a los focos tóxicos orales como responsables de procesos infecciosos a distancia contribuyó a que el sistema ‘buco-dentario’ ocupara un puesto sobresaliente en la explicación causal de la cadena fisio-patológica entendida linealmente. La adopción de esta teoría permitió sistematizar un conjunto de observaciones, formular explicaciones causales vinculadas a la patología clínica contribuyendo a profundizar en el estudio de las enfermedades que según dicho paradigma guardaban relación con el “sistema general del cuerpo”. En otras palabras, desde la teoría del ‘foco infeccioso’, se piensa en la posibilidad de enriquecer y consolidar la base científica de la profesión, apuntando a equiparar el status del odontólogo con el del médico. La propuesta apunta a transformar el campo de intervención profesional estableciendo nexos con lo que se concebía como prevención de “graves enfermedades del organismo humano” tratadas por la medicina. De este modo, quedaba aparentemente en un segundo orden de importancia el trabajo en prótesis y los tratamientos reparatorios, privilegiando la operatoria extractiva lo que intervino en la construcción y puesta en circulación de nuevas representaciones sobre el cirujano dentista. Las mismas se organizaron en torno al valor atribuido a quien portaba un conocimiento esotérico — reconocido como cercano a las ciencias médicas — caracterizado por su capacidad de intervención inmediata y radical lo que investía a estos profesionales de mayor crédito y prestigio social. El afianzamiento de esta teoría, ligada al desarrollo de la bacteriología, y su permanencia hasta mediados del siglo XX, fortaleció el alejamiento de prácticas empíricas y de una concepción del cuerpo como conjunto de partes de la “máquina humana”, partes que se podían reparar, corregir, remover o reemplazar con ninguna o escasa relación entre sí.

A pesar que se sigue entendiendo a la odontología como una especialización de la medicina, se avanza considerablemente por sobre el carácter manual y mecánico con que esta actividad fue históricamente construida y se tiende a alcanzar una mayor paridad entre odontólogos y médicos cirujanos en cuanto a prestigio científico y social.

Ser reconocidos por los médicos significó para los odontólogos no sólo la integración en un paradigma científico, sino que representó la posibilidad de legitimar su inclusión en el campo de la medicina, facilitando el reconocimiento de un espacio propio y la subordinación de otras ocupaciones.

Conflictos con ocupaciones subordinadas

El mecánico dentista, nacido del mismo tronco artesanal que los barberos, flebotomos y sacadores de muelas, antecesores de los odontólogos, fue el precursor de las primeras prácticas odontológicas ligadas a la confección de prótesis, siendo, en tal sentido, depositario histórico del conocimiento empírico reconocido por la población. Son éstos quienes, desde mediados del siglo XIX, producen avances en la práctica técnica contribuyendo a incrementar el conocimiento específico.

Este numeroso grupo de oficiantes son sistemáticamente descalificados por los diplomados que les adjudican falta de asepsia, incapacidad para tomar decisiones terapéuticas y competencia desleal. Desde finales de 1920, los Círculos Odontológicos provinciales y los Consejos de Higiene impulsan proyectos de ley que restringen el alcance de la práctica de los mecánicos, les prohíben contacto directo con los pacientes y modifican su denominación en virtud de la carencia de titulación universitaria. Desde la AOA y los Círculos, se impulsa el establecimiento de demarcaciones subordinadas, considerando a los mecánicos como 'simples obreros manuales' a cargo de trabajos de prótesis en relación de dependencia con los odontólogos diplomados y alejados del 'arte de curar'.

En la pugna por consolidar un área de intervención exclusiva, en virtud de las credenciales universitarias, los odontólogos despliegan mecanismos de subordinación frente a los mecánicos que son asimilados al curanderismo.

A partir de la década de 1930 y a través de diversos decretos, se regula y restringe su actividad a tareas delegadas por los odontólogos fuera del contacto con los pacientes, previendo inspecciones a talleres, laboratorios y gabinetes. También comienzan a aplicarse sanciones represivas en virtud de la aplicación del Código Penal de 1921.

Larson (1988b) asocia la base del poder político de las profesiones tanto con la configuración de un mercado profesional como con la demostración de superioridad en el manejo de la enfermedad. Según esta autora, la necesidad de normatizar el proceso de "producción de productores" permite a las profesiones ser reconocidas por la población y alcanzar una clara diferenciación en el mercado de servicios a partir de la "negociación de la exclusividad cognitiva". Los odontólogos, a fin de consolidarse como profesión, debieron vencer la inestabilidad de la demanda, definiendo estándares sobre el significado y los alcances de sus servicios de modo de poder diferenciarse de la de otras ocupaciones y profesiones que constituían sectores en competencia, particularmente de los mecánicos dentales.

