

5
2 etc



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

BASES TEORICAS - METODOLOGICAS PARA UN NUEVO SISTEMA DE EJERCICIO ESTOMATOLOGICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
JORGE VILLANUEVA HIDALGO
ROSA MA. VILLANUEVA HIDALGO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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

	PAGINA
INTRODUCCION - - - - -	1
a) Fundamentación de la elección del tema - -	3
b) Planteamiento del problema - - - - -	6
c) Objetivos - - - - -	8
d) Hipótesis de trabajo - - - - -	8
e) Material y método - - - - -	9
CAPITULO I	
SITUACION ACTUAL DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACION MEXICANA	
a) Antecedentes - - - - -	11
b) Situación actual - - - - -	14
CAPITULO II	
CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA	
a) <u>Práctica odontológica contemporánea (cientí fica)</u> - - - - -	26
b) <u>La odontología científica y su crisis</u> - - -	37
c) <u>Práctica odontológica alternativa (comunita ria)</u> - - - - -	39
d) <u>Algo más sobre simplificación y desmonopoli cación en estomatología</u> - - - - -	49
RESUMEN - - - - -	56
PROPUESTA - - - - -	60
CONCLUSIONES - - - - -	64
BIBLIOGRAFIA - - - - -	66

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

La salud bucodental se ha convertido en una necesidad para el bienestar del hombre, por lo cual el presente trabajo pretende dar a conocer a través de una revisión bibliográfica y encuestas, la situación actual de los problemas de salud bucal así como el desarrollo de la práctica odontológica.

Consideramos importante abarcar desde el proceso salud-enfermedad bucodental debido a que dichos problemas afectan en su totalidad al ser humano y arrojan alarmantes estadísticas, como por ejemplo la caries y las parodontopatías, que se presentan en todas las clases sociales; siendo uno de los factores predisponentes la accesibilidad a los servicios de salud por parte de los estratos sociales más desprotegidos.

Es importante también analizar cuál es la población más afectada tomando en cuenta no sólo las condiciones de higiene y alimentación sino los aspectos socioeconómicos en general, cabe aclarar en este punto, que no existe información clara y precisa de tal situación ya que sólo se cuenta con estudios epidemiológicos parciales realizados en diferentes lugares y por distintas instituciones de la República Mexicana.

Otro problema que agrava aún más los problemas de salud oral es la formación profesional del odontólogo que en la actualidad aún cuando se abarcan aspectos clíni-

cos sumamente importantes a dado escasa importancia a algunos factores sobre todo del nivel de atención primaria, ello a redundado en las condiciones actuales de la práctica odontológica, en la cual, pese a que cada vez existe mayor número de odontólogos, las necesidades de atención odontológica crecen a mayor velocidad.

En México, como en otros países en desarrollo, el dramático aumento de la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales requiere de la aplicación inmediata de medidas preventivas a nivel masivo. Sin embargo, la oportunidad de llevar avances científicos de la odontología preventiva a la población aún no ha sido explotada - pues, tradicionalmente, el Cirujano Dentista es entrenado para pensar y actuar en términos de terapia, reparación y restauración, con poco o ningún énfasis en la educación - para la salud y la prevención.

a) Fundamentación de la elección del tema

La odontología que se ha implementado en México se ha venido copiando o a ella se le han venido imponiendo conceptos, instrumentos y técnicas, ya que se ha tenido la creencia de que haciendo lo expresado se puede alcanzar los tipos y características de atención odontológicas que se prevén en otros países considerados como más desarrollados, los que al parecer se acepta también que producen "buenos niveles de salud" en sus poblaciones.

Recientemente algunos autores han comenzado a darse cuenta que esos otros países no han llegado, ni muestran tendencias a alcanzar aceptables niveles de salud bucal en sus poblaciones vistas éstas en su totalidad por lo que no debe constituir arquetipos para esta región.

