



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA EJERCICIO Y
PRACTICA EN MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

MARCO ANTONIO RODRIGUEZ ESTRADA

GUILLERMO DE J. DEHESA OROPEZA

MEXICO, D. F.

1984

A large, stylized handwritten signature in black ink is located in the bottom right corner of the page, overlapping the year '1984'.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

=====

INTRODUCCION

I.- ANTECEDENTES.

CONCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
Y DESARROLLO Y ESTILO DE LA PRACTICA MEDICA.

II.- OBJETIVOS.

III.- ODONTOLOGIA, MEDICINA Y SOCIEDAD.

IV.- EJEMPLO DE LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES EN ODONTOLOGIA.

V.- SIMPLIFICACION Y DESMONOPOLIZACION ODONTOLOGICA.

VI.- EJERCICIO EN ODONTOLOGIA.

VII.- SIMPLIFICACION.

VIII.- APLICACION DE LA SIMPLIFICACION DE LOS ELEMENTOS DE LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA.

IX.- SIMPLIFICACION DE LOS SISTEMAS O MODOS DE PRACTICA ESTOMATOLOGICA.

X.- PREVENCION.

XI.- CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

Ante la crisis actual es necesario preservar los valores fundamentales y reconocer y enmendar los errores que han impedido el progreso, así como aprender a no tenerles miedo a los problemas, ni a las soluciones, cada individuo e institución tiene tareas y obligaciones específicas en la búsqueda de soluciones. Todos y cada uno de nosotros como individuos y profesionista, debemos pensar en valores universales y con acciones -- que fortalezcan los valores nacionales y su identidad, así como para mantener la unidad necesaria y estar en posibilidades de llevar a cabo los cambios deseados mediante nuestro propio estilo y acordes con nuestras condiciones de desarrollo y forma de pensar.

La crisis actual se debe en parte a las serias diferencias en la incorporación y en la forma del ejercicio del pensamiento científico y tecnológico, lo cual - se traduce en limitación seria para lograr un desarrollo amplio y constante en la producción de bienes y servicios que permiten ofrecer bienestar equitativo para - la sociedad.

Unicamente cuando se alcanza un grado aceptable - de salud pueden los individuos, sus familias y la sociedad, disfrutar de los restantes beneficios de su vida. Por ello, las mejoras de salud son esenciales para su - desarrollo social y económico y los medios para conseguirlos están íntimamente relacionados. Así pues las medidas de mejoramiento de la salud y la situación socio-económica, son complementarias mutuamente.

Importante es, que la dimensión cultural en el -- profesionalismo concebido como método del saber para -- que una sociedad pueda desarrollarse y realizarse en ta reas específicas es una perspectiva cultural que podría ser considerada como ideal de trabajo. En sociedad a -- partir de estas consideraciones, el cirujano dentista - moderno necesita reflexionar sobre la naturaleza de su profesión por bienestar social y moral con una visión - de superación para con sus semejantes.

El análisis de la crisis por la que atraviesa --- nuestro país, debe ser un incentivo de superación y actualización de la educación, justificando así la natura leza cambiante y dinámica del conocimiento, dejando - - atrás el estancamiento de tradición en una época de - - transición que se modifica momento a momento y requiere de una ideología progresista.

Cuando el saber de que se dispone es estático, la presión económica e incluso del propio trabajo, nos estimula al cambio social, dirigiéndonos a un dinamismo - profesionalista. Considerar la salud como necesidad - - esencial significa confrontar las causas y mecanismos - que deterioran o destruyen el organismo humano, más - - allá de su manifestación biológica individual, buscando la explicación social e histórica que de cuenta de la - distribución de los daños a la salud entre la población.

En la sociedad mexicana actual la salud no ha adquirido su adecuada prioridad. Esta supeditada a las ne

cesidades del aparato productivo que, en su mayor parte, tiene un caracter lucrativo.

Esto se manifiesta además en el hecho de que los servicios de salud pública cubren preponderantemente la población asalariada cuyo buen estado de salud es un requisito para el funcionamiento de la planta productiva.

El estudio de la salud como necesidad esencial su pone un cambio radical en la forma de abordar este problema, ya que requiere concebir la salud como un valor social fundamental y no como un medio para el adecuado funcionamiento del aparato productivo.

La lucha por el equilibrio adecuado entre las medidas sociales y ambientales y las intervenciones médicas individuales no es un tema de moda, o que haya ganado ímpetu con las evidencias epidemiológicas recientes, sino que tiene añejas raíces históricas que nos remiten en cuanto al saber médico, hasta las sociedades mas antiguas.

La transferencia de la tecnología médica de las - metrópolis a los países dependientes ocurre en cuatro - tipos de casos:

- 1.- En la investigación y educación médica.
- 2.- En las transacciones de las corporaciones multinacionales.
- 3.- En la asistencia técnica patrocinada por organismos internacionales.
- 4.- En los programas de ayuda bilateral entre paises.

Las consecuencias de esto se manifiestan en una transferencia indiscriminada de la tecnología desarrollada en estas naciones, hacia las naciones subdesarrolladas.

Es un proceso de atención a la salud basado en un modelo demasiado rígido y homogéneo para que pueda aplicarse mecánicamente a un mundo tan diverso, sin que cause perjuicios y resulte contraproducente.

La situación de salud en un país, depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que estas se producen; en mucho menor grado operan las intervenciones Médico-Sanitarias, como determinantes. En consecuencia, la revisión de las condiciones de salud constituye, en última instancia, no una descripción sino una exploración de la organización social y de la forma en que ésta se traduce en fenómenos de masas relativos a la salud y a la enfermedad.

La práctica privada, está centrada en la atención curativa y rehabilitatoria y escasamente presta servicios preventivos: La población por ella cubierta es una minoría, pues los elevados precios están por encima del poder de compra de la mayor parte de la población, por lo que sus servicios quedan restringidos.

Trás la concepción del ejercicio liberal de las profesiones de la salud está presente un ánimo individualista que escinde la práctica profesional de las -

necesidades colectivas. Al tratarse de un régimen de libre empresa en el que la atención para la salud se convierte en una mercancía alcanzable mediante un intercambio comercial.

Los recursos humanos y materiales se encuentran en las áreas con mayor capacidad económica y no según las necesidades regionales verdaderas, las posibilidades de educación continua de los profesionales son -- muy reducidas, pues el tiempo se destina a la ganancia y no a la formación y el adiestramiento en nuevas técnicas y conocimientos.

En el caso de los programas y procesos educativos de los profesionales de la salud debe señalarse -- que en México, se ha adolecido de una coordinación y existe una barrera con respecto a las necesidades sociales. También existe o existía una separación a ultranza entre instituciones educativas e instituciones aplicativas; entre los espacios y los problemas de la formación y los espacios y problemas de ejercicio.

El grueso de los trabajos de investigación, tiene que ver con aspectos clínicos; tiende a analizar -- las formas en que pueden ser diagnosticadas las enfermedades o los métodos terapéuticos que pueden ser usados contra ellas.

En menor grado su enfoque es hacia la exploración o determinantes y distribución de la enfermedad y de los servicios que se han organizado para comba--

tir o evitar, por lo que se dice que la producción - de conocimientos en materia de salud, se aparta de - las necesidades de información que requeriría un cam bio en la orientación de las acciones sanitario asis tenciales.

No existen opciones intermedias para la forma- ción de personal de nivel técnico.

Es fundamental considerar la relación existen- te entre las necesidades específicas del país y la - práctica profesional.

Esta relación y escaso conocimiento, se debe a la importación de programas, estudios y técnicas me joradas en otros países con características sociales, culturales y económicas muy diferentes de las nues- tras, concretamente, se siguen los lineamientos de - educación surgida a partir del informe Flexner emiti do en U.S.A. en 1910, que implican en su contenido - una educación que favorece la especialización; que - separa la enseñanza en adiestramiento clínico y edu- cación en ciencias básicas, que relega los factores- sociales y su análisis en relación a la salud y que - adapta una concepción parcial y fragmentada del orga nismo humano, en la odontología es importante o po- dría serlo la especialización, pero en general, quie ro decir del sistema estomatognático, su fisiología- interrelación con el organismo en general, pero des- de un ejercicio humano, social y reflexivo de esta - actividad especializada.

Por otra parte entre el avance científico y tecnológico en la materia y el ejercicio diario particularmente el nuestro, existe una falta de comunicación de investigadores a profesores y clínicos, y de estos al estudiantado, provocan que estos conocimientos de nuevas técnicas, métodos, materiales y sistemas lleguen tarde tanto al profesionista y repercutiendo directamente en los pacientes. La falta de información al público acerca de medidas preventivas, de orientación asistencial y de niveles de atención, da origen o genera un desconocimiento total de las consecuencias que un padecimiento bucal aún la operación mas simple, pueden traer para su desenvolvimiento social, productivo y en general de salud.

La odontología, como profesión de la salud, se enfrenta a estos problemas sociales, culturales y económicos, asistenciales y distributivos, tecnológicos y políticos, y exige cambio de actitudes, mayores conocimientos, técnicas simplificadas, conjunción de programas y conductas desprendidas, socialmente mas humana, menos individualista, posiblemente situaciones difíciles de alcanzar, pero no imposible pues los dividendos de esta acción formados dentro de nuevos conceptos, -- contribuirán a elevar la confianza y el respeto, tanto de la población, como otros profesionistas de la salud, y aún de nosotros mismos como profesionistas y como personas.

La intervención del hombre en su cavidad bucal se remonta a épocas prehistóricas. Aún en los restos fósiles más antiguos de seres humanos se han encontrado signos de enfermedad y anormalidades en las estructuras estomatognáticas y de los "remedios", aplicados a las mismas. Tanto en Europa, Asia y Oriente Medio, existen antecedentes de actividad odontológica.

En Latinoamérica, también se han encontrado vestigios de algún tipo de práctica relacionada con la boca, enfatizándose los aspectos de adorno y ornamentación, tanto en las sociedades azteca, maya, inca y otros. Podría colocarse al médico como iniciador de las actividades en la boca del humano, ya que este trataba integralmente al individuo como un todo y además su ejercicio se desarrollaba más ligado a las clases poderosas de estas sociedades. Presentándose una dualidad entre el cuidado que se realizaba y daba a los poderosos y el dirigido a las mayorías de la población.

Son los barberos, quienes comienzan a realizar la extracción de piezas dentarias, lo cual se fue modificando a la par de la superación, desarrollo y nuevos conocimientos de la medicina.

Con el advenimiento del concepto de Odóntos, la profesión dental se vuelve odontológica, pero aún no toma en cuenta la totalidad del sistema estomatognático y mucho menos la totalidad social como una determinante en su desenvolvimiento.

I.- ANTECEDENTES

=====

América Latina se ha desarrollado históricamente, como una sociedad dependiente económica y políticamente de Europa en sus inicios y posteriormente y hasta estos días de los Estados Unidos, por ello el avance científico, tecnológico latinoamericano se da en razón y bajo las condiciones que permite esta situación de dependencia.

Por ejemplo: En Europa, sucede un fenómeno en dón de la estomatología es observada como una especialidad médica, en donde se consideran los aspectos más complejos de la misma, haciendo a un lado a los dientes, como integrantes del conjunto estomatognático.

En Norteamérica se encuentra un proceso de desarrollo integral y se dá énfasis a aspectos odontológico-social, y estomatológicos.

Latinoamérica, aún se encuentra sumida en aspectos tales como son: La profesión dental y la odontológica, a pesar de que sus programas de formación profesional se basan en odontología y estomatología.

Así pues ninguno de los sistemas desarrollados por estas sociedades y sus culturas es el ideal, puesto que los aspectos netamente dentales y odontológico-sociales, son resueltos en mejor forma por Latinoamérica y Estados Unidos, mientras que la estomatología como es especialidad se maneja de mayor manera por la escuela europea. En estas condiciones, los esfuerzos tendientes a enfrentar la problemática de salud parecen tener diferentes caminos a elegir para obtener resultados que per

mitan la obtención de un modelo de ejercicio bucodental en el cual se consideren los factores estomatológico, odontológico-social y técnico dental para la formación de profesionistas acordes a las necesidades actuales.