Hasta 1945 aproximadamente, a pesar de la oposición de la Asociación Gremial de Mecánicos para Dentistas, un conjunto de leyes provinciales, impulsadas por Círculos y Asociaciones Odontológicas, reglamentan el ejercicio profesional, dedicando capítulos especiales a

los mecánicos dentales a fin de delimitar su campo de incumbencias y definir la naturaleza subordinada de su intervención en carácter de auxiliares.

El control de la formación de los mecánicos y otros auxiliares fue un medio de garantizar la posición jerarquizada de los odontólogos y de instalar clausuras ocupacionales. Dado que los títulos tienden a ser considerados por quienes aspiran a poseerlos como signos de un proceso internalizado de crecimiento cognitivo y de autoridad, el control de estos signos aseguraba la superioridad del odontólogo respecto al nivel de conocimientos y destrezas y a su posibilidad de definir la posición de otras ocupaciones subordinadas. En consecuencia, encontrar la forma de control más eficaz para limitar el ejercicio profesional de los mecánicos, se vehiculizó a través de los diversos modos en que se reguló y restringió su capacitación.

Sin embargo, los diversos cursos de idóneos o auxiliares, implementados desde los años 1920 en adelante, dirigidos fundamentalmente a los mecánicos, conducidos por odontólogos, revelan no sólo el interés por controlar la formación de ocupaciones subalternas, conservando el monopolio de la actividad, sino también la necesidad de delegar tareas consideradas secundarias (confección de prótesis, actividades de prevención y educación etc.). De este modo, los odontólogos, en virtud de la autonomía profesional, se reservaron el derecho de definir y redefinir la naturaleza y objeto de su propio trabajo y de las ocupaciones a ella vinculadas.

Las propuestas de capacitación impulsadas por la Corporación de Protésicos Dentales apuntaban a la implementación de cursos en el ámbito de la universidad a fin de obtener credenciales oficiales capaces de otorgarles mayor legitimidad. Las posiciones de odontólogos académicos y gremialistas al respecto fueron oscilantes. Por un lado se observa el rechazo a esta demanda con el objeto de impedir una titulación superior que pudiera dificultar la consolidación del monopolio del mercado, aceptando la organización de cursos dependientes de la AOA, del Instituto Municipal de Ortodoncia y de escuelas técnicas de oficios en la capital del país.

Por otro lado, entre 1937 y 1944 se acepta la inclusión de dichos cursos en la Escuela Dental de Buenos Aires dependiente de la universidad que otorga un certificado de idoneidad. Quienes se inclinan por esta inclusión apuntaban a obtener mayores garantías en el control, en el acceso y en la definición de incumbencias de esta ocupación.

La pugna entre los odontólogos y las asociaciones que nuclean a protésicos y mecánicos dentales se extiende hasta fines de los años 1940. Defendiendo a ultranza el ejercicio exclusivo de su profesión, los odontólogos argumentan a partir de la superioridad de su capital cognitivo e instrumental y redefinen el trabajo en prótesis como proceso clínico, mecánico y hasta quirúrgico. De este modo, se intenta descalificar el saber de los mecánicos, situándolos en el lugar de un artesano,

poseedor de saberes parcializados y relegados al ámbito del taller sin contacto con los pacientes. Este contacto era considerado peligroso ya que remitía a una demanda real o potencial que otorgaría legitimidad a esta ocupación.

Este aislamiento que produce una inclusión efectivamente subordinada marca un lugar de mayor sujeción y dependencia que el trabajo de la partera, la enfermera y el técnico óptico que tenían relaciones con los pacientes y revela tanto el peso del reconocimiento social alcanzado por los mecánicos, como los esfuerzos realizados por los odontólogos para consolidar un mercado.