También se empieza a tomar conciencia sobre que socialmente no es prudente continuar imitando lo que se hace en esos países, no sólo porque no se dispone con la capacidad económica para ello y porque hacerlo significa derrochar recursos que son indispensables para otros aspectos más importantes de la vida, sino también, porque todo ello constituye a continuar apuntalando y acrecentando la dependencia científica, técnica, económica y cultural de otro u otros países.

La consecuencia de esta situación socioeconómica, se manifiesta crudamente en el estado de salud de la población, el caso de la salud bucodental es bastante - -

aleccionador en este sentido, por ejemplo varios estudios epidemiológicos indican que más del 90% de la población - presentan lesiones cariosas, se estima que la población - mayor de tres años tiene un promedio de cinco dientes que necesitan atención odontológica debido a caries dentaria^{1/}.

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 reciben aten- ción odontológica integral"^{2/}.

Cuatro pueden ser los factores que ocasionan es- te problema y que pueden desglosarse de la siguiente for- ma:

- a) Tipo de práctica profesional dominante.
- b) El modelo de servicio empleado.
- c) La tecnología en uso.
- d) El modelo profesional.

1/ Estudio de la prevención de enfermedad parodontal. Ca- rries en una población infantil de 3 a 13 años. Stein y Huerta, revista A.D.M. XXXIX-4, jul.-agosto 1983, - pág. 165.

2/ Simplificación y desmonopolización en estomatología. Silva Héctor. Prevención integral en la odontología. Venezuela Cerón No.1, Nov. 1981, pág. 184.

Todo esto tiende 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 de un país y viceversa, constituyéndose así un círculo vicioso, por lo tanto, es evidente que aunque algunos aspectos de la práctica odontológica actual requieren conservarse y aún estimularse, muchos otros tanto valorativos como científicos-tecnológicos deben ser revisados a fondo con el fin de perfeccionarlos o eliminarlos.

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

La simplificación y la desmonopolización de la odontología podría ser la respuesta.

b) Planteamiento del problema

En los últimos años la crisis económica que se vive no sólo en México sino en todo el resto del mundo - ha llevado al aumento de precios en la prestación de servicios y no sólo en éstos sino también en el de los productos básicos de la vida.

La odontología no ha sido ninguna excepción pero aunque la práctica odontológica se abaratara, no llegaría al presupuesto de un gran porcentaje de la pobla--ción, además la boca tiene un papel secundario para la -gente; es decir, no hay una educación para que la gente aprenda a curársela, tienen el hábito de extraerse un --diente si éste les duele pero no de tratarse los proble-mas de salud del resto de la cavidad oral.

Derivado de lo expuesto puede llegarse a pen--sar que si bien mundialmente hay abundante producción de conocimientos científicos y tecnológicos en odontología y simultáneamente hay un crecimiento acelerado de la po-blación, también es cierto que este conocimiento que así se produce no se aplica o no se pone a disposición de toda la población, en la magnitud en que ésta se reproduce o bien, ese conocimiento es deficiente o no se aplica.

En Guatemala, país considerado capitalista de--pendiente, se realizó un estudio en 1969 en el que se cal-culó que toda la población tenía necesidades de cerca de 30 millones de obturaciones, cinco millones de extraccio

nes y que todos los odontólogos disponibles en este país, utilizando equipo, conocimientos y técnicas convencionales propios de la odontología tradicional, podrían resolver esas dos necesidades sólo si ellos trabajaran tiempo completo durante más de medio siglo consecutivo, suponiendo teóricamente que no se cariara ningún otro diente adicional y la población permaneciera estática.

De acuerdo a lo anterior cabría preguntarse:

¿Realmente el odontólogo necesita de equipos tan sofisticados para realizar su práctica odontológica?

¿Es posible ofrecer una cobertura de salud adecuada a un universo tan amplio sin bajar la calidad?