Existen numerosos grupos de personas interesadas en el problema, quienes mediante el estudio de los factores socioeconómicos y científico-tecnológicos, aplicados al problema de la salud tratan de encontrar alternativas de solución, pues no cabe duda que mientras el actual ejercicio profesional no se transforme en una nueva práctica estomatológica que reconozca, además de los factores biofísicos, los socioculturales, y que en conjunto afectan al desarrollo de los pueblos. La estomatología deberá orientarse hacia la integración del individuo, pero tomándolo en cuenta como la representación de una totalidad social, que debe ser determinante. Así la salud debe promoverse para todos, entendido el concepto de salud como un derecho de todos.

Particularmente en nuestro país en el año de 1904, es cuando se forma e inaugura el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, anexo a la Escuela Nacional de Medicina, contándose entre sus fundadores a los doctores: Ricardo Crombe, y se le concede la autonomía el 16 de diciembre de 1911, por decreto del presidente Francisco I. Madero. En el año de 1913, el consultorio, se convierte en Escuela Odontológica Nacional, siendo el 19 de mayo de 1914, cuando esta pasa a ser integramen

te de la actual Universidad Nacional Autónoma de México.

Las actividades se iniciarán en el año de 1957, dentro de lo que ahora conocemos como la totalidad de Ciudad Universitaria, entendiéndose que en ese lapso de tiempo se trabajaba en edificios que no formaban un conjunto de escuelas. Esta escuela pasa a ser Facultad de Odontología los primeros días de junio de 1975, bajo la dirección del doctor Manuel Rey García.

En México existe a nivel individual- odontológico- una atención que alcanza ciertamente cualquier comparación con otras latitudes odontológicas, más, siendo sinceros estos logros están basados en lo particular y no en lo general. Además es frecuente que sea proporcionada por un solo recurso humano, el cirujano dentista, quien tiene que gastar tiempo valioso en labores menores que podrían desempeñarse por otros miembros de un equipo odontológico.

En consecuencia sólo una mínima parte de nuestra sociedad recibe estos servicios.

CONCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y DESARROLLO Y ESTILO DE LA PRACTICA MEDICA

A riesgo de simplificar, las concepciones del proceso salud-enfermedad se pueden clasificar en cuatro grupos:

- 1.- Mágico-religiosa-empírica.
- 2.- Biológico-positivista.
- 3.- Sanitarista.
- 4.- Biológico-social-histórica.

La primera dominó la historia del hombre durante siglos.

Se puede mencionar dentro de esta las influencias que ejercían los elementos de la naturaleza, como el aire, el agua, el sol, etc. También la famosa "teoría de los humores", en la cual se pensaba que es tos tenían acción directa en los padecimientos orgánicos. En sí todas aquellas leyendas y remedios usuales en la época del desarrollo humano.

La segunda es una concepción que olvidándose del carácter social del hombre, reduce el proceso salud-enfermedad a sus aspectos puramente biológicos. Esta perspectiva que parte de una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, ofrece una reparación del daño (atención curativa), más que prevención; orienta sus acciones a individuos y no a comunidades, y basa una buena parte de su enfo que en la modificación de la conducta individual. La subespecialización y, por consiguiente, la fragmentación del conocimiento ha favorecido la concentración

social y gremial del saber médico.

Aunque nadie en nuestros días defendería la posición biológico-positivista en su forma más pura, no cabe duda que es la concepción que implícitamente, por carecer de una formación social, reciben los estudiantes de medicina, y en particular donde los estudios de medicina y de salud pública están orgánicamente separados como ocurre en nuestro país.

La concepción sanitarista supone sobre la anterior algunos avances importantes. Para ésta los problemas de salud son problemas sanitarios y su solución implica saneamiento. El sanitarismo es la expresión de una concepción ecologista de la salud, según la cual, ésta es la interacción de dos factores: huésped y agente en el ambiente en el cual ambos se desarrollan. Dentro de este ambiente se incorpora a la sociedad, más no a una sociedad histórica concreta, sino a una sociedad en abstracto, concebida como una formación histórica, rēgida por leyes naturales análogas a las biológicas. Una vez aprendido el proceso salud-enfermedad de esta manera "integral" y fenomenológica, el sanitarismo propone no sólo tratar al individuo de acuerdo con el biologicismo, sino que con medidas sanitarias plantea soluciones "colectivas" a problemas ecológicos. Esta concepción la apoyan una parte importante de los trabajadores de la salud pública y tiene gran fuerza en los organismos internacionales.

Por último, la concepción biológico-social-histórica, propone una integración entre las ciencias naturales y sociales que permiten concebir el proceso salud-enfermedad como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida. Neuman en 1840 afirmaba que "las ciencias médicas son intrínseca y esencialmente ciencias sociales.

La concepción biológica-social-histórica, se apoya en lo concerniente a la relevancia del ambiente y del modo de vida en los señalamientos de Hipócrates y de la Escuela de Salerno. Pero no es sino hasta los siglos XVIII y XIX, que logra una conformación definida gracias a Johann Peter Frank y Rudolf Virchow, quienes preconizan que las enfermedades siguen un patrón de distribución de acuerdo con la clase social. Una de las constantes del discurso de esta corriente es el planteamiento de una visión crítica tanto del saber como de la práctica médica que ubique los fenómenos de la salud en toda su amplitud hasta llegar a sus relaciones últimas con la sociedad en su conjunto.

La ciencia y la práctica médicas están condicionadas por el desarrollo histórico de las formaciones económico-sociales.

Se consolida de este modo una práctica de atención a la salud que destaca el aspecto biológico de los daños a la misma, una historia propia del desarro-

llo de la enfermedad, y los aspectos sociales que la determinen.

El desarrollo de la tecnología para la salud fué impulsado por el auge del capitalismo industrial después de la segunda guerra mundial y dirigido en función de las necesidades del proceso productivo. Las nuevas condiciones del desarrollo económico exigían el crecimiento de las acciones de salud orientadas al beneficio de la producción y al mejoramiento de las condiciones del espacio urbano.

Conforme avanza el capitalismo, la necesidad de aumentar la productividad mundial orienta la medicina hacia la investigación de la fisiología y de la eficiencia corporal y la rápida recuperación de la fuerza de trabajo; en consecuencia, las acciones médicas adoptan un enfoque predominantemente individual, esto a su vez, refuerza la concepción biológico-positivista del proceso salud-enfermedad.

La salud y la enfermedad conforman un dinámico proceso bio-psíquico-social, que está determinado fundamentalmente por la estructura económica y las relaciones sociales. Al proceso salud-enfermedad se enfrentan los grupos sociales de manera diferenciada. Así, en función de su posición en el proceso productivo varían los riesgos de enfermedad e incapacidad. De acuerdo con esta concepción, la necesidad esencial en salud

es atenuar el enfrentamiento diferencial de la población al proceso salud-enfermedad.

Los servicios médicos por sí solos tienen poco efecto en la salud global de la población; no existe -- una asociación positiva entre los recursos convencionales de atención médica y los indicadores de salud. Continuar el modelo vigente de atención médica resulta ineficáz para incidir positivamente en el proceso salud-enfermedad. En cambio, la prevención de los daños contra la salud por medio de una estrategia basada en medidas sociales y ambientales, combinada con una adecuada atención médica, ofrece las mayores probabilidades de mejorar la salud de la población.

Las políticas de salud del Estado mexicano, a partir de 1940, pueden caracterizarse por:

- a) Atender solamente a una fracción de la población.
- b) Por prestar servicios de salud que no reúnen los requisitos de accesibilidad geográfica y económica, aceptabilidad, disponibilidad, suficiencia y continuidad y, sobre todo, que no son congruentes con las necesidades de salud de la población.
- c) Un modelo de atención curativo, urbano, oneroso y sin grandes beneficios en la salud de la población.

- d) La multiplicidad de programas y planes incon
exos sobre un mismo problema o área.
- e) Una legislación en materia de salud que no
contiene en forma explícita el derecho a la
salud, en la que la mayoría de las disposicio
nes reglamentarias son obsoletas y con frecuen
cia no se exige su cumplimiento.

La proyección de recursos humanos para los servicios personales de salud indica que, de continuar la tendencia de crecimientos del pasado reciente, el conjunto de recursos humanos crecerá una tasa de 3.2% anual hasta el año 2000. Para satisfacer la necesidad esencial de salud de toda la población es necesario re
organizar los servicios de salud. Como base jurídica de esta reorganización es necesario elevar a rango --
constitucional el derecho a la salud para todos los re
sidentes en la República Mexicana, y expedir las leyes
reglamentarias necesarias.

Para desarrollar servicios de salud congruentes con las necesidades de la población se requiere una es
trategia que comprende tres áreas:

- 1.- La planeación de los servicios de salud se
gún estas necesidades.
- 2.- La conformación de un modelo de atención a
la salud de cobertura universal en el que:
 - a) La población participe activamente.
 - b) Los servicios no personales de salud ten-

gan la más alta prioridad seguidos por -- los servicios personales de primer nivel, y, por último, por el resto de los nive-- les de atención.

c) Los servicios de salud cuenten con un sistema de referencia de pacientes.

3.- La formación de recursos humanos adecuados a este modelo.

Los servicios personales estarían constituidos - por un sistema integrado que tendría tres niveles de a tención. El primer nivel, de amplia distribución geo-- gráfica, debe estar en contacto directo con toda la po blación, ubicándose tanto en localidades rurales como en centros urbanos. Ofreciendo servicios de medicina general y de especialidades y contando con personal pro fesional y personal técnico auxiliar, así como con la boratorios que apoyen sus labores. Cada uno contaría con doce consultorios, un laboratorio clínico y un ga binete radiológico; en ellos darían atención médicos generales, pediatras, gineco-obstetra, psicólogo, oto rrinolaringólogos, odontólogos y demás personal. En re sumen lo que podríamos llamar Equipo Multidisciplina-- rio de Salud Pública.

II.- OBJETIVOS

1.- GENERAL.-

Enfrentar al estudiante de odontología y al odontólogo en general con la problemática de salud bucodental de la sociedad.

2.- ESPECIFICOS.-

Definir y analizar las causas que originan los problemas sociales de la salud bucal.

Proponer las bases para la toma de decisiones en la resolución de los problemas.

Revisar las políticas de los recursos educativos y asistenciales que le permitan el desarrollo de esta resolución.

III.- ODONTOLOGIA, MEDICINA Y SOCIEDAD

Las íntimas y concretas relaciones de la Medicina y la Odontología con el proceso social han existido desde los orígenes de estas ocupaciones, pero, sólo recién han adquirido especial importancia los intentos para caracterizarlas y, más a aún, para que se conozcan y sean objeto de análisis, como también, para que a partir de éllo se generen las prescripciones y acciones objetivas para procurar al hombre mejores niveles de bienestar, considerándolo tanto individual como colectivamente.

Uno de los obstáculos más significativos para percibir correctamente estas inter-relaciones ha sido, indudablemente, la característica del sistema social que dió origen y que aún hoy condiciona a la Medicina y a la Odontología y, que, como parte de ello, ha determinado que se las considere como algo puramente técnico y científico exento de razones afectivas, culturales, económicas, políticas y, desde luego, ideológicas, con el agravante de llamar científico a actividades que resultan ser, la mayoría de las veces, esencialmente técnicas. En la realidad, la forma en que la Medicina y la Odontología han ido tomando y la respuesta que han ido dando a la sociedad a la cual sirven, han sido y continúan siendo producto del marco ideológico al cual responden.

Se reconoce el hecho de que con frecuencia sorprende el saber que existen esas inter-relaciones, ya

que se nos ha educado para no percibir las y entender-- las. Pero esa razón, resulta difícil aceptar y comprender, por ejemplo, que la Odontología (la llamada salud bucal, el tratamiento odonto-estomatológico, sus elementos de trabajo y otros) depende de instancias político ideológicas, sobre todo económicas, que no hemos buscado conocer, comprender e intervenir en su manejo.

En este orden de ideas, ignoramos que esas instancias sean las que establecen los conceptos que sobre salud y sobre enfermedad deben manejarse, y que, a partir de éllo, determinan el conocimiento médico, odontológico y subsecuentemente el tipo de práctica o trabajo médico odontológico que tiene lugar en la realidad.

Además debe reconocerse que cualquier acción en esta dirección generará múltiples y no siempre agradables respuestas de quienes se animen a leer en primer lugar y a entender en segundo término documentos sobre este tema, con frecuencia considerados como no de la Medicina y no de la Odontología.