Un conjunto de medidas, establecidas a partir de modificaciones del Reglamento del Oficio de Mecánicos para Dentistas (aprobado por decreto no 4500 del 18.3.1942 del gobierno de la provincia de Buenos Aires), significaron nuevos mecanismos de control y regulación de esta práctica que implicaron la legitimación formal de una posición subordinada. Tales medidas comprendían: a) la inscripción obligatoria en un registro de mecánicos para dentistas en la sección ejercicio de la medicina de la DNH; b) certificación de la idoneidad por parte de las universidades nacionales o de odontólogos en carácter de empleadores; c) archivo y registro de los trabajos de prótesis realizados según órdenes emitidas y firmadas por los odontólogos responsables a elevar semestralmente a la DNH; d) la prohibición de instalar talleres de prótesis contiguos al consultorio dental y la limitación del instrumental a utilizar. Los reclamos de la Asociación de Mecánicos Dentales ante la Dirección Nacional de Salud Pública en 1945 invocando su histórica capacidad reconocida por la población, el aval de sus organizaciones nacionales y el reconocimiento existente en otros países, no encuentran resolución favorable.

Limitar estas prácticas consideradas abusivas y en competencia desleal constituyó uno de los objetivos centrales de los odontólogos agremiados en todo el país. Hasta la década de 1940 las organizaciones profesionales, aun con el escaso apoyo público del conjunto de los odontólogos, convergen en la tarea de obtener por parte del estado una legislación definitiva para el ejercicio de la odontología.

La cuestión de la autonomía

Como elemento clave para la definición de las profesiones liberales, reiteramos nuestra concepción de la autonomía profesional entendida como la posibilidad de controlar su propio trabajo, sostenida en parte por una ideología de pericia y servicio social y organizada a partir de un conjunto de instituciones (Freidson, 1978).

En otros términos y siguiendo a Freidson, una profesión haciendo uso de su autonomía, en virtud de su posición dominante en la sociedad, es capaz de definir y transformar la esencia de su propio trabajo. El modo en que las profesiones alcanzan, consolidan o pierden el control

sobre las condiciones y contenido de su actividad constituye uno de los ejes analizadores del proceso de profesionalización que se vincula a la institucionalización del conocimiento específico y al control del entrenamiento y destrezas necesarias para ser considerado miembro de una determinada profesión.

Es la defensa de la autonomía, obtenida a partir de la inserción de la odontología en la universidad y sustentada por principios éticos, la que movilizó a un grupo de odontólogos de Buenos Aires en 1896 para conformar una organización gremial que, a través de la acción colectiva, pudiera asegurar el derecho a controlar su propio trabajo frente a una serie de disposiciones de control reunidas en la 'Ordenanza para los Dentistas' dictada por el Departamento Nacional de Higiene en el marco de las epidemias de cólera y fiebre amarilla (Canzani, 1996).

Estas primeras medidas de regulación establecían la inscripción obligatoria de los diplomas de los dentistas de la capital en el DNH, el registro de los domicilios de los gabinetes dentales para su inspección periódica por parte de médicos del departamento, la obligatoriedad de contar con equipos de esterilización de instrumentos y la prohibición de toda asociación con quienes no estuvieran en condiciones legales de ejercicio. Desde la perspectiva de los odontólogos, expresada en las bases del estatuto de la Sociedad Odontológica del Río de la Plata de 1899, estas medidas son consideradas un verdadero atentado a la libertad del ejercicio profesional.

Reconocida la naturaleza empírica y limitada de esta profesión, el alcance del ejercicio exclusivo pasaba por lograr la exclusión del intrusismo a partir de la acreditación otorgada por las escuelas universitarias, garantes del conocimiento científico legitimado por el Estado. Asegurados los mecanismos institucionales de producción y control de dicho conocimiento, quedaron sentadas las bases de la autonomía cuya preservación fue una de las cuestiones centrales del accionar de las asociaciones gremiales.

Esto se expresó en diversas conquistas gremiales: un primer avance fue la creación del cargo de Inspector Técnico de Odontología, asumido hasta entrados los años 1920 exclusivamente por médicos, lo que significó el logro de un espacio de representación en el DNH. En segundo lugar, la creación de un comité ejecutivo "pro-reglamentación de la odontología y represión del ejercicio ilegal" y la lucha por alcanzar la autorización para prescribir medicamentos sin depender de la autorización de los médicos, iniciada en el mismo período, constituyen otras expresiones del interés por establecer condiciones autónomas para el ejercicio profesional, a pesar de la debilidad de las asociaciones gremiales.

Reglamentación del ejercicio profesional y defensa de los intereses corporativos

La reglamentación del ejercicio profesional constituyó un viejo anhelo de los odontólogos que confiaban en que el ordenamiento legal daría respuestas a todos los puntos en conflicto y operaría como un instrumento apto para la defensa de sus intereses.