¿Es factible en México aplicar los principios de simplificación, desmonopolización y transferencia del conocimiento en estomatología?

c) Objetivos

- 1.- Este trabajo se dirige al futuro profesionalista como - un auxiliar para la modificación de su práctica odontológica ya que en éste se trataron aspectos metodológicos de la odontología alternativa.
- 2.- Se consideran los aspectos desde el punto de vista - epidemiológico social de la formación de recursos humanos para la salud.
- 3.- Se hará énfasis acerca de la situación en la forma- ción de recursos humanos para la salud estomatológica.
- 4.- Se harán sugerencias y alternativas de cambio en la - planeación y organización de recursos humanos para la salud estomatológica.

d) Hipótesis de trabajo

La simplificación y desmonopolización en odonto-
logía como un medio permite adentrarse en la sociedad, co-
nocer y analizar algunos de sus complejos aspectos socio-
odontológicos y a través de su aporte reformular el "dis-
curso" y la práctica odontológicas.

e) Material y Método

1.- Material

Dentro de la elaboración de esta tesis, contamos con diferentes materiales como son:

Material recopilado y analizado sobre el tema a tratar. Esta recopilación será elaborada de los trabajos publicados por los autores más reconocidos.

Dicho material o recopilación de los conocimientos es básicamente el elemento principal de esta tesis.

Para el apoyo del material principal (tesis), - tenemos la elaboración de material audiovisual, el cual - consiste básicamente de una serie de diapositivas o transparencias con lo cual se harán más objetiva su presentación, ya que al mismo tiempo de ir mostrando las consideraciones o aspectos importantes de este trabajo, se logra que la persona (alumno, profesor, etc.) que estudia dicha tesis logre mayor motivación para continuar en el análisis y por lo tanto, tenga un mayor poder de captación y aprovechamiento.

2.- Método

El método que se utilizará para la elaboración de esta tesis está basado en la recopilación, análisis, -

síntesis y transcripción de los diferentes trabajos que - sobre el tema escogido han publicado los autores más reco- nocidos en esta especialidad.

Asimismo, utilizamos entrevistas con personas - enteradas del tema (profesores de la E.N.E.P. Zaragoza, - cirujanos dentistas de práctica privada e institucional, - mecánicos dentales y auxiliares dentales).

Es en resumen, una recopilación y síntesis bi- bliográfica la cual está apoyada con técnicas audiovisua- les.

C A P I T U L O I

SITUACION ACTUAL DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACION MEXICANA.

a) Antecedentes

"Las condiciones generales que han prevalecido en México, referentes a los métodos y técnicas de trabajo pedagógico que se han presentado en la historia de la educación superior y en forma particular en aquellas instituciones formadoras de recursos humanos para la salud estomatológica reflejados en los modelos de servicio y planes de estudio, están inscritos en las condiciones bio-sico-socio-culturales y políticas que prevalecen también en Latinoamérica"(1).

La República Mexicana está constituida por 79 millones de habitantes aproximadamente, los cuales se encuentran distribuidos en 32 estados y un Distrito Federal, enclavados en una superficie territorial de 2 millones de kilómetros cuadrados. Su estructura socioeconómica es capitalista subdesarrollada. Las actividades de los distintos grupos poblacionales se realizan bajo condiciones de vida heterogéneas según se encuentren ubicados en la ancestral pirámide de las clases sociales.

Las principales actividades político-económico-culturales se centralizan en las grandes urbes y con extrema magnitud en el Distrito Federal, presentando así un gran mosaico en relieve de grandes contrastes en los

. . .

que destacan dos especiales situaciones dadas por las - áreas urbanas y las rurales.

Bajo la denominación anteriormente expuesta, se estructura la currícula de las instituciones formadoras - de recursos humanos para la salud estomatológica dejando a la expectativa las necesidades epidemiológicas bucales de la población.

Si la población de las grandes urbes pudiese tener injerencia en esta currícula, el área rural pasaría - desapercibida para la planeación de esa formación y organización de recursos humanos.