Y es que ¿cómo dentro de la estructura puramente científica y técnica que se le adscribe a la Medicina y a la Odontología, que la desnutrición, el parasitismo intestinal, así como la caries dentaria, el cáncer bucal y tantas otras enfermedades, tengan alguna relación con la formación social donde ocurren?. Pero ¿acaso la desnutrición y la alta mortalidad tan abundantes en la población de América Latina, no derivan como pro

blema propio de la estructura social de estos países? ¿acaso no son las imposiciones indirectas y directas del sistema las que hacen que las caries dentarias lleguen a tener las dimensiones que se "descubren" en poblaciones rurales y marginadas, en donde abunda la pobreza, pero, en donde los cariogénicos de la Industria han llegado antes y con más fuerza que los representantes de la Odontología?.

Por éello, tampoco extraña que sea difícil aceptar que la solución de esos problemas también esté estrechamente vinculada a la naturaleza de la estructura social en donde se dan, en la cual, con frecuencia es la llamada "iniciativa privada" la que genera problemas de salud con alta rentabilidad para éella, pero, simultánea y sutilmente, impone que su solución sea también dada por esa misma "iniciativa privada", derivando para sí nuevamente ganancias a otras instancias. Cuesta, y éello debe reconocerse, aceptar que la "atención médica y odontológica" constituyen así una "mercancía", cuyos réditos se manejan dentro de la teoría del mercado de "libre demanda y ofertas".

En la forma en que se intenta resolver los problemas del aparato estomatognático, existencia de una dependencia científica técnica, cultural, económica y política, tiene sus raíces en el surgimiento de la odontología y en el apareamiento paulatino de los elementos que sirven para implementarla, provenientes to-

dos de una misma "academia". Para la utilización de esos elementos y procedimientos, la Odontología latinoamericana ha sido adecuadamente entrenada y condicionada, mediante la copia de curriculum de estudios y la llamada especialización en los mismos centros, o con esquemas de donde aquéllos son réplica. Por ello, no extraña, el continúa empleo de ambientes, equipo, instrumental, técnicas procedimientos y aún recursos humanos, que no son sometidos a un proceso de análisis crítico, como tampoco se ofrecen a partir de éllo, y con una buena dosis de creatividad, nuevos elementos y procedimientos más orientados ecológicamente a las características concretas de este Continente, que le ayuden o por lo menos no le obstaculicen el proceso de desarrollo a que tiene derecho.

Lo anterior hace que dentro de este enfoque de la Odontología revista especial importancia la llamada "simplificación". La búsqueda y eliminación de lo superfluo, o "sofisticado" en el verdadero sentido (que constituye mucho de lo que nos venden para hacer Odontología en este Continente) y como producto de éllo crear nuevos elementos e incluso un nuevo discurso para la Odontología, debe constituir acción inmediata, no sólo que nos permita una más clara y adecuada proximación al conocimiento y solución a nuestros verdaderos problemas, sino también al rompimiento de la dependencia ya reiterada. ¿Qué otra cosa, por ejemplo, es comprender que el sillón odontológico tradicional no sólo no es indispensable sino que es sustituto, la ca-

ma odontológica, puede ser creada, producida y modificada localmente, "que la unidad dental" puede ser sustituida por "mostradores odontológicos" que agilizan, incrementan y mejoran la calidad de la atención odontológica, que otros elementos empleados en el quehacer de la Odontología pueden ser objeto de críticas y ser sustituidos y mejorados por otros más útiles para nuestros contextos y fabricados por nosotros mismos?. ¿Qué otra cosa significa en este orden de ideas? adquirir la clara conciencia de que tenemos capacidad para crear y para hacer las cosas correctas por nosotros mismos?.

Por todo ello, no puede ni debe dejarse de aludir a la desmonopolización en la medicina y en la odontología, en el sentido de entregar el conocimiento y las técnicas que se atribuyen a quienes pueden hacer el mejor uso de ellas con significativo beneficio colectivo y, agregado a ello, hacer que la atención para la salud alcance a segmentos más extensos de la población.

Así, los intentos que se hacen en este sentido en América Latina, proyectos parciales que lo serán aún por mucho tiempo constituyen parte del enfoque sociológico de la Medicina y de la Odontología y, significan, lo aceptemos o no, parte de su proceso y desarrollo. En Odontología, por ejemplo, las operatoristas de Colombia minimizadas por razones obvias, las técnicas en Estomatología de Cuba, las técnicas clínicas en Odontología de Netzahualcoyotl, Chamapa y otros de México, el "bachiller" para la salud del Perú, los "odon

tólogos, campesinos" de Guatemala y tantos otros recursos humanos de esta naturaleza, son, en su esencia parte de este proceso de transformación que la Odontología requiere a la luz del análisis sociológico de sus elementos y acciones. Todos estos hechos, sin embargo, deben entenderse correctamente, especialmente cuanto en la formación social imperante su producto, finalmente, termina siendo absorbido y fortalecido por aquello que se ha buscado modificar.

El otro aspecto relevante dentro del enfoque psicológico de la Odontología consiste en la naturaleza de su producto, la "atención odontológica" la cual, constituye un bien de cambio y no uno de uso, por lo que su obtención o beneficio está casi exclusivamente al alcance de aquellos segmentos de la población que tienen capacidad cultural y económica para entenderlos, aceptarlos y consumirlos y, ésto, como se anotó, sólo puede hacerlo un porcentaje muy reducido de la sociedad.

La medicina y la Odontología, por su origen y organicidad, están orientadas al estudio y a la solución de los problemas que son de particular interés para las clases sociales privilegiadas, asignando interés y esfuerzos relativamente escasos a aquellos que son fundamentales para las clases sociales marginadas. O cuando lo hace, es con un sentido sosegador, paliativo o como medio para adquirir conocimientos y experiencias que luego se ven a altos precios en grandes ciudades.

Las soluciones para los problemas (servicios médico odontológicos), en este sentido, obedecen a conceptos, instrumentos y técnicas orientadas a la cultura de ciertas clases sociales, que por esa razón, obviamente, sólo ellas están en posibilidad de requerir los. Los representantes de la Odontología, y la Medicina, por lo general, no perciben estas relaciones y, por el contrario, encuentran lógica la situación existe, conduciendo sus esfuerzos, por lo tanto, a apuntalar este estado de cosas, que así, finalmente, sólo sirven para resolver determinadas necesidades de grupos sociales particulares, por algo se asigna a las profesiones de la salud la categoría de "servidumbre" de los grupos privilegiados, tanto nacionales como extranjeros.

La dependencia ya señalada, la característica de mercancía de la atención médico odontológica y, la de servidumbre del recurso humano para la salud, son indudablemente, el producto de la forma en que la Medicina, la Odontología, los elementos que las conforman se relacionan con el sistema social del cual han tomado origen, del cual dependen y al cual sirven. En este sentido, se requiere de una actitud científica para apreciar correctamente esos hechos. Desafortunadamente se ha obstaculizado adquirir la capacidad teórico práctico sobre el enfoque científico quizás por razón de que así se estaría operando de un valioso instrumento para conocer cómo reorientar a la Medicina y a la Odontología con verdadera eficacia social.

Conocemos poco a nuestros países y desde luego sus problemas particulares de salud y de enfermedad y, más aún, hemos hecho poco o tenemos poca capacidad para analizarlos y darles interpretación objetiva, a fin de proyectarnos a beneficiar a la Sociedad como un todo. Conocemos parte del fenómeno, pero, poco de su esencia.

Y como sólo conociendo los problemas de salud y de enfermedad y la población y ambiente donde éstos tienen lugar, es posible disponer de conocimientos y derivar o crear los procedimientos correctos para resolverlos, obviamente, en este otro aspecto, estamos empleando o simplemente extrapolando-conocimientos y técnicas de fuera, que incluso ni siquiera pasan por el proceso de ajuste u orientación a nuestras características particulares. En consecuencia se traducen -- únicamente en un supuesto beneficio para determinados grupos y para el mantenimiento del "statu quo" que tanto beneficia o del cual depende la permanencia y fortalecimiento de la situación social imperante.

Agréguese a lo anterior que por las mismas razones ya enunciadas de dependencia, nuestros valores y actitudes están también moldeados y son consecuentes con intereses foráneos y de pequeños grupos internos, por lo que no consideramos de interés, como tampoco dignificativo estudiar y dedicarnos a nuestros más ingentes problemas (por ejemplo, que prestigio dá dentro de nuestra sociedad ser experto en diarrea, en parasitismo intestinal, en desnutrición, cuando ellas

son propias de los grupos desposeídos que no pueden pagar, retribuir con los galardones que dá esta sociedad?). Problemas estos que por otra parte, sólo encontrarán solución al practicarse medidas de amplio carácter social, pero de la Medicina y la Odontología actual, con frecuencia, consideran como no Medicina y no Odontología. Estos desquiciamientos, en los valores y en las actitudes, son también los que hacen que indiscriminadamente extrapolamos de inmediato cualquier medicina o técnica que aparezca en congresos, seminarios o publicaciones de cierto prestigio ya que como ellos si tienen "capacidad" han de ser buenos, y así al primer sujeto que se presente con la supuesta indicación de aquéllo, de inmediato recibe su aplicación.

Sirvan las consideraciones ofrecidas para justificar la necesidad de obras que estudien y ofrezcan información cada vez más objetiva sobre las inter-relaciones entre Odontología Medicina y Sociedad. Sólo haciendo ésto estaremos aproximándonos a establecer y conocer la esencia de los fenómenos que nos hemos atribuido su estudio y solución y desde luego, a sentir convenientemente las verdaderas necesidades de la Sociedad globalmente considerada.

IV.

EJEMPLO DE LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES EN ODONTOLOGIA
=====

El mayor índice de enfermedades de la boca, se encuentra en la población más joven de nuestro país.

Los niveles de prevención alcanzados, no logran detener la enfermedad. La explosión demográfica, la alimentación inadecuada, los malos hábitos de higiene oral, la falta de educación para inculcar al niño los principios mínimos para conservar la salud, la difusión limitada de estos conocimientos, la ingestión de alimentos nocivos que substituyen a los básicos y a la coordinación de esfuerzo del potencial humano que resulta insuficiente para cubrir las necesidades preventivas y el tratamiento de la enfermedad, dan por resultado que la mayor parte de la población de nuestro país, sufra los embates de la caries dental y múltiples enfermedades que terminan generalmente mutilando parcial o totalmente el sistema estomatognático.

La mayoría de los esfuerzos encaminados a la solución de enfermedades enfoca su atención a aquellos que producen un índice alto de morbilidad, y que ocupan los primeros lugares de importancia desde el punto de vista médico. Quizás por este motivo, la atención odontológica a nivel masivo no se ha promovido con la fuerza necesaria para preservar la salud, sin tomar en cuenta que la boca es parte del complejo orgánico y que juega un papel esencial en las actividades múltiples del ser humano, siendo la misma, la entrada de todos los nutrientes necesarios para conservar la vida. Es el medio de comunicación, es parte de

la estética y el desarrollo psicosocial, además de tener múltiples funciones específicas. La falta de salud y equilibrio en el complejo sistema estomatognático, trae por consecuencia el rompimiento de la estabilidad en todo el organismo y propicia enfermedades en otros órganos.

La mayoría de las clínicas actuales, efectúan atención individual al niño, durante un tiempo determinado. Los sesenta mil dentistas registrados, no pueden atender a los millones de enfermos que día a día aumentan.

Una posible solución ya existe. Se proyecta dentro y fuera del país, enfocándose a atender grandes niveles de población a costos bajos, mínimo de esfuerzo del profesionista y la prevención de enfermedades con óptimos resultados, estableciendo planes de tratamiento seguro, rápidos, simplificados.

Para la prevención de la caries dental, hay programas de salud extensos y completos, que no han cubierto las necesidades del país, aunque se han realizado los mejores esfuerzos. Se han intentado aplicaciones de fluor en las escuelas; se hace uso del fluor para ingestión diaria, ya sea en el agua o en comprimidos. Se han hecho campañas de alimentación con proteínas, minerales y elementos balanceados para un buen desarrollo corporal, lo cual debe hacerse llegar también a los padres del niño. Se han usado vacunas anticaries,

en algunos países se usa la Clorhexidina como preventivo. Sin embargo, todas estas medidas demuestran un saldo poco favorable en los niños mexicanos, ya que siempre encontramos estadísticas desfavorables a la salud, implantándose por lo mismo, sistemas de atención con carácter reconstructivo y no de prevención.