Pese a esta aspiración, fueron el gremio médico y el DNH las principales instancias impulsoras de diversos proyectos de ley sobre el ejercicio profesional. La participación colectiva de los odontólogos fue menos visible, lo que en parte puede explicarse por el carácter individual y aislado de su actividad y por la escasa tradición de participación colectiva.

Desde las primeras leyes y reglamentaciones provinciales con sus sucesivas modificaciones, la odontología, concebida por los propios profesionales como rama o especialidad de la medicina, queda incluida en la lógica que rige para el ejercicio de la medicina y se la aborda como un capítulo con especificaciones propias del mismo modo que farmacia y obstetricia .

A modo de un breve raconto, podríamos acotar que salvo algunas primeras reglamentaciones y leyes básicas sobre el ejercicio de la medicina (ley de la provincia de Buenos Aires de 1877, convertida en ley nacional nº 2829 en 1891), el resto de la normativa estuvo constituida por variadas propuestas y proyectos de reforma que fueron aprobados por una sola de las cámaras, sin alcanzar sanción definitiva. Este es el caso del proyecto de reforma de 1897 que avanza en la definición del 'ejercicio ilegal'; de la propuesta presentada en diputados en 1901 que incluye el derecho de médicos, parteras, farmacéuticos y otros ejercientes a conformar asociaciones para la defensa de sus intereses profesionales. En igual sentido opera el proyecto de 1910 presentado por el doctor Carlos Malbrán en que se especifican los contenidos del ejercicio profesional; de la propuesta de ley reglamentaria del ejercicio de medicina, obstetricia y veterinaria presentado a diputados en 1912 por el DNH.

Tampoco son discutidos a nivel nacional sucesivos proyectos elaborados entre 1920 y 1930 referidos a la matriculación obligatoria y a la puesta en práctica del Código Penal de 1921 para la represión del ejercicio ilegal. Sí se observan ciertos avances a nivel de las provincias, como el decreto del 9.12. 1929 del gobierno de la provincia de Santa Fe que reglamenta el ejercicio de la profesión odontológica, a propuesta del Círculo Odontológico de Rosario. Este incorpora normativas ya adoptadas en Mendoza, Córdoba y Tucumán tendientes a acotar una jurisdicción exclusiva a partir fundamentalmente de la posesión de títulos de universidades nacionales.

La ley provincial de sanidad nº 2287 de la provincia de Santa Fe, sancionada en 1932 que regula el ejercicio profesional del arte de curar,

constituye un avance en lo relativo a la conducción de las profesiones, al control del ejercicio ilegal y a la observancia de la ética. En un decreto complementario de la misma se establecen las condiciones de ejercicio de otras ocupaciones dependientes de la medicina como farmacia, obstetricia, kinesiología y odontología, estableciendo de modo pormenorizado los límites de cada ocupación definidos a partir de la hegemonía de la medicina.

El logro de la sanción de una ley reglamentaria del conjunto de las profesiones liberales es una preocupación constante en la década de 1930, lo que se expresa en las actividades que con distinto énfasis cada asociación despliega. El anteproyecto de ley orgánica reglamentaria de las profesiones liberales de 1934, extensamente fundado, elaborado por una comisión honoraria, recoge preocupaciones comunes a abogados, ingenieros y profesionales del arte de curar en lo que hace al establecimiento de aranceles, códigos de ética y regulación del ejercicio. La elevación de este proyecto de ley ante las cámaras por el presidente Justo es considerada como un logro que los odontólogos intentan capitalizar, haciendo hincapié en aspectos proteccionistas y en la restricción de la atención gratuita en los hospitales.

Este proyecto finalmente es aprobado por el Senado en 1940, sin que llegue a ser discutido en Diputados, pese a la denuncia de inercia legislativa por parte del comité permanente de las sociedades universitarias. Por lo visto, estos proyectos elaborados a lo largo de varias décadas por instituciones académicas, gremiales y asumidos como propios por instancias estatales no encontraron repercusión en las cámaras. No obstante en este retaceo, no puede encontrarse necesariamente una intencionalidad política.