"Tomando en cuenta que casi el 13% de la población total del país son escolares (de 6 a 12 años de edad) y que su situación epidemiológica no es nada halagadora - ya que el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) es de 2.48 traducido a 29'298,256 dientes permanentes con historia de caries y el promedio de dientes temporales cariados obturados y perdidos (CEO) es de 2.75 que se traduce a 32'396,286 dientes temporales con historia de caries y con un promedio de necesidades - de atención estomatológica en dientes permanentes de 2.00 y en dientes temporales de 2.62 traducidos ambos en conjunto a 54'354,580 dientes que requieren atención del estomatólogo u odontólogo" (2) manifiestan los problemas - por los que hoy en día atraviesan las escuelas, facultades, carreras o áreas de odontología en la preparación y orientación de sus recursos humanos formados para incidir en esta situación epidemiológica.

"A lo largo de los 80 años de formación estomatológica, se ha observado un crecimiento arrítmico de - instituciones formadoras de recursos humanos estomatológica, crecimiento que no ha sido consecuencia de la situación epidemiológica estomatológica de la población, sino resultado de la crisis académico-administrativa que se - presenta en la década de los 60s sobre todo en aquellas - entidades federativas que manifestaron un crecimiento - cuantitativo significativo, denominándolo "manifestación de la universidad". La admisión de esta manifestación, - aunque no absorbe el problema epidemiológico anteriormente expuesto, sí contribuyó en algo a disminuir el problema de concentración de estudiantes y profesionistas en - grandes urbes bajando el índice en el éxodo de estudiantes de provincia.

Una apreciación global de la realidad actual, - muestra un panorama sumamente variado donde las circunstancias político-sociales desempeñan un papel fundamental en cada una de las entidades federativas en lo que se refiere tanto a su sistema de enseñanza en la mayoría autónoma, como a su sistema de atención a la salud y a las líneas de fuerza imperialista que la van llevando al futuro y cuyo estudio ha sido dirigido hacia una tipificación de esos sistemas en todo el país. Un cambio radical a experimentar podría significar una importante fuente de trabajo futuro y enseñanza-aprendizaje, logrando una práctica profesional dirigida a solventar los problemas epidemiológicos estomatológicos de las clases sociales y diferentes grupos de edad de las distintas áreas de desarrollo"(3).

b) Situación Actual

Nadie sabe cuanto le cuesta a México los padecimientos orales de sus habitantes, ni los problemas gástricos y la mal nutrición que de una mala salud oral se derivan. Tampoco se sabe el costo de la minusvaloración del desdentado precoz ni el del sufrimiento humano que causa el dolor, porque no hay estudios epidemiológicos que den cuenta de ello. Pero hay que sí se puede decir a priori "en productividad cuestan mucho más que el cáncer y en horas perdidas seguramente superan a las cardiopatías..." (4).

En ello reside la paradoja de la salud oral y el porqué en el orden de prioridades de la salud pública ocupa un lugar tan bajo: nadie muere del dolor de muelas, pero todo mundo está sujeto a su sufrimiento.

La situación de salud en México a nivel de enfermedades sistémicas lo podemos observar en el cuadro siguiente:

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MEXICO

No.	C A U S A	CASOS	CASAS x 100,000
1	Gastroenteritis	188 946	373.9
2	Influenza y neumonía	65 063	128.8
3	Parasitosis	52 004	103.0
4	Disentería	51 778	102.5
5	Paludismo	47 550	94.1
6	Sarampión	35 400	10.1
7	Tosferina	29 772	50.0
8	Encefalitis equina de Venezuela	23 858	46.3
9	Tuberculosis todas formas	18 876	37.3
10	Varicela	16 570	32.8
	Todas las demás	54 723	185.5
	T O T A L	624 085	1 235.1

FUENTE: Estadísticas vitales demográficas y de recursos en la República Mexicana, 1974-1980.

Por lo que respecta a la situación de las enfermedades bucales no existen estadísticas, pero sí una serie de estudios epidemiológicos que describen diferentes aspectos de la salud bucodental de tal forma que los resultados de numerosas investigaciones epidemiológicas indican una alentadora reducción en la prevalencia de la caries en los países industrializados, estos hallazgos se atribuyen, principalmente, al efecto de medidas preventivas aplicadas y en -

particular al aumento del número de niños expuestos a fluguros en sus distintas presentaciones.