La odontología debe cubrir necesariamente los objetivos científicos y técnicos. El profesional bien puede ocuparse principalmente de los aspectos científicos y entrenar personal auxiliar que le puede suplir en las labores técnicas. Tal es el caso de lagunas clínicas que funcionan de esta manera como ejemplo mencionaré CERON (Centro de Especialización en Recursos Odontológicos para el Niño), dirigido por el Dr. Benjamín Gómez Herrera, en Caracas, Venezuela, quien ha llevado su experiencia a otras partes del mundo, como ejemplo a seguir para simplificar técnicas con sistemas modulares y auxiliares dentales que juegan un papel muy importante en el sistema, además de una serie de especialistas que cooperan al momento oportuno y ellos son terapeutas del lenguaje, psicólogos, anesthesiólogos, etc. El sistema desarrollado permite atender un gran número de niños diariamente, aún tratándose de una clínica particular, permitiendo bajar los costos considerablemente por los volúmenes de materiales dentales utilizados. El niño cuenta con un seguro dental por cinco - - años, lo que obliga a que la odontología realizada nunca sea repetitiva.

En México, existen clínicas como la del Dr. Gustavo Baz, en el Edo. de México, y la Universidad Tecnológica de México a nivel de Enseñanza-Aprendizaje, unido a la atención esmerada por el estudiante.

Al Cirujano Dentista le concierne el diagnóstico y la creación de un plan de tratamiento definido para que lo lleven a cabo los auxiliares dentales capacitados por el profesional quien constantemente debe ser un maestro para ellos. Si el equipo está bien organizado existirá constantemente una atención esmerada y especializada de los técnicos, dedicándose a labores específicas que cada vez realizan mejor por estar repitiendo constantemente. Por ejemplo una persona que todo el día toma radiografías, tendrá aptitudes inigualables para obtener resultados excelentes. La rotación dentro del sistema es importante para preparar al técnico en diferentes áreas. Todos los aspectos clínicos estarán siempre supervisados por el profesional. El niño tendrá la atención adecuada, desde la elaboración de la historia clínica, el diagnóstico minucioso, la solución de los problemas y posteriormente la revisión periódica para que se mantengan en salud durante el transcurso de los años, siempre obligatorio para él y los padres, la asistencia a juntas de educación e información a través de audiovisuales.

Es conveniente computarizar los expedientes para simplificar el manejo de los pacientes, sus citas de atención y revisión.

De alguna manera debe conjuntarse la fuerza proporcionada por la unión del hombre con los conocimientos y la ciencia, para lograr mantener en estado de salud a la gran población de pequeños que habitan nuestro país.

Los esfuerzos institucionales, todos ellos hechos con el más alto sentido de responsabilidad y con el mejor deseo de ofrecer a los niños en edad escolar, atención médica que garantice un buen estado de salud, han carecido de éxito fundamentalmente por falta de coordinación entre ellas. Ya que mientras algún grupo recibe la atención de dos o tres instituciones, otros no reciben ningún tipo de beneficio, de tal manera que hay un dispendio de recursos que no solamente son de alto costo, sino de coberturas limitadas e indescifrables.

Por lo anterior, el planteamiento que más adelante se hará se sustenta en la necesidad de dejar a esos grupos escolares bajo el cuidado de un sólo organismo, capaz de ofrecer atención médica con calidad y oportunidad.

Dentro de los Programas de Atención Médica de Primer Nivel, ocupan lugar importante por su magnitud aquéllos que se refieren a la atención bucal, de tal manera, que la mayoría de las Instituciones del Sector Salud, se encuentran organizados dichos Programas bajo el tutelaje de las oficinas creadas expresamente para planear, aplicar, dirigir y evaluar los citados Programas, quienes a pesar de los esfuerzos de coordina--

ción que se han hecho por conducto del Comité Interinstitucional no se han podido establecer las bases fun--
cionales que permitan, en todo el país, optimizar los
recursos para evitar la duplicidad de esfuerzos, situación
que a pesar del Comité se sigue dando en algunas
escuelas.

Si a lo anterior agregamos que fundamentalmente
los esfuerzos van orientados a la aplicación de medi--
das de prevención primaria que requieren de seguimientos
permanentes durante todo el período que comprende
la educación primaria, y que no se tiene el citado seguimiento, podemos afirmar que poco se ha hecho en el
renglón odontológico como beneficio real a la población
de niños matriculados en las escuelas primarias;
por lo tanto, es necesario definir estrategias prudentemente
planeadas, que permitan la aplicación del Programa
único de Atención Bucal, cuyo responsable deberá
ser la Secretaría de Educación Pública, quien determinará
conforme a sus diagnósticos el tipo de apoyo que
otras instituciones podrán presentar al Programa.

Con lo hasta aquí expuesto, damos paso a las estrategias
que desde un punto de vista general, se proponen
con el fin de ser analizadas y discutidas y que
a partir de entonces permitan la creación de las nor--
mas, procedimientos y métodos para la atención Bucal
de niños matriculados en las escuelas primarias oficiales.

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos que permitan la definición de un sistema de atención bucal que garantice el otorgamiento de servicios odontológicos con calidad y oportunidad a los niños matriculados en las escuelas primarias oficiales.

PROCEDIMIENTOS.-**UNIVERSO:**

En los puntos anteriores prácticamente se ha definido el universo de trabajo a niños matriculados en las escuelas primarias oficiales.

El manejo de la citada población obedece a que en el análisis epidemiológico del comportamiento de la enfermedad caries dental, se observa una tendencia de crecimiento (cantidad) conforme avanzan los años; pero es a los seis años de edad cuando el cambio de denti--ción hace que el índice C.O.E., disminuya y es enton--ces cuando se inicia el índice C.O.P., además que a --partir de los seis años de edad, el manejo de la infor--mación de educación para la salud presumiblemente es más comprensible para los escolares que en los casos de jardín de niños.

Para corroborar lo anterior, es conveniente la elaboración y aplicación de una encuesta epidemiológica que nos defina el perfil del comportamiento por lo menos de las enfermedades caries dental y periodontal de tal suerte que se tenga la certeza de cuál es el increu

mento del índice C.O.P., y las modificaciones que se puedan lograr en el I.H.O.S., teniendo con ello además, la posibilidad de evaluar el éxito del Programa conforme a la modificación favorable de los indicadores epidemiológicos.

RECURSOS HUMANOS:

Para la aplicación de un Programa de Atención Bucal en escolares de escuelas oficiales, se requiere como óptimo de un odontólogo por cada 10,000 niños, quien contará con el apoyo de los señores profesores y la colaboración de los señores padres de familia.

Para el cálculo de recursos humanos es necesario, contar con la población total por atender y la regionalización de las escuelas, según la calidad, vías de comunicación y número de matriculados.

RECURSOS MATERIALES:

Se requiere de un consultorio dental por cada 10,000 niños, en el cual se realizarán todo tipo de actividades que permitan el control de los padecimientos caries dental y enfermedad periodontal; además, es indispensable contar con recursos de tipo audiovisual.

ACTIVIDADES:

Las actividades estarán orientadas a proporcionar medidas de prevención primaria y secundaria fundamentalmente, pero teniendo en cuenta que en las prime-

ras etapas del Programa se requerirá en un alto número de acciones de tipo limitación del daño.

Uno de los esfuerzos que se deberán cumplir será el de comprometer en las medidas de promoción de la sa lud y protección específica a los señores profesores, quienes se encargarán de explicar los procedimientos preventivos de auto aplicación y como así también, los factores causales de las enfermedades caries dental y periodontal, además de algunas otras manifestaciones patológicas de fácil comprensión como pudieran ser aquéllas provocadas por fracturas, consecuencia del uso inadecuado del aparato masticatorio. Las medidas de prevención primaria y responsabilidad del odontólogo serían:

- educación higiénica
- aplicaciones de fluoruros
- remoción de tártaro
- aplicación de selladores de fosetas y fisuras.

De lo correspondiente a prevención secundaria se ría:

- Todo lo concerniente a operatoria dental.

En los casos que se estime necesario la exodon--
cia será una actividad más.

En el listado anterior se señalan algunas de las actividades que se consideran como indispensables, pero lo ideal sería ir enriqueciendo este listado, en la medida en que la justificación del Programa lo permita.

Para alcanzar el objetivo de otorgar servicios odontológicos con calidad y oportunidad, consideramos necesaria la aplicación de un sistema de tipo incremental que permita controlar oportunamente los padecimientos bucales, mediante el Tratamiento Odontológico Integral (Preventivo Asistencial).

El Programa se inicia en los grupos de menor edad, de tal manera que en el Primer año recibirán Tratamiento de Atención Dental Completa los niños del primer año del Ciclo Escolar, el 2do. año cuando estos niños se encuentran ya en el 2do. grado escolar, recibirá Tratamiento de Mantenimiento y se iniciará un nuevo grupo de Atención Dental Completa; que corresponderá a los niños que ingresen ese año a 1er. grado y así sucesivamente, hasta lograr establecer un sistema que permanentemente se estará alimentando a partir de los niños de nuevo ingreso, y se estará desahogando con los niños que egresan del 6o. grado será factible de realizarse gracias a que durante los 6 años los Tratamientos de Mantenimiento requieren de muchísimo menor tiempo de atención que los Tratamientos Iniciales de Atención Dental Completa.

Si en alguna manera se estimara conveniente para darle en el año de inicio del Programa Mayor utilidad a los recursos humanos, se podrían ampliar los Tratamientos de Atención Dental Completa a otros grupos de niños, quienes se podrían seleccionar ya sea con mayor cantidad de necesidades acumuladas o por menor cantidad

de necesidades acumuladas. En el primer caso la cobertura será menor, pero se resolverían requerimientos que comprometen más seriamente la salud bucal de esos niños. En el segundo caso la cobertura es mayor y se podría avanzar en el establecimiento del sistema de ingresos y egresos.

Con lo anterior se ha querido expresar de una manera muy general, la idea de establecer un mecanismo factible de llevarse a cabo, pero en ningún momento se pretende que esta expresión se interprete como un planteamiento programático definitivo.

C O N C L U S I O N E S:

=====

Es necesario la creación formal de un mecanismo encargado del Programa Único de Atención Bucal a niños matriculados en Escuelas Primaria Oficiales.

El Programa será posible de realizarse en la medida en que participen coordinadamente y en función de apoyo, todas las instituciones del sector salud.

El universo de trabajo más adecuado para establecer un sistema de atención del tipo incremental, sería en los niños de educación primaria.

El Programa se deberá iniciar atendiendo los problemas derivados de las enfermedades caries dental y

periodontal, las cuales se pueden definir en su perfil epidemiológico mediante la aplicación de una encuesta.

Los planteamientos expresados en ningún momento se presume deban ser interpretados como acciones programáticas.

V.- SIMPLIFICACION Y DESMONOPOLIZACION ODONTOLÓGICA

VI.- EJERCICIO EN ODONTOLOGIA.

El proceso metodológico seguido para la formulación de estas notas sobre simplificación y desmonopolización en Estomatología, se han constituidos inicialmente, en una crítica al quehacer fundamental de la misma: es decir, a su práctica; analizando su proceso histórico y su organicidad en relación al desarrollo de América Latina. Con ello se indica que el proceso de la estomatología no puede darse independientemente del desarrollo económico que ha configurado este continente.

Se han formulado una serie de enfoques diferentes, propuestas que se han dirigido a profundizar en el fenómeno casual que ha provocado que la estomatología no haya realizado un verdadero impacto social.

Uno de los caminos que se ha recurrido en la práctica ha resultado en la aplicación de la simplificación y desmonopolización del ejercicio de la estomatología, los que a través de sucesivas aproximaciones a la realidad y con las consecuentes abstracciones de lo acaecido, ha venido conformando todo un marco conceptual que en esta oportunidad se expone en este documento.

Los conceptos vertidos en estas notas sobre simplificación y desmonopolización, reflejan todo un proceso teórico-práctico que recién está iniciando y que conlleva un desafío histórico para su desarrollo y comprensión, como una forma de ver la profesión, que puede ser útil para cualquier sistema socioeconómico.

Este proceso se plantea como una actividad surgida en el ámbito de América Latina, que a través de diversas experiencias teórico-prácticas, ha desarrollado todo un marco conceptual que difiere fundamentalmente de enfoques de otros lugares del mundo y que constituye una originalidad propia de países que procuran llevar salud a la mayoría de la población y no sólo enmarcados en los límites de la práctica individual y mercantilista.

Se estima que la población mayor de 3 años tiene un promedio de cinco dientes que necesitan atención --odontológica debido a la caries dentaria. Esto significa que en el Continente debe haber cerca de 1500 millones de dientes cariados por tratar. La magnitud del problema de salud bucodental se puede apreciar aún mejor, cuando se tiene en consideración que además de la caries dentaria, la patología bucal comprende periodontopatías, maloclusiones, anomalías congénitas, procesos inflamatorios e infecciones de tejidos blandos y duros, cáncer bucal y otros.