En esos años, las demandas al estado impulsadas por las asociaciones odontológicas se centraron fundamentalmente en el reconocimiento efectivo del ejercicio exclusivo de la profesión, habida cuenta del abanico de competidores con los que se enfrentaban. En este sentido, la escasa eficacia alcanzada con la implementación de la normativa vigente hasta 1945 se constituyó en un obstáculo para que se pudiera avanzar en la consolidación de un monopolio profesional. Del mismo modo que los médicos, los odontólogos demandan reconocimiento al Estado pero retacean la participación del mismo en el control de su práctica, asumiendo como exclusiva la tarea de establecer tanto las condiciones técnicas de su actividad como de definir los parámetros éticos que la sustentaban.

Los reclamos formulados por la corporación odontológica no se diferencian de los de los médicos. Tal vez pueda encontrarse un mayor énfasis entre los odontólogos en el afianzamiento y protección del ejercicio privado de la profesión y en limitar la participación del estado en la atención al indigente. La inquietud por las condiciones de vida y salud de la población y las acciones preventivas a ella dirigidas aparecen en menor medida que entre los médicos y, cuando esto ocurre, en

términos generales, se ligan al interés por expandir el espacio de intervención profesional.

Como parte de un proyecto político de carácter populista que se afianza entre los años 1943-45, antecedente inmediato del gobierno peronista, caracterizado por el predominio del Estado en la regulación de diversos ámbitos de la vida social, se insiste en el poder de policía que éste detenta y en la potestad de restringir la libertad de los actos de los individuos en vistas al bienestar común. Se enuncia un objetivo racionalizador y organizativo que doctrinariamente apunta a la generalización del bienestar expresado en políticas sociales. En esos años, la presencia del estado recibe el apoyo de un sector del gremialismo médico que acepta las propuestas de estatización de los servicios y responde a la convocatoria de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Los odontólogos adhieren en principio a dicho llamado al entenderlo como una posibilidad de reconocimiento a las demandas de la profesión, asomándose al juego del clientelismo.

En este marco se sitúa el decreto nº 6216 del 10.3.1944 que reglamenta el ejercicio de la medicina, odontología, obstetricia y demás ramas de las ciencias médicas (BOE 17.3.1944). El decreto, que entre otros aspectos expresa la función fiscalizadora del Estado sobre la atención a la salud de los sectores menos favorecidos y plantea a los profesionales la exigencia de una cooperación regulada e interdependiente con instancias estatales, encontró oposición y resistencia entre los grupos que sustentaban posiciones más ligadas a la defensa del ejercicio privado, a la libre elección del profesional, a la libertad de prescripción y al honorario flexible.

Esta normativa destina nueve artículos para la reglamentación de la odontología y establece los alcances de la profesión a partir de una amplia definición del concepto de ejercicio profesional, tomando la posesión del título universitario como único referente objetivo para el ejercicio legal. Es de notar que la institución de la colegiación obligatoria promueve temores frente al alcance del control del estado sobre la práctica liberal.

La exhaustividad del decreto apunta a ordenar y regular las prácticas profesionales, pone al descubierto la existencia de un conjunto de actividades variadas y superpuestas, diversas formas de ejercicio, un sinnúmero de estrategias económicas y transgresiones a la reglamentación vigente hasta la fecha.

La reglamentación de referencia engloba la normatización del ejercicio profesional y los alcances del título universitario, satisfaciendo parcialmente las exigencias del gremio médico que en sus propuestas elaboradas en el marco de la Secretaría de Trabajo y Previsión proponía discriminar, a los fines del tratamiento legal, tres instancias del ejercicio profesional: Ley Básica de Títulos, Ley Reglamentaria del Ejercicio Profesional y el Estatuto del Trabajo Médico. Sólo este último logra ser aprobado en 1945 (decreto nº 22212/45), dado que los términos de las

otras propuestas continúan en discusión. Este instrumento establece las condiciones de trabajo médico en relación de dependencia en el sector público, en las mutualidades y en los servicios privados.

Si bien la reglamentación del ejercicio profesional había sido una constante aspiración de la profesión, del mismo modo que el reconocimiento del derecho a la participación en organismos de decisión política, el gremio odontológico rechaza toda ingerencia del Estado en lo que se consideran prerrogativas individuales, lo que expresa la tensión que atraviesan las relaciones con el Estado.

La AOA, la Asociación de Odontólogos Municipales, la Federación Odontológica Argentina y la Federación de Odontólogos de la Capital Federal hacen público su apoyo a la acción de la Secretaría de Trabajo y Previsión por la satisfacción dada a sus demandas de inclusión en el escalafón y a las remuneraciones otorgadas a los odontólogos municipales. Esta adhesión, más que un apoyo político al gobierno peronista, implica un reconocimiento a aspectos puntuales en los que los odontólogos podían sentirse reconocidos, en especial en lo que hace a sus condiciones laborales.