Por el contrario, lamentablemente no hay duda de que la prevalencia y severidad de caries está aumentando - dramáticamente en los países en desarrollo como México. - Este rápido aumento del número de lesiones cariosas parece estar asociado a un mayor consumo de azúcar refinada en - los alimentos, bebidas y golosinas.

"De todas las enfermedades infecciosas, la caries es notable por el papel que juega la dieta en su desarrollo. De hecho este padecimiento está internamente relacionado con el consumo de azúcar; al disminuir la frecuencia con que un grupo de individuos ingiere azúcar refinada, se observa una reducción en la prevalencia de caries"(5).

En países como el nuestro la caries es ya un severo problema de salud pública que aumenta continuamente. - El costo de la infraestructura necesaria para entrenar y - emplear a los profesionistas de la salud bucodental es alto y en algunos países retrasa las posibilidades educacionales y financieras.

"Los mayores consumidores de azúcar en los países en desarrollo son las subsidiarias de las grandes compañías transnacionales que procesan alimentos y bebidas, - incluyendo a los fabricantes de golosinas y bebidas gaseosas"(6).

Como ejemplo de lo anterior en un estudio publicado en 1980, en México cada hombre, mujer y niño, consumen cerca de cinco botellas de refresco semanalmente (7).

"Los niños son un atractivo blanco para los publicistas empleados por este tipo de compañías, se ha calculado que en Estados Unidos los niños de dos a cinco años de edad ven hasta mil horas de televisión anual (más tiempo que el dedicado a los maestros de educación elemental), lo cual da a los publicistas la oportunidad de mostrarles 25,000 comerciales, de los cuales diez mil son de comestibles que en su mayoría están sobrecargados de azúcar refinada"(8).

En un estudio realizado por Day, C.D. Marshall and Quigley L.F. en E.U. y publicado en el J. periodontal 25 (9), nos da una panorámica de cual pudiera ser la situación de los países subdesarrollados, un estudio similar fue realizado por Sánchez Pérez, L. de los servicios estomatológicos, Unidad Xochimilco de la U.A.M. (10), en el cual se investigó el estado de salud bucal y la incidencia de caries dental en escolares de una zona del sur de la Ciudad de México, cuyas aguas potables contienen menos de 0.5 partes de fluor por millón.

La muestra incluyó 2,551 niños y 2,449 niñas, entre los 5 y 16 años de edad; el método para registrar caries dental (índices CPOD y CEOD) y tamaño de la muestra se calcularon con una precisión de 0.5 de acuerdo a los lineamientos de la OMS. Los resultados indican que

la prevalencia de la entidad (JFOD) es mayor a la informa da hace cuatro años por la Secretaría de Salud (SSA): a los 7 años es de 1.9; a los 10 años 10.30 y a los 12 años 7.57.

El desglose de algunos de los cuadros es el siguiente:

TABLA 1
 COMPONENTES DEL INDICE CEO-D

EDAD	CARIADOS		OBTURADOS		EXTRACC. INDICADA		INDICE ceo-d
	X	%	X	%	X	%	
5	4.7	95.9	0.0	0.0	0.2	4.1	4.90
6	5.5	86.6	0.8	2.0	0.4	6.0	6.66
7	4.9	79.0	0.7	11.3	0.5	8.1	6.20
8	4.1	75.9	0.7	12.9	0.5	9.3	5.50
9	3.3	72.7	0.6	13.2	0.5	11.0	4.54
10	2.4	60.5	0.4	10.1	0.3	7.6	3.97
11	0.8	34.6	0.2	8.7	0.2	8.7	2.31
12	0.4	30.3	0.1	5.1	0.2	10.1	1.98
13	0.2	10.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.91
14	0.1	8.6	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
TOTAL	3.1	62.2	0.5	10.0	0.4	8.0	4.98

FUENTE: Directa 1983.