Frente a este inmenso problema la atención odontológica existente es por demás insatisfactoria, en términos de niveles y amplitud de la cobertura; más de las tres cuartas partes de la población no recibe atención odontológica integral. Un análisis de esta situación, permite identificar cuatro factores limitantes principales:

- a) El tipo de práctica profesional dominante.

b) El modelo de servicio empleado.

c) La tecnología en uso.

d) El modelo profesional.

a).- El tipo de práctica profesional dominante es la práctica mercantil, resultante del modo de producción capitalista. Esta práctica funciona primordialmente con profesionales que trabajan en forma individual (u ocasionalmente en pequeños grupos), aglutinados en las ciudades para dar atención a las élites económicas; por su propia naturaleza, esta práctica profesional es excluyente de los grandes sectores de la población, que no tienen suficientes recursos económicos para sufragarla. Por su parte, la práctica institucionalizada cubre sólo a un pequeño porcentaje de la población y es predominantemente de tipo mutilatorio.

b).- El modelo prevalente de servicio, ya sea financiado por el propio paciente o por la agencia de la que es derechohabiente, se caracteriza por actuar frente a la demanda, seguir un abordaje curativo de los problemas, es decir, actuar sobre daños terminales y muchas veces irreversibles y ser de un costo elevado.

c).- La tecnología en uso en la práctica odontológica, en gran medida, data del tiempo en que los elementos mecánicos y los materiales dentales imprimían limitaciones a las técnicas odontológicas. La odontología moderna ha logrado hacer suyos muchos de los avances tecnológicos, especialmente en relación con los aparatos de corte y los materiales utilizados en la prevención y restauración de las enfermedades dentarias. Sin embargo, paradójicamente, esto ha producido una elevación de los costos del servicio con lo cual la odontología se ha convertido en un satisfactor de necesidades, cada vez más inaccesible a la gran masa poblacional. Por otro lado, no se han logrado desarrollar suficientemente nuevos sistemas que permitan potencializar la entrega del servicio. Asimismo, el repertorio limitado de materiales capaces de resistir el trabajo masticatorio por un tiempo largo, sin generar problemas sistémicos ni lesionar el diente o sus estructuras de sostén, condiciona la necesidad de utilizar técnicas que requieren equipamiento complejo y consumen bastante tiempo, por lo cual resultan costosas; reduciéndose aún más la proporción de pacientes que puedan financiar su adecuada atención odontológica.

d).- El modelo profesional, entendiendo por tal la forma en que tradicionalmente realiza su práctica el odontólogo, es poco eficiente, repercutiendo ello negativamente sobre la posibilidad de ampliar la cobertura de servicios. Los estudios de tiempo y movimientos del odontólogo en acción, demuestran que gran parte de su tiempo útil lo pierde por falta de programación y sistematización, disminuyendo en forma significativa el tiempo en que realmente ejerce su capacidad profesional.

Otro factor del modelo profesional que reduce la capacidad de cobertura, por prolongar el tratamiento de cada paciente, es abordar los problemas en base a la unidad diente, lo cual multiplica la necesidad de ciertos procedimientos que consumen tiempo, como la anestesia, acomodo y preparación del paciente y otros.

Todas estas características tienden a reflejarse en la forma en que se imparte la docencia. Esta repercute a su vez en la formación de nuevos profesionales, portadores de una práctica odontológica insatisfactoria para las condiciones del país y viceversa, constituyéndose así, un círculo vicioso. Por lo tanto, es evidente que aunque algunos aspectos de la práctica odontológica actual requieren conservarse como científico-tecnológicos, deberán ser revisados a fondo, con el fin de perfeccionarlos o eliminarlos. Una vez efec-

tuadas la revisión, ensayo y perfeccionamiento de los cambios propuestos, los envases logrados deberán reflejarse en la enseñanza, con el fin de promover gradualmente el desplazamiento de los modelos obsoletos. Así, se rompería el círculo vicioso antes mencionado.

A esta altura es necesario precisar dos puntos importantes:

1.- Que dados la inmensidad del problema y el -- continuo crecimiento de la población, las ca racterísticas actuales de la práctica profesional constituyen directamente el empeora-- miento gradual de la situación de salud buco dental.

2.- Que la propia estructura de la sociedad es la que conduce hacia una atención para la sa lud discriminatoria según las clases socia-- les, marginando a grandes sectores de la po blación; por lo tanto, ella constituye la -- fuerza determinante para la persistencia del problema. Por las consideraciones menciona-- das, el postulado:

"La atención para la salud es un derecho uni versal", es una declaración de contenido utó pico en casi toda América Latina.

En estas condiciones, los esfuerzos tendientes a enfrentar la problemática de la salud parecen estar -- sentenciadas al fracaso.

Actualmente la estomatología debe orientarse hacia la integración del individuo, pero tomándolo en cuenta como la representación de una totalidad social, que debe ser determinante. Así la salud debe promoverse para todos, entendiendo el concepto de salud como un derecho de todos.

No cabe duda que lo anteriormente expresado es una utopía, mientras el actual ejercicio profesional no se transforme en una práctica estomatológica, que reconozca, además de los factores biofísicos, los socioculturales, que en conjunto afectan el desarrollo de los pueblos.

Visto así, se pueden afirmar que no puede haber posibilidad de una transformación de la estomatología en general, si su esencia, la práctica estomatológica, no sufre cambios capaces de colocarla en posición de realizar un verdadero impacto social.

Se ha venido aduciendo que sólo una transformación de la sociedad puede provocar la de la estomatología. Si bien ésto es relativamente cierto, puede inducirse que aún con transformaciones de la sociedad, la estomatología por sí misma, al prevalecer con su enfoque y práctica tradicional, no puede cambiar substancialmente, a no ser que en su esencia, en el seno mismo de dicha práctica tradicional, se establezcan modificaciones capaces de intentar resolver el problema de

salud-enfermedad bucal de la mayoría de la población.

Por eso se puede afirmar que la transformación de un sistema de vida, no necesariamente lleva a la modificación de la práctica estomatológica.

Al mismo tiempo, se entiende que no basta el cambio de la odontología o estomatología en sí, es necesario además, que las políticas de salud de los Estados sean congruentes con el derecho de salud para todos y en este caso en particular, con el de salud bucal.

A este respecto se alude aquella política que se refiere a la extensión por cobertura, en que se está demostrando que las profesiones de la salud no están impactando en la medida de los daños que tienen que resolver y que además, no están solucionando los problemas realmente existentes.

La posibilidad de un cambio en este sentido, en el campo de la estomatología, se hace más lejana si se observa la magnitud del problema cuando se relaciona, por ejemplo, con la caries dentaria, la enfermedad periodontal, y las oclusopatías y cuando estos problemas son trasladados al área rural y a la caries socialmente marginados.

La respuesta a estos problemas, de una profesión que los aborda generalmente desde un punto de vista egoísta, curativo, con equipamiento, tecnología y siste

mas complejos y de costo elevado, hace que esta área prácticamente no se considera en los programas gubernamentales, si se toma en cuenta, además de su alto costo, la casi nula propiedad que se le da a los problemas estomatológicos.

Es evidente que los dirigentes políticos no sólo pueden considerar los aspectos de salud, para su pueblo, sino que la solución de los problemas que se presentan, en este campo o cualquier otro, deben estar dados por sus posibilidades económicas. De allí que consideran a la prevención, desde un punto de vista de no aumentar los gastos ya asignados, más que a la prevención de las enfermedades, que es lo fundamental.

Mientras la práctica estomatológica no resuelva en forma más económica los diferentes problemas que le competen, no podrá aportar significativamente los conocimientos que se poseen hoy en esta área para el bienestar de las mayorías.

La simplificación y desmonopolización de la estomatología podrían ser la respuesta.

VII.- CONCEPTO DE SIMPLIFICACION

=====

La simplificación es, hasta el momento, motivo de controversia, fundamentalmente de parte de los clínicos y de los profesores de clínica, quienes en un análisis ligero y con juicio equivocado, al concepto, lo han homologado a una atención odontológica de baja calidad.

Es precisamente el análisis de la palabra simplificar el que permite orientarse mejor a este respecto. Cuando se simplifica algo, se dice que ese algo está constituido por menos elementos.

Así, cuando se habla de una técnica simplificada, se hace referencia a aquella que tiene menos pasos que desarrollar, o bien a aquella otra que habiendo sido diseñada compleja, se le han eliminado los pasos que se pudieran considerar innecesarios. Siendo el concepto fundamental la disminución de elementos, en este caso de los pasos, es indudable que otro concepto, el de calidad, está íntimamente relacionado con el anterior.

Algunos conceptos que pueden derivarse sobre simplificación, podrían ser entonces:

Disminución de pasos.

Disminuir pasos sin bajar calidad.

Eficacia a través de la eficiencia.

Estandarización

Desarrollo tecnológico.

DISMINUIR LOS PASOS

=====

Dentro de este concepto, el enfoque preventivo -

es la práctica de acción más fundamental y efectiva y dentro de la prevención la utilización de aquellas me di das que requieran el menor número de pasos. Así por ejemplo, de las medidas de utilización del fluor, no cabe duda que la fluoruración del agua de beber y la fluoruración de la sal son más simples, en comparación de la fluoruración tópica y otras medidas.

DISMINUIR LOS PASOS PERO SIN BAJAR LA CALIDAD

=====

Tal como fué expresado las técnicas tienen una serie de pasos a darse, el concepto va dirigido a disminuir el número de pasos, pero sin que resulte afecta da la calidad.

EFICACIA A TRAVES DE LA EFICIENCIA

=====

Una de las críticas que se hacen al ejercicio ac tual de la estomatología es la que en aquellos casos en que es eficaz, generalmente es muy poco eficiente. Esto se fundamenta en los altos costos y en los tiem pos relativamente largos de la atención odontológica actual.

Por otra parte, existen serias dudas en muchos tratamientos cuyos resultados se consideran satisfacto rios, es decir eficaces. Como por ejemplo, los tratamientos de caries dentaria, los cuales están más orien tados a resolver las secuelas de la enfermedad en lugar de eliminarla. Cuando esto ocurre, ni siquiera aquellos que pagan muy bien por un servicio lo están re cibiendo adecuadamente. O sea no hay eficacia.

Se debe resaltar el hecho de que la eficacia es un concepto que se puede aplicar en forma relativa, ya que puede considerarse las acciones eficaces desde el punto de vista individual, pero nunca considerar el ejercicio profesional actual de la odontología como eficaz, desde el punto de vista colectivo. Y es, indudablemente en este segundo aspecto, donde la eficacia entra a jugar su papel fundamental, al entender dicho concepto como la manera del mejor aprovechamiento de los recursos, en un mínimo de tiempo y por lo tanto, al más bajo costo posible.

ESTANDARIZACION

=====

En todos los campos una de las maneras de disminuir cosas sin bajar la calidad, ha sido la estandarización.

Situación que en estomatología ha estado extraordinariamente limitada en la medida de que su práctica ha seguido siendo fundamentalmente artesanal. En cambio, que en alguna medida se esta propiciando, es el de esta etapa a la fabril. Para ello muchas de las actividades que hoy se realizan tienen que ser sujeto de estandarización, con lo cual se elimina costo y tiempo en la práctica.

EL DESARROLLO TECNOLOGICO

=====

El componente tecnológico esta íntimamente relacionado a los aspectos de desarrollo de la ciencia mo-

derna, en donde se intenta dar funcionalidad a los diferentes objetos y procesos utilizados para realizar ciertas actividades que satisfacen necesidades. En el caso presente necesidades de salud de la colectividad, es decir, el uso de la tecnología al servicio del hombre. El saber científico está organizado en líneas de pensamiento que tienen una estructura lógica bien definida, responde al método científico. Este saber es producto del trabajo del hombre en su devenir histórico-social, lo cual le ha permitido no sólo la comprención de la realidad objetiva, mediante la captación de sus leyes y conexiones internas, sino que ha sido, a la vez, el instrumento más eficaz para su adapta- -ción progresiva al ambiente natural y social. La técnica, entonces, se constituye en un nuevo elemento que acelera la transformación de la naturaleza y del hombre mismo.