Conclusión

Sin duda alguna, el logro de una jurisdicción exclusiva que definiera el monopolio del ejercicio profesional y el alcance de la autonomía, dirimida en el marco de las relaciones con el Estado y jugada en el ámbito de la universidad y de las organizaciones gremiales, cobró características peculiares entre los odontólogos.

Fue la universidad el escenario central en el que los odontólogos desplegaron su esfuerzo para lograr el control de sus bases cognitivas respaldadas por el estado para obtener el reconocimiento de una práctica específica en el mercado de servicios profesionales y alcanzar el monopolio de su actividad. Es decir que esta instancia se erigió en el eje de un proyecto profesional orientado a asegurar un sistema de educación monopólico que a la vez produjera recompensas ocupacionales (Larson, 1977a).

Un primer obstáculo a enfrentar estuvo constituido por la hegemonía científica, política y académica de la medicina que a la vez representaba un modelo a imitar en razón de la conjunción lograda entre la autonomía técnica y los privilegios alcanzados a partir de sus funciones ideológicas (Freidson, 1978). La hegemonía y el prestigio logrado por la medicina implicó un movimiento de expansión permanente que se expresó en la subordinación de los llamados “ramos menores”, entre los que se incluyó a la odontología.

En esta relación ambivalente y contradictoria, los contenidos de las ciencias biológicas, propias de la formación médica, fueron visualizados por los odontólogos en un doble sentido: por un lado como garantes de la legitimidad académica y profesional, capaces de maximizar los

componentes favorables para la captación de clientela y, por otro, como obstaculizadores de la pertinencia cognitiva y de la especificidad de la intervención, lo que dificultaba la construcción de una identidad profesional.

Sin embargo, frente a la necesidad de consolidar una relativa autonomía del conocimiento e instituciones médicas y frente a prácticas que los médicos se auto atribuían de modo naturalizado (docencia, anestesia, radiología, revisiones dentales preventivas etc.), los odontólogos en la universidad lograron, a finales de los años 1930, asegurar mecanismos propios de reproducción académica.

La adopción del modelo de la infección focal, coherente con el desarrollo de la bacteriología, permitió, aunque parcialmente, sostener y compartir con los médicos una concepción sistémica del organismo que se manifestó en los cambios curriculares y en el logro de un espacio menos subordinado en su relación con la medicina.

Por otra parte en los años 1940, la expectativa de transformación de las escuelas en facultades, inscripta en un nuevo panorama político y social, permitió que los odontólogos desplegaran mecanismos de clausura dual. Esto se expresa, en primer lugar, en el alcance del control exclusivo para definir un espacio cognitivo en el ámbito académico, lo que implicó el alejamiento progresivo de los médicos de la actividad docente en las escuelas de odontología. Por otra parte, tras sostener un prolongado conflicto que recién alcanza alguna posibilidad de resolución a mediados de los años 1940, lograron bloquear y clausurar la posibilidad de trabajo autónomo de los mecánicos que, sin embargo, contaban con un capital propio como ocupación de consulta tradicional.

En el período estudiado, las relaciones con el estado, mediadas por la actividad de las asociaciones gremiales, aparecen un tanto opacadas en el nivel del registro analítico alcanzado. Se identifican demandas de reglamentación del ejercicio profesional a fin de proteger intereses corporativos y consolidar un perfil de profesión liberal, lideradas por un débil y heterogéneo movimiento gremial. La escasa participación colectiva hizo que el pequeño sector de activistas de la AOA dirigiera sus esfuerzos y sus críticas al interior de la corporación.

El desinterés por la actividad gremial puede explicarse en esos años por el temor a la pérdida de clientela y de prestigio que la exposición pública pudiera traer y/o por la perduración de un hábito caracterizado por el trabajo aislado e individual. Son quizás las huellas de una ocupación que logra profesionalizarse contando con escasos recursos simbólicos y argumentos idealizadores, apelando casi únicamente a la oferta de servicios basados en primera instancia en destrezas manuales y a la racionalidad científica-técnica, que la legitimara en años posteriores, los que incidieron en las modalidades de la relación establecida con el Estado. Las mismas, vehiculizadas por las instancias de control donde los odontólogos lograron representación, como en la esfera de las asociaciones gremiales y científicas, se han caracterizado por una actitud

de pragmatismo que no siempre aportó claridad respecto al posicionamiento ideológico y ético de la corporación. Esta opacidad se evidencia en lo limitado de la presencia de un discurso de compromiso público que permitiera develar con un mayor nivel analítico las relaciones establecidas con la esfera estatal, más allá de la defensa de sus propios intereses.