COMPONENTES DEL INDICE CPO-D

EDAD	CARIADOS		OBTURADOS		EXTRAIDOS		EXTRACC. INDICADA		CPO
	X	%	X	%	X	%	X	%	
5	0.2	44.0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.50
6	1.1	82.7	0.02	1.5	0.01	0.8	0.0	0	1.33
7	1.8	93.4	0.82	41.6	0.01	0.5	0.01	0.5	1.97
8	2.4	89.9	0.24	8.9	0.0	0	0.01	0.4	2.68
9	3.0	89.6	0.32	9.4	0.01	0.3	0.02	0.6	3.38
10	3.6	86.4	0.53	12.4	0.01	0.2	0.05	1.2	4.26
11	5.3	85.7	0.82	13.2	0.01	0.2	0.06	1.0	6.21
12	6.9	89.9	0.66	8.6	0.02	0.3	0.09	1.2	7.67
13	8.0	92.0	0.60	6.5	0.02	0.2	0.08	0.9	8.75
14	9.2	92.4	0.55	5.5	0.03	0.3	0.17	1.7	10.02
15	10.2	92.4	0.76	6.8	0.0	0	0.07	0.6	11.14
16	8.0	92.8	0.66	7.6	0.0	0	0.0	0	8.67
TOTAL	3.4	87.4	0.37	9.3	0.1	0.3	0.04	1.0	3.96
									S.D. 3.40

FUENTE: Directa 1983.

TABLA 3

INDICE DEL ATAQUE DEL PROCESO CARIOSO
CEO + CPO

EDAD	INDICE CEO	INDICE CPO	CEO + CPO INDICE DE CARIES DENTAL
5	4.90	0.50	5.4
6	6.66	1.33	7.99
7	6.20	1.97	8.17
8	5.50	2.68	8.18
9	4.54	3.38	7.92
10	3.97	4.26	8.23
11	2.31	6.21	8.52
12	1.98	7.67	9.65
13	1.93	8.75	10.08
14		10.02	10.02
15		11.14	11.14
16		8.67	8.67
TOTAL	4.98	3.96	8.94

FUENTE: Directa 1983.

Ahora bien, algunos otros estudios epidemiológicos realizados por la Organización Mundial de la Salud - (OMS) se refieren a que "la enfermedad periodontal es una de las enfermedades más difundidas de la humanidad, afectando aproximadamente a la mitad de la población infantil y a casi toda la población adulta". (10)

La caries dental afecta principalmente a los niños y adolescentes y es la causa principal de la pérdida de los dientes desde temprana edad. "En México encontramos que un 90% de la población padece uno o más dientes afectados por caries" (11). Por otro lado la enfermedad parodontal es una enfermedad que afecta a los tejidos que circundan el diente y que causan una destrucción de los mismos.

Los resultados de estas investigaciones reflejan la situación en que se encuentra la salud bucal ya que las tendencias son similares a las reportadas por otros investigadores, por ejemplo la realizada por Carrillo Martínez y Zermeño Ibarra de la U.A.S.L.P. (12) cuyos datos sobre enfermedad parodontal son los siguientes:

TABLA 4

PROMEDIO DE EDADES DE AMBOS SEXOS EN EL TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS.

SEXO	10	13	20	30	40	50	60	70	74	80	ANOS
F	<hr/>										
	$X = 35.44$										
M	<hr/>										
	$X = 36.39$										

TABLA 5

PORCENTAJE DE LA PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS EN EL SEXO FEMENINO Y MASCULINO

SEXO	E N F E R M E D A D					
	PS+	PC++	PJDC+++	CC++++	GD+++++	PMG+++++
	%	%	%	%	%	%
F	74.02	5.19	3.25	12.34	1.30	3.90
M	75.53	8.51	2.13	11.70	2.13	
+ Parodontitis simple ++++ Gingivitis crónica ++ Parodontitis compuesta +++++ Gingivitis por dilantin +++ Parodontitis juvenil ++++++ Problema mucogingival destructiva crónica						

Así pues, la revisión bibliográfica que se realizó gira en torno a dos problemáticas de salud bucal que son la caries y las parodontopatías; pero existen otra serie de enfermedades bucales como son maloclusiones, malformaciones congénitas, cáncer oral y necesidades protésicas, faltándonos entonces cuantificarlas y determinar la gravedad de las mismas debido a que hay una deficiente información sobre dichos padecimientos.