Cuando se habla de simplificación de la tecnología de hecho se responde a ese desarrollo del conocimiento científico en la historia del hombre. Igual cuando se menciona la simplificación de la práctica estomatológica se considera inmensa en el desarrollo científico y tecnológico e íntimamente relacionada con la historia de la humanidad, que es la historia de los diferentes modos y formas de producir.

El crecimiento científico y tecnológico de los países llamados desarrollados, aparentemente caminan vertiginosamente porque su aplicación y utilización responde a otros intereses que no son propiamente los

de la mayoría, es decir, se posee un conocimiento; pero su aplicación y manejo no corresponden a las necesidades de la totalidad social de dichos países, menos aún de los llamados "subdesarrollados", a los cuales la aplicación del conocimiento, llega más tardíamente y en donde los intereses son aún mayores.

Esta dependencia del manejo del conocimiento y de la tecnología, es indudablemente también válida para el quehacer en estomatología.

Así, los países latinoamericanos, económica y políticamente dependientes, reciben los objetos y procesos de objetos "ya acabados" (sillones, unidades dentarias, técnicas y otros), sin tener acceso a la tecnología capaz de reproducirlos y aún más, superarlos por su misma condición de dependencia.

Para transformar las condicionantes que puedan llevar a una adecuada salud bucal de la población, debe romperse esta dependencia tecnológica. Para ello se requieren que los recursos humanos que se están formando en el Area de Estomatología, sean fundamentalmente críticos y creadores que manejen la metodología científica y la apliquen através de una práctica que realmente beneficie a la mayoría de la población.

Sin embargo, debe resaltarse que aunque los esfuerzos han sido muchos, individualmente son insuficientes, dada la empresa acometida. Se requiere la par

ticipación de más y más gente en esta búsqueda común y particularmente de aquella que más alta preparación ha ya logrado en sus respectivos campos y la incorpora - - ción, crítica y creativa de todos los recursos humanos sin exclusión.

Se trata de no cambiar una dependencia por otra, se trata de que los propios pueblos utilicen el conocimiento disponible en el beneficio colectivo.

VIII.

APLICACION DE LA SIMPLIFICACION DE LOS ELEMENTOS DE
LA PRACTICA ESTOMATOLOGICA

=====

A este respecto se considera como los más relevantes, los siguientes:

- Los recursos humanos
- Los equipos
- Los sistemas de ejercicio
- El instrumental
- Los materiales y drogas
- Las técnicas
- Los espacios físicos

RECURSOS HUMANOS

=====

Como se ha expresado anteriormente, el ejercicio de la práctica estomatológica actual es LENTO, COSTOSO Y MALO.

LENTO, en la medida en que el odontólogo realiza una serie de funciones o actividades de varios niveles y de gran complejidad y en general, sin el apoyo de otros recursos humanos.

COSTOSO, por el hecho de la misma complejidad expresada anteriormente, realizada por un solo recurso humano cuya preparación es superior a la gran mayoría

de las actividades que realiza.

MALO, desde dos puntos de vista: El primero al individuo que recibe la atención, la cual, por exceso de demanda, se limita fundamentalmente a actividades simples, más de tipo técnico que científico, más a tareas respectivas y curativas que preventivas; y el segundo desde el punto de vista colectivo al no poder -- llegar a las mayorías.

Así, en los recursos humanos, el concepto de trabajo en equipo es básico y fundamental. Aparentemente esto estaría en contradicción con el concepto de simplificación, al ocupar más de un recurso humano. Sin embargo, no es así, puesto que el concepto está dado por el de ocupar la menor cantidad de recursos posibles pero a un máximo de eficiencia. Cuando se ocupa un solo recurso humano que se ha preparado a nivel que podría considerarse alto y realiza un gran número de actividades que no requieren tanta preparación, lo que se está haciendo es sub-utilizar dicho recurso y encarecer su utilidad, lo que se traduce en ineficiencia por poca productividad.

A esta altura del análisis, convendría establecer que para poder determinar cuáles deberían ser los recursos humanos que se debería formar en el área de la estomatología, es necesario reconocer que la misma es un área del conocimiento que, como tal, tiene niveles de profundidad y características universales y que

su manejo no puede estar separado de otras áreas del conocimiento.

Hay que reconocer además, que la extensión y profundidad del conocimiento que actualmente existe en esta área, es muy grande. Esta afirmación se basa en el desarrollo histórico que ha tenido. Así, la Escuela Europea no ha separado esta área del conocimiento médico total, considerándola como parte del mismo, pero que indudablemente no le ha permitido profundizar en algunos aspectos, particularmente los que dicen en relación con el aparato dentario. La escuela Norteamericana si lo ha hecho, en una profundidad apreciable, aunque en ésta última, el concepto de totalidad no lo ha tomado en la amplitud de la Europea.

Por ello, si por un lado se considera el conocimiento que manejan ambas escuelas y se le agrega el que se maneja a nivel del individuo total, tanto desde el punto de vista biológico, como psicólogo y social, resulta cierto lo afirmado, que en ésta área el conocimiento es profundo y amplio. Sin embargo tal como ocurre con todo el conocimiento, muy pocos son los que lo manejan. A esta situación, que es particularmente importante en América Latina, es la que se ha denominado: MONOPOLIZACION DEL CONOCIMIENTO

Esta monopolización o apropiación del conocimiento llega a crear una situación de dependencia desde los propios profesores y profesionales a todos los que

deberían recibir los beneficios del conocimiento o que se posee.

Basados en esta realidad es que se han realizado una serie de estudios que han venido a presentar la imagen real de la odontología y cómo el manejo de los conocimientos no ha sido el más adecuado.

Así, el estudio de los niveles de adecuación y manejo del conocimiento ha permitido aproximaciones, a diversas etapas, de la utilización del mismo, en el entendido que un solo individuo no puede abarcar la totalidad.

Si a un individuo, así como a un grupo de ellos no le es posible, en la gran mayoría de los casos, resolver sus problemas aplicando los conocimientos en forma limitada, que es el que puede manejar un individuo solo, el concepto de trabajo en equipo es el que realmente debe manejarse si se va a considerar los problemas en su totalidad, tanto individual como colectiva.

En los análisis realizados, basados en los niveles de adecuación y manejo del conocimiento, se ha llegado a la conclusión que los recursos humanos en estomatología, que podrían formar el equipo de acuerdo a una realidad latinoamericana sería los siguientes:

Primero aquellos recursos que para su formación y para la aplicación de los conocimientos requieren de un proceso formal y segundo aquellos que a través de un proceso informal puedan manejar algunos conocimientos en beneficio propio y/o de la comunidad.

En el primer grupo se distingue al Estomatólogo, los técnicos clínicos y de laboratorio y al personal auxiliar. El estomatólogo, considerando como tal, un recurso humano que maneja al más alto nivel y el conocimiento fundamental de todo el aparato estomatognático y sus relaciones con el resto del organismo, así como los aspectos del individuo en relación a otros de su colectividad, es el que dirige el equipo de salud bucal y resuelve los casos más complejos.

Este recurso humano no corresponde a un cambio de nombre, de odontólogo a estomatólogo, es un nuevo profesional, que en algunos aspectos debería profundizar más de su preparación actual y en otros debería dejar su manejo a otros recursos humanos a quienes les corresponde.

De estos recursos humanos distinguimos a los técnicos clínicos y de laboratorio, quienes bajo la supervisión de los estomatólogos, realizan actividades fundamentalmente técnicas y que corresponden a una parte importante del quehacer del odontólogo actual.

Y al llamado personal auxiliar, que cooperan tanto con los estomatólogos como con los técnicos, en las

actividades que les corresponden y que realizan algunas específicas de otro nivel que los dos grupos anteriores y que en última instancia, el odontólogo actual tradicional, también realiza.

Estas personas, actuando en programas de investigación, en prácticas rurales y urbano-marginadas, a través de los servicios, se han formado principalmente extraídos de las mismas colectividades, demostrando que ello es perfectamente factible y en la mayoría de los casos, recomendable.

En el segundo grupo, aquellos recursos humanos preparados a través de un proceso informal; los líderes naturales de la colectividad; a aquellos que han organizado a sus comunidades o que a través de su entrenamiento simple puedan organizarlas, guiándolas en la aplicación de medidas preventivas y algunas curativas de poca complejidad y riesgo.

El último recurso humano considerado; pero el más importante, es precisamente aquel que debe recibir los beneficios del manejo del conocimiento de todos los niveles indicados anteriormente y de los propios. Es la mayoría de la población, la colectividad, la que debe ser receptora, por una parte la información seleccionada y por otra información preparada para su propia selección. La primera a través de distribución de folletos con simple imágenes o mensajes escritos, especialmente para difundir medidas higiénicas y orientar a la población hacia los servicios de salud.

La segunda, para la formulación de todo un discurso estomatológico, que surja de la propia realidad y de acuerdo a sus necesidades sentidas.

Ambas actividades, en la medida de su desarrollo podrán hacer realidad el concepto de salud para todos. Este aporte concreto de la población para prevenir o resolver algunos de sus problemas, más la utilización racional de todos los recursos humanos descritos anteriormente, establecen el concepto que en simplificación se aplica sobre la utilización de los recursos humanos.

Todo lo anterior, formula un concepto importante dentro de la simplificación de los recursos humanos estomatológicos: LA REDISTRIBUCION DE FUNCIONES, toda vez que una modificación en el ejercicio de la profesión, exige un análisis de las mismas, así como de actividades o tareas que tradicionalmente el odontólogo ha venido realizando.

Estudios desarrollados en este sentido han llegado a la necesidad de plantear que las actividades deben ser redistribuidas, a través de la desmonopolización y de lo que se denomina transferencia del conocimiento científico y tecnológico en estomatología. Para lo cual debe aprovecharse los diversos niveles enunciados, llegando hasta los del aprendizaje no formal; haciendo de cada ciudadano su propio estomatólogo hasta donde las condiciones objetivas lo permitan, que pueden ir desde la realización de un auto-diagnóstico in-

diferenciado, hasta la realización de acciones de prevención y autoprevención de las enfermedades bucales.

El hecho de que la propia persona pueda establecer una situación de anormalidad, que él no puede resolver, agregado a la posibilidad de que pueda acudir y recibir los beneficios del manejo del conocimiento más profundo, hace pensar que muchas bocas se salvarían por el solo hecho de desmonopolizar estos conocimientos tan simples. Sin embargo, el saber popular y el seguimiento de las actividades que se realizan, marcan un aspecto importantísimo en la aplicación adecuada del mismo, por ello, si bien es cierto que a la desmonopolización se le da un valor incalculable, resulta limitante, si no es estructurada y desarrollada a través de la transferencia, que es mucho más global y completa, por tener un doble sentido, una doble comunicación, en el hecho de que surge la desmonopolización para todos, pero a su vez, pueden ser capaces de dar aportes concretos y objetivos en la formulación del mismo conocimiento científico, tomando en cuenta el valioso saber popular, a veces disgregado, pero que puede reconstruirse y ser transferido al igual, a todos los recursos humanos estomatológicos involucrados en programas de aprendizaje en servicio e investigación.

Así la desmonopolización, que va desde los niveles más altos hasta el pueblo y la realimentación que viene desde este último, constituyen el proceso denominado transferencia.

Esta situación lleva necesariamente a la reconceptualización del papel que las universidades juegan en los países de América Latina, si es que la actividad principal debiera estar ligada a proporcionar los elementos necesarios para el desarrollo de los pueblos en que están inmersas.

Podría decirse que en América Latina se concentran Universidades desarrolladas y poco o menos desarrolladas, sin tomar los parámetros desarrollistas implicados en la filosofía mercantilista y capitalista. Pareciera que las Universidades han sido estructuradas para el NO desarrollo, cayendo en el elitismo, al desarrollar su acción para el beneficio de unos pocos, en la dependencia mental, al no ser críticos y creadores y únicamente circuladores de información y conocimientos, al dedicar la docencia, investigación y extensión para fines específicos y alineantes, con todo lo cual se están formando profesionales servidores de un grupo y no del país.

El conocimiento que circula, en su inmensa mayoría viene de afuera y es limitado y el que lo recibe tiene que hacerlo acriticamente, porque la metodología y técnicas que se utilizan van orientadas en este sentido y lo logran; todo lo cual no es casual, sino responde a las características que busca el sistema capitalista de reproducir sus propias condiciones objetivas y subjetivas de reproducción.