FUENTES IMPRESAS

Diario *La Tribuna Odontológica*, año 1, nº 3, Buenos Aires, 1916

Diario *La Tribuna Odontológica*, nº 4, Buenos Aires, 1944

Diario *La Tribuna Odontológica*, nº 7, Buenos Aires, 1928

Diario *La Tribuna Odontológica*, nº 2, Buenos Aires, 1931

Diario *La Tribuna Odontológica*, nº 10, Buenos Aires, 1937

Revista Odontológica, nº 6, t.17, Buenos Aires, 1929

Revista del Círculo Odontológico de Rosario, año 3, nº 2, 1931

Revista Odontológica, nº 4, Buenos Aires, 1929

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bagur, D. 1996 'La odontología argentina a mediados del siglo XIX'. *Revista de la Asociación Odontológica Argentina*, nº 1, t. 54.
- Belmartino, S. et al. 1988 *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, OPS.
- Beltrán, J. 1932 'Medicina legal para la enseñanza de la odontología legal y social'. *Revista La Semana Médica*. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. et al. 1995b *Respuestas para una antropología reflexiva*. México, Grijalbo.
- Bourdieu, P. 1986a *El oficio del sociólogo*. España, Siglo XXI.
- Canzani, J. 1996 'Asociación Odontológica Argentina, 100 años'. *Revista del Museo y Centro de Estudios Históricos de la Facultad de Odontología de Buenos Aires*, año 11, nº 21.
- Cervera, F. 1973 *Historia de la medicina en Santa Fe*. Santa Fe, Colmegna.
- Cignoli, F. 1955 'Suplemento odontológico'. *Revista La Semana Médica*, nº 80, año II.
- Collins, R. 1990b 'Market cloussure and the conflict theory of the professions'. En M. Burrage (comp.), *Professions in thory and history. Rethinking the study of the professions*. London, Sage.
- Collins, R. 1989a *La sociedad credencialista*. Madrid, Akal.
- Connell, B. 1935 'El problema del dentista falto de ética'. *Diario La Tribuna Odontológica*.

- Fiorini, J.
1938 *Algunos aportes para la historia de la odontología argentina.*
Cátedra de historia de la medicina, Facultad de Medicina de Buenos Aires.
- Freidson, E.
1978 *La profesión médica.*
Barcelona, Península.
- Giddens, A.
1997 *Política, sociología y teoría social.*
Buenos Aires, Paidós.
- Johnson, T.
1972 *Professions and power.*
London, Macmillan.
- Judson, F.
1933 '44 años de odontología argentina'.
Revista Progreso Dental, vol. II.
- González Leandri, R.
1996 'La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870'. En M. Lobato (comp.),
Política, médicos y enfermedades. Buenos Aires, Biblos.
- Larson, M.
1977a *The rise of professionalism.*
Berkeley/London, University of California Press.
- Larson, M.
1988b 'Estudios. El poder de los expertos. Ciencia y educación de masas como
fundamento de una ideología'. *Revista de la Educación*, nº 285, Madrid.
- Leal, M. et al.
1983 *Endodoncia.*
Tratamiento de los conductos radiculares. Buenos Aires, Panamericana.
- Menéndez, E.
1991b *Morir de alcohol.*
México, Alianza.
- Saizar, P.
1943 'Sobre la importancia de las agrupaciones odontológicas'.
Boletín AOA, nº 155, Buenos Aires.
- Schapira, M.
2000b *La odontología en argentina. Del curanderismo a la consolidación profesional.*
Editora Universidad Nacional de Rosario, Red de Editoriales de Universidades
Nacionales, Asociación de Universidades, Grupo Montevideo/UNESCO.
- Schapira, M.
nov. 1997-fev.1998 'Construcción de legitimidad en una profesión de asistencia'.
Historia, Ciencias, Saúde — Manguinhos, vol. 4(3), pp.461-74.

Recebido para publicação em dezembro de 1999.

Aprovado para publicação em abril de 2003.