Por lo que respecta a los recursos humanos (13) en odontología las cifras están entre 0.8 y 1 dentista por 16,000 habitantes ya que según el programa de salud bucal nacional hay 5,110 odontólogos; aunque la información del censo de 1970 menciona solamente 1,890 de los cuales 923 traba-

jan en instituciones de seguridad social y 376 en instituciones de asistencia, 156 particulares y 435 en otros establecimientos (Cruz Roja, sindicatos, etc.).

El número de odontólogos por habitante es bastante bajo y con este personal no es posible que podamos atacar a fondo los problemas de salud oral, imaginemos que existiera un número de odontólogos mayor que el actual en proporción del 1 por 5,000 habitantes y el 90% de esos habitantes o sea, 4,500 habitantes presentan dos lesiones cariosas, ¿qué hacer con 9,000 lesiones que necesitan atención por parte de un odontólogo?, supongamos que tenemos toda la tecnología a nuestra disposición, es evidente que el tiempo no nos alcanzaría al sumar el que necesitaría dedicar a solucionar los problemas de parodontopatías, maloclusiones, etc. Aunado a esto el problema de pérdida de horas productivas por el odontólogo por imprevistos como enfermedades, vacaciones, etc. nos proporcionaría una cobertura muy baja (se calcula que menos del 5% de la población recibe servicios odontológicos que no son de urgencia).

La posible distribución geográfica del odontólogo, la práctica de una odontología empírica que sin preocuparse por la explicación lógica y adecuada de los problemas bio-sociales y sus posibles soluciones, el servicio de atención odontológica que convierte al odontólogo en solitario dentro del consultorio aislado de otros grupos de profesionales y subprofesionales y sobre todo aislado de la problemática del país. Todo esto son factores causales hasta cierto punto de la situación de salud oral en México.

Un verdadero juicio de la calidad de la atención odontológica en México es imposible darlo, pero se vislumbra una profesión que dedica tiempo, dinero y esfuerzo a resolver principalmente las consecuencias del proceso de la caries dental, especialmente a los adultos, que apenas si prestan atención a algún tipo de prevención, que incorpora a su conocimiento nuevas técnicas y el más moderno equipo fragmentando la odontología en diversas "especialidades", proporcionando el que una pequeña parte de la población disfrute de los beneficios de esos "especialistas", cuyo rendimiento profesional es bastante bajo por la práctica de una odontología elitista y centrada en la atención de una persona a otra.

De tal forma el recurso humano en odontología no comprende la magnitud de los problemas que va a resolver, el papel social que debe jugar, los múltiples factores que intervienen en el proceso de la enfermedad oral, el concepto amplio de la prevención y la necesidad de formar equipos de trabajo con personal auxiliar, por lo que poco es su contribución para mejorar considerablemente la salud oral de la población mexicana.

CAPITULO II

CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

2) Práctica Odontológica Contemporánea (científica)

Al tratar la producción de conocimientos para la práctica odontológica se puede hacer como si esa producción se realizara de forma independiente de la estructura social que la soporta. Al contrario, esa producción guarda una relación orgánica con el paradigma hegemónico de la práctica médica. El término paradigma se utiliza aquí como "relaciones científicas universalmente reconocidos por la comunidad de practicantes de una ciencia". (14)

"Los paradigmas de la medicina son producto de una multiplicidad de procesos que se expresan, de una parte, en la autonomía relativa de la práctica médica y de otra, al nivel de los conjuntos sociales en que esta práctica se constituye y se procesa. Esto significa que los paradigmas constituyen construcciones sociales que resultan, históricamente, de la intervención del personal de salud, de la sociedad hegemónica, así como de los diferentes sectores sociales que se constituyen en una dada formación social, estructurándose como resultado de la sociedad hegemónica, así como de los diferentes sectores sociales que se constituyen en una dada formación social, estructurándose como resultado de la relación dialéctica entre las condiciones materiales de la sociedad y la ideología de sus grupos". (15)