Se reafirma que el conocimiento que deben manejar las Universidades, así como cualquier centro o actividad que forme recursos humanos, debe estar al servicio de toda la colectividad, fundamentalmente en la posibilidad de la aplicación del mismo para la realidad de dicha comunidad, por lo que indudablemente la investigación aplicada, debe ser parte importante del quehacer formativo y si se quiere que sea realidad, debe estar incorporada en la programación y el presupuesto.

Las actividades tradicionales de la Universidad, docencia, investigación y extensión, se entienden al servicio de todos. La docencia, a través de los programas formales para preparar recursos humanos que sirvan a todos.

La extensión, para que el conocimiento que se maneje, llegue a todos de acuerdo a los diferentes niveles y la investigación científica que a través de su aplicación debe buscar el mejor aprovechamiento de los conocimientos y recursos existentes en beneficio de la totalidad y por último, también aquella investigación, orientada a buscar nuevos conocimientos para ser puestos de inmediato al servicio de todos.

Los equipos

Cunado se plantea el concepto de simplificación, se aduce a algo constituido por menos elementos o que partiendo de algo complejo que eliminan algunos elemen

tos o pasos que pudieran ser considerados superfluos.

Cuando se aplica a la simplificación del equipo, se retoman y utilizan los mismos conceptos expresados anteriormente. De los diseños tradicionales que se han venido haciendo, se está eliminando aquellos constituyentes que se consideran superfluos, su acción debe ser de la más alta calidad posible.

Otro aspecto considerado fundamental dentro de la simplificación del equipo, es la reducción de su ta ma ño, que haga factible su movilización a cualquier lu gar.

Por otra parte, se ha pensado que es preferible que los equipos se diseñen para actividades específicas, con el fin de no tener elementos sub-utilizados.

Por lo tanto, algunos conceptos fundamentales pueden ser aplicados a la simplificación del equipo es tomatológico.

- 1.- Eliminación del mayor número de elementos su perfluos.
- 2.- Diseño y número de elementos necesarios para realizar un trabajo de alta calidad.
- 3.- Tamaño adecuado.
- 4.- Para actividades específicas.

1.1. Con respecto al primer punto, debe recordarse que los equipos tradicionales, complejos y de alto costo, han sido aceptados por la profesión, como muchos otros aspectos, en forma acrítica, lo que ha hecho que su desarrollo, responde más a intereses de tipo mercantil que a las necesidades reales de la colectividad.

Estudios realizados mostraron que estos equipos emplean más artificios para presentar una forma compleja, vistosa y lujosa que elementos esenciales para su acción. La primer simplificación que se efectuó fue eliminar todos estos artificios que son precisamente los llamados superfluos.

1.2. En relación al diseño y a la alta calidad del trabajo, dos aspectos se destacan. El primero que se refiere al diseño como tal y en el cual se ha buscado que los equipos tengan los elementos mínimos necesarios que faciliten el trabajo en equipo. Esto ha permitido el rediseño de la técnica de cuatro manos y el diseño de la de seis.

2.1. El segundo se refiere a la calidad de los elementos usados; estando de acuerdo en bajar los costos lo más posible, esta disminución está orientada a utilizar menos elementos, pero aquellos que se consideran funda-

mentales, tienen que ser de la más alta calidad posible, concepto que refuerza al anterior, al buscar mayor durabilidad y mejor producto final por su trabajo.

En una experiencia que se hizo en la OPS, se llegó a diseñar un equipo básico simplificado de un costo aproximado a los 180 dólares. Sin embargo, la durabilidad de sus elementos básicos tales como turbina, micro-motor y jeringa triple no eran adecuadas. Por ello, en un nuevo equipo diseñado en estas investigaciones, se ha llegado a un costo aproximado a los 1,000.00 dólares teniendo los mismos elementos constituyentes del primer equipo pero de la más alta calidad que se consigue en la industria.

- 3.1. El concepto de ejercicio profesional individual, más los elementos superfluos mencionados anteriormente, determinaron el diseño de equipos de gran tamaño y peso, fijos a un lugar determinado, lo que ha hecho que la profesión se haya esclavizado al equipo, desde el momento que no pueden los profesionales ejercer como tales si no están junto al mismo. No es necesario para ello, que el profesional no esté en el consultorio, basta que se separe un poco de él para que ya no pueda actuar como tal.

Estos diseños, a su vez, han hecho que sea prácticamente imposible llevar los beneficios de las técnicas tradicionales a lugares apartados como son las áreas marginadas y rurales. Uno de los aspectos fundamentales en el diseño de los equipos simplificados está dado por su reducido tamaño, que le permite ser trasladado con facilidad a cualquier lugar. Y por otro lado, con elementos adicionales que los hagan autosuficientes. La meta es llegar a convertir el equipo tradicional, en lo que para el médico pueda ser el estetoscopio.

- 4.1. Otro de los aspectos que se están considerando en la simplificación de los equipos, se basa en el cambio de ejercicio profesional, en el que a un paciente dado ya no lo atiende un sólo profesional sino un grupo de recursos humanos. Por ello es factible hoy que aquel equipo autosuficiente en el sentido de tener todos los elementos para todas las acciones, puede ser separado en menos elementos constitutivos para acciones específicas, lo que hace que hoy en día un grupo elevado de operadores, puedan trabajar con lo que era uno o dos equipos tradicionales, bajando indudablemente y en gran medida los costos.

Esta nueva situación de diseño no ha sido del agrado de las empresas fabricantes de equipos tradicionales, las que sin embargo, han acogido con gusto la idea y han entrado en la era de la simplificación que año a año, la sofistican más y cuyos precios cada vez son menos simplificados.

La determinación de qué elementos constitutivos deben tener los equipos para actividades específicas la están dando los análisis de tiempo de ocupación de los diferentes elementos que lo constituyen, llegándose a la formulación del equipo básico: Sillón, Lámpara, Vacío y Jeringa Triple.

SIMPLIFICACION DE LOS SISTEMAS O MODOS DE PRACTICA ESTOMATOLOGICA

=====

La simplificación de sistemas viene a complementar la simplificación del equipo, ya que se generan nuevos conceptos, como EL TRABAJO POR CUADRANTES Y LAS TECNICAS A CUATRO O SEIS MANOS. Con lo cual se está reforzando el concepto que inicialmente se había discutido en relación al trabajo en equipo, al trabajo en grupo. En el trabajo por cuadrantes, se da un avance enorme en relación a la disminución de los tiempos de trabajo, disminución de costos y una atención cualitativamente superior para el paciente que se vé expuesto a menor número de citas comparado con la forma tradicional de atención.

La división racional del trabajo, a través de la redistribución de funciones, permite que el estomatólogo realice algunas actividades, otras el personal técnico clínico y de laboratorio, otras el personal auxiliar y finalmente otras por parte de la población.

Se han ido sucediendo diferentes sistemas para la práctica estomatológica, hasta llegar a considerar el número adecuado y que ofrece el máximo de eficiencia y eficacia, como lo es el TRABAJO CON OCHO UNIDADES MODULARES.

Este sistema está basado en la utilización de un módulo de trabajo mínimo, con características propias y que le permite irse multiplicando a 2, 3, 4 o más módulos; que trabajando en conjunto, permiten la posibi-

lidad de utilizar lo que se ha llamado la técnica de seis manos y cuyo número máximo de eficiencia ha sido determinado en ocho unidades modulares, determinación dada por el tipo de tratamiento a realizar, en este caso lo que se llama "saneamiento básico", el que está constituido por, tartrectomía e higiene, aplicación de medidas preventivas específicas, obturaciones y exodoncia, en el entendido que se trabaja a seis manos, por cuadrantes, con instrumental mínimo y con equipo y técnicas simplificadas.

Se ha estudiado el mayor número de variables, en cuanto a tiempo, movimientos, espacio, equipos, instrumental, formas de atendimiento y otros, concluyéndose que este tipo de sistema puede permitir una adecuada productividad, con la consecuente extensión de la cobertura y además una buena calidad y a un costo bastante disminuído comparado con el ejercicio tradicional y sistemas.

Estas unidades modulares se han adaptado para ser llevadas a áreas urbano-marginadas y rurales, sin embargo, los estudios realizados hasta el momento, muestran que los módulos individuales autosuficientes, son válidos para las áreas rurales dispersas, manteniéndose los principios conceptuales enunciados anteriormente; en cambio para las áreas urbano-marginadas y rurales concentradas, la sumatoria de estos módulos a 2, 3, 4, ó 6, es más aceptable que los individualmente considerados, por dar mayor cobertura en menor

tiempo a un más bajo costo, dependiendo la cantidad de módulos de la población a atender y diseñando ya no otros equipos simplificados, sino espacios físicos diferentes, aspecto que se analizará más adelante y que permiten que un buen sistema probado en una área urbana, puede ser trasladado, bajo las mínimas condiciones, a cualquier otra área, no importando su situación geográfica ni infraestructura sanitaria.

SIMPLIFICACION DE INSTRUMENTAL

Con respecto a simplificación de instrumental, indudablemente que el número que se utiliza es importante, por ello su reducción irá en relación con dos aspectos, el primero corresponde a la disminución de pasos en la simplificación de técnicas, en que obviamente el instrumental que se utilizaba en el paso eliminado, se hace innecesario. Y el segundo en relación a la tendencia natural del operador que consciente o inconscientemente se adapta a un cierto tipo de instrumental que es el que más utiliza para diferentes acciones.

Otro aspecto importante a señalar es que en el trabajo por sistemas, por ejemplo, a 4 manos, puede llegar a definirse un instrumental mínimo necesario que permita realizar las acciones con alta calidad.

SIMPLIFICACION DE MATERIALES Y DROGAS

Con respecto a simplificación de materiales y drogas, debe expresarse que si se quiere ser congruente con la afirmación de que la salud es un derecho de todos, es indudable que no se puede seguir pensando en materiales que sin entrar a analizar su calidad, pudieran servir para tratar adecuadamente a unos pocos, pero que a través del manejo de ellos sería imposible poder atender a todos. Toda la tecnología que se ha desarrollado, por ejemplo para la utilización del oro, aunque ha llegado a resultados que podrían considerarse satisfactorios, no será posible con dicho material poder satisfacer las necesidades reales de toda la población, lo mismo podría decirse de otros materiales actualmente en uso. Por ello, se afirma, que el continuar las investigaciones sobre materiales dentales para mejorar los conocidos, es estar inconscientemente apuntalando la situación actual en que no se está llegando a mucha gente, en que no se está produciendo un impacto social.

Reconociendo que los materiales de tipo de los plásticos que actualmente se utilizan en odontología, dejan mucho que desear todavía, es a través de materiales de este tipo, de fácil manipulación, de corto tiempo de elaboración, capaz de producirse en la cantidad suficiente, que por lo tanto se puede hacer eficaces y eficientes en el mayor grado posible, es que realmente se está pensando y llevando a la acción este postulado de salud para todos.

SIMPLIFICACION DE LAS TECNICAS

La simplificación de las técnicas constituye uno de los principales desafíos y tal vez el más grande, ya que no sólo se requiere el mayor esfuerzo crítico y creativo, así como recursos humanos que manejen el método científico, sino que también es probablemente el que afecta los mayores intereses.

Este desafío se presenta mayor para los profesionales que han logrado el dominio de las técnicas más complejas y que debe ser sujeto a críticas y simplificación.

Representa un desafío también para los profesores, que se estiman con grandes cualidades y conocimientos.

No cabe duda que aquí se requiere mayor trabajo intelectual para transformar una técnica compleja en una más simple. Muchas veces resulta más fácil diseñar una técnica compleja, que una simple.

La técnica simplificada debe ser aquella que sean capaces de manejar todos, los estudiantes, profesionales y recursos humanos estomatológicos y hasta donde sea posible, la propia colectividad. La decisión importante en la simplificación de las técnicas va a estar dada nuevamente por aquellos pasos que se puedan eliminar sin disminuir la calidad y logrando un costo menor.

Todos estos aspectos analizados anteriormente, vienen mostrando un nuevo camino de acción en el campo de la estomatología.

Cuando se les considera separadamente, si bien es cierto que algo aportan, este aporte no es significativo, el cambio no está en utilizar personal auxiliar, equipos simplificados, técnicas simplificadas o un nuevo material, el cambio está en el diseño de un nuevo sistema que aprovecha cada uno de estos aspectos considerados aisladamente y que aplicados en conjunto están dando resultados hasta ahora sorprendentes. Por ello, cuando se abre una real posibilidad de llegar a más gente, debe pensarse en aquella población marginada socialmente o por su ubicación geográfica y al estar manejando un sistema que parece en el momento el más prometedor, resulta conveniente estudiar la posibilidad de que este mismo sistema pueda trasladarse a estas áreas marginadas y rurales. Esa ha sido la razón por la cual, en el último tiempo se le ha dado una atención preferencial al diseño de espacios físicos, que siguiendo los mismos conceptos de simplificación debe ocupar los menos elementos posibles, su recuperación total o casi total al ser trasladado; posibilidad de ser autosuficiente, con respecto a energía eléctrica, agua, alojamiento para personal y otros por ser supuesto de un costo aceptable.

ESPACIOS FISICOS.

Hasta el momento se han logrado notables avances

en el diseño de los sistemas para 1, 2, 3, 4, 6 y 8 módulos de atención, en un mínimo de espacio necesario.

De la misma manera, haciendo uso del espacio físico exterior, se pueden instalar módulos de cuatro y seis unidades por área rural concentrada que pueden ser autosuficientes en caso necesario. Y algo de suma importancia, resulta ser el que los diseños para espacios físicos con estomatología son perfectamente válidos para otro tipo de atención en salud. Esto hace factible que en cualquier lugar, cualquiera sea el momento de desarrollo económico y cultural de una población, ya se está en condiciones de proporcionar atención integral, sin la cual se considera no estar realmente reintegrado, como se expresó al principio de este documento, el aparato estomatognático al individuo y a través de éste, a todos los individuos.

Como una acotación final, debe manifestarse que en cierta medida se han resuelto la mayoría de los problemas planteados en este sentido, queda uno muy importante que se ha ido resolviendo paulatinamente, pero aún dista de las aspiraciones y es el costo de estos espacios físicos.

Las investigaciones que se están llevando adelante en un equipo interdisciplinario en que además de estomatólogos participa el otro tipo de recursos humanos ya mencionados, además de ingenieros y arquitectos, hace manifestar hoy día, que a muy breve plazo se habrá resuelto también este último problema.

X.- PREVENCIÓN

=====

Debido a la gran importancia que posee la cavidad bucal, nosotros, los odontólogos y profesionistas dedicados a la salud bucal y dental, debemos desarrollar una relación cálida y sincera con nuestros pacientes, con el fin de permitirles acercarse a nosotros con confianza para poder tener acceso, explorar y trabajar tanto en su cavidad bucal como en las zonas adyacentes a ésta.

Para poder desarrollar y mantener este tipo de relaciones es preciso tomar en cuenta las necesidades iniciales de nuestros pacientes, las características personales del tipo de salud profesional que requieran y el grado y tipo de servicio con el que contamos para poder ofrecer nuestros servicios adecuadamente.

La coordinación entre los aspectos preventivos (con las implicaciones conductuales de estos conceptos) y los aspectos tradicionales de la odontología aumentan las oportunidades para brindar como profesionistas que somos un mejor servicio a nuestros pacientes a la vez que tenemos mejores oportunidades para alcanzar nuestra superación.

Al confiar en la prevención y mejorar sus conceptos y técnicas, podemos ayudar a coordinar diferentes responsabilidades en el desempeño de la profesión y como resultado brindaremos servicios más completos que repercutirán en mayores satisfacciones profesionales.

Uno de los recursos más prácticos para fomentar la práctica de la prevención es entrenar a los estudian-

tes de odontología (y efectuar una selección de sus aspirantes) enfrentándolos con la realidad de la práctica odontológica actual. Durante su formación escolar, tanto profesores como instructores autoritarios condicionan a los alumnos a pensar en condiciones irreales y absolutas (muchas veces prototipos de perfección), preparándolos no tanto a pensar, sino a ser rígidos en sus diagnósticos y tratamientos.

¡En la práctica el odontólogo se enfrenta generalmente con pacientes nerviosos relación muy lejana de lo considerado como ideal! La dicotomía entre estos extremos crea entonces una discordancia en la percepción que tiene el dentista del mundo que los rodea. Así, más que buscar en equilibrio entre el estado emocional de los pacientes y la experiencia técnica que posea, el odontólogo gasta por lo general cada vez más tiempo en lograr un desarrollo tecnológico superior para su profesión; rechazando y aún impidiendo que se fomenten las relaciones interpersonales.

La forma en que el odontólogo presente los conceptos preventivos a sus pacientes, deberá basarse en los beneficios que son considerados como subjetivamente importantes para cada uno de ellos. Al tratar de medir el éxito de la práctica profesional sólo mediante la disminución de la enfermedad y los padecimientos y quejas de los pacientes se obtienen criterios arbitrarios condicionados y adquiridos durante el adiestramiento escolar. La prevención es mucho más que esto. Es el aumento

to en la confianza e intervención del paciente en su propio tratamiento; en el interés que puede mostrar por la salud de su boca, en la propia aplicación de medidas auxiliares que ayuden a disminuir la ansiedad conforme el paciente posea mayor control sobre su enfermedad.

Esto lleva implícito una simplificación del caso, el aumento en la apreciación de los pacientes y mejora el índice de pacientes y las referencias del odontólogo. Así, la educación preventiva significa también un aumento en el interés de los pacientes por acudir a sus citas periódicas para revisión y sobre todo la comprensión por parte de los pacientes en que son ellos quienes comparten con nosotros la responsabilidad de mantener su boca en condiciones de salud.

Los cambios conductuales son cambios relativos; el odontólogo que no aprecie ciertas ganancias y éxitos en sus tratamientos puede frustrarse y desilusionarse; es tos factores pueden ser causa de una pérdida de interés en la aplicación de un programa preventivo, pudiendo oca sionar que incluso éste llegue a su fin.

Es nuestra responsabilidad el comprender, valorar y tratar a cada paciente en forma individual, ya que de esta forma tendremos conciencia de "como somos realmente" con respecto a nuestros pacientes. La ausencia de quejas, la respuesta tisular y aún el tratamiento en sí no serán un triunfo por alcanzar, en la forma en que los conocemos actualmente.

Deberemos de buscar la existencia de una armonía en nuestros consultorios durante su diario funcionamiento involucrándonos en una proceso de superación constante para lograr a corto y largo plazo objetivos personales y profesionales. El concepto de prevención es posible ponerlo en práctica en el consultorio y actualmente es la mejor alternativa para reorientar la profesión hacia un futuro mejor.

C O N C L U S I O N E S

=====

El ejercicio de la Odontología implica poseer capacidad intelectual científica y el requisito legal del título.

El recién graduado surge del ámbito recoleto de los libros de estudio y se asoma a un mundo complejo y discordante, de conceptos y valores morales en constante cambio y evolución, para ejercer su delicada función médica u odontológica, sin una orientación cultural y humanística definida que lo guíe a través de los escollos, sin una indicación de la Facultad acerca de los peligros y riesgos que le aguardan en el mundo exterior. Se siente perplejo y confuso, hasta que las primeras experiencias, errores o algún discreto éxito le dan la suficiencia y el aplomo necesarios para la desigual lucha que le plantea el medio social.

Por tener plena vigencia para los odontólogos, recordemos algunos de los consejos de Franklin a los médicos que se inician en la práctica profesional. Decía: "Tal vez te tienta la cirugía. No te dejes llevar por el incentivo de lucro y el deseo de una vanagloria de operador".

No es todo de color de rosa para el cirujano. En esta rama de la Medicina la responsabilidad es aún mayor, por lo menos más directa que en la medicina pura; se necesita temperamento, una verdadera vocación, sangre fría, espíritu de decisión, habilidad manual. Estúdiate mucho tiempo, o antes de lanzarte por esta vía pe

ligrosa. Si un buen cirujano hace mucho bien, un mal cirujano hace mucho mal. No se trata de comprometerse a la ligera y de bromear, cuando se pone en juego la vida de nuestros semejantes.

"Tal vez tengas intención de practicar una especialidad, y probablemente harás bien, sobre todo en estos tiempos de plétora médica. Las especialidades se hacen cada vez más necesarias y tienen la ventaja de que permiten hacerse hábil más rápidamente y poseer todos los recursos.

En Medicina no hay nada que desdeñar, todo despierta interés. Pero, demora esta decisión, nada te apresure, completa tu instrucción general, todo se enlaza, y no puede uno llegar a ser un especialista, si antes no es un buen médico.

"Si para guiar tu conducta quieres también algunos preceptos fáciles de retener, helos aquí: toma por axioma-la fórmula que fué base de todas las morales: no hagas a otro lo que no quieras que te hicieren. No seas ni demasiado audaz, porque tu campo de acción es la vida humana; ni demasiado pusilánime, porque la timidez puede ser también peligrosa cuando se hace necesaria una decisión pronta y firme."

"Conserva una buena salud moral. Educa precisamente tu voluntad y tu energía, virtudes viriles por excelencia, y de las que necesitarás más que nadie. Aplícate a conservar en toda circunstancia la ecuanimidad.

esa igualdad del alma que fué la divisa de un emperador romano. Precávete tanto del escrúpulo como de las indiferencias. Conserva tu razón firme y recta, una sangre fría imperturbable suceda lo que sucediere."

"En los casos graves, tómate tiempo antes de obrar, delibera, reflexiona después, haz tu deber, ocurra lo que ocurra. En fin, por encima de todo, une la dulzura y la bondad a la firmeza necesaria. Los que sufren sienten necesaria la afabilidad.

Cualesquiera otra ciencia es perjudicial al que no posee la ciencia de la bondad. Sé alegre, de una alegría varonil y serena, teniendo por base el goce del deber cumplido. Los enfermos no tienen necesidad de un médico de figura triste, sino de un médico que los reconforte, y para ello mantén en buen equilibrio tu propia salud".

Es importante recordar, por su incidencia, a aquellos que sólo ven en la Odontología un medio material de lucro, lo que dijera Max Simon en su Deontología Médica: "A los ojos de aquel que ve en la ciencia un medio de hacer fortuna y de adquirir condecoración y honores, se eclipsa en hermosura y sólo la ve rodeada de la utilidad y del lucro. Así la vemos transformarse poco a poco en especialidades más fáciles de explotar" (Beltrán).

Junto con todos estos conceptos tiene plena incidencia la conducta exterior del profesional en el ejercicio de la Odontología: ella debe ser sobria, digna e irreprochable, absteniéndose de toda clase de excesos.

Más que el bienestar material y la riqueza, debe ser guía de la conducta profesional la honorabilidad, la honradez y la ecuanimidad.

Igualmente el respeto, consideración y aprecio de todos sus colegas y pares, por encima de las naturales disidencias de apreciación de conceptos e ideas científicas que pudiere haber.

BIBLIOGRAFIA

=====

- 1.- Necesidades Esenciales en México, Coplamar Editorial Siglo XXI, 1982 pp. 37-40 y 249-253.
- 2.- Aguirre, B.G. Programas de salud en la situación intercultural Colección Salud y Seguridad Social. 1980.
- 3.- Basaglia, F. La salud de los trabajadores y aportes para una política de salud. Editorial Nueva Imagen 1978. México
- 4.- Berliner, H. A larguer perspective on the Flexner Report Int. J. Health Serv. 1975 pp. 573-592.
- 5.- Castellanos, R. Jorge "Situaciones de Cobertura, Niveles de atención y atención primaria." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington 1977 pp. 478-491.
- 6.- Conacyt/SSA Investigaciones en Servicios de Salud Pública. 1978.
- 7.- Laguna G.J. Rodríguez D. y Meljen M.J. El derecho a la salud, en los derechos sociales del pueblo. Tomo II Editorial Porrúa 1978 pp. 151-186
- 8.- Leavell, H.R. y Clark, E.G. "Levels Of Applications Of Preventive Medicine. Preventive Medicine For The Doctor in His community An Epidemiologic Approach. Mc Graw-Hill 1965 Nueva York pp. 81-87.
- 9.- López Acuña D. La Salud Desigual en México Editorial Siglo XXI 1982 3a. Ed. México.
- 10.- OPS, Plan Decenal de Salud en las Américas 1971-1981. Documento Oficial No. 118 Washington 1973.

- 11.- OPS, Salud para todos en el año 2000.
Estrategias Documento Oficial No. 173
Washington 1980.
- 12.- Roemer, M.I. "Perspectiva Mundial de los
Sistemas de Salud".
Editorial Siglo XXI 1980 México.
- 13.- Terris, M. "Las grandes tareas de la Salud
Pública.
Salud Pública de México. 1978 pp. 391-397.
- 14.- SSA Atención a la Salud y Poblaciones Mar-
ginadas en grandes Urbes-Subprograma de Sa-
lud Bucal. 1981 México.