Así, los modelos de la práctica médica y por tan

to, de la práctica odontológica -aunque moviéndose con relativa autonomía- se modifican en el sentido de ajustarse a la evolución de las necesidades capitalistas. Por lo tanto, los conocimientos producidos es avalada socialmente, no por determinaciones inmediatas emanadas de la estructura social, uno a través de la vinculación con los componentes políticos, ideológicos, económicos que se institucionalizan en torno a la práctica médica, dando lugar a la organización social de la medicina.

La producción de conocimientos odontológicos(16) además de ser congruentes con el paradigma hegemónico de la práctica, presenta un carácter de dependencia en relación a las economías centrales.

"Se manifiesta así en el campo odontológico, el fenómeno más general, explicado por la teoría en la dependencia, de la articulación de intereses entre grupos sociales de adentro y de afuera de América Latina, según la división internacional del trabajo". (17)

En la realidad esto significa que existe mucho más consumo de conocimientos producidos en los países centrales que una producción autóctona relevante.

"La forma como se construye la cultura del silencio en el campo de la salud en América Latina, está relacionada con una excesiva o inapropiada transferencia científica y tecnológica que, según el director general de la Organización Mundial de la Salud, es responsable por el -

subdesarrollo de la salud. El proceso de difusión científica y tecnológica, en lugar de significar como propone la teoría rostowiana, un elemento fundamental para el desarrollo, contribuye a la manutención de la dependencia sanitaria. La transferencia científica y tecnológica en el campo de la salud, se da como resultado de la interacción de un conjunto de agentes, como la educación médica, las corporaciones multinacionales y la asistencia técnica internacional.

Trabajos de investigación realizados en diversos países subdesarrollados, incluyendo algunos de América Latina, muestran que la tecnología de salud se difunde con extrema rapidez, con velocidad superior a otras tecnologías como las de televisión y de las computadoras. Además, la transferencia tecnológica se hace generalmente bajo la forma de producto de la tecnología, creando un proceso de invasión tecnológica que inhibe la capacidad de innovación y desarrollo de los países receptores". (18)

Por lo que respecta a la medicina científica, ésta crea un nuevo paradigma que debería desempeñar, con mayor eficiencia, el control social.

La medicina pasó a ejercer así, a través de los mecanismos de inclusión y exclusión de pacientes del sistema de salud, los controles de tipo cooperativo y disciplinar.

En el primero, medica a los pacientes, de manera

de colocarlos en dependencia de una gerencia profesional que pasa a invadir, crecientemente, todos los espacios de la existencia humana, en el segundo, desestimula a las personas para asumir el papel de enfermos, o sea, de seres improductivos. Además de lo anterior, el sistema médico pasa a vivenciar y a difundir dentro de sí mismo las relaciones sociales presentes a nivel del sistema económico y social global, contribuyendo para su reproducción ideológica.

Finalmente, el paradigma expresa la nueva realidad de la medicina, que no solamente ejerce el control social y reproduce la fuerza de trabajo, sino que se transforma ella misma en una mercancía: "Un deseo para unos y una ganancia para otros". (19)

El paradigma de la medicina científica comienza a institucionalizarse con la creación en 1893 de la Facultad de Medicina de la Universidad de John Hopkins. Sin embargo, la consolidación de ese proceso se da a través de las recomendaciones del famoso Informe Flexner, publicado en 1910 por la Fundación Carnegie.

Ese informe no surge aleatoriamente, como un documento más de los reformistas de la "era progresista", sino como producto de la iniciativa de una fundación que escoge como objeto de su trabajo, estudios en el campo de la educación profesional en derecho, teología y medicina.

Las principales sugerencias del "Informe Flexner" fueron:

- a) Definición de los patrones de entrada y ampliación para cuatro años de la duración de los cursos;
- b) Introducción de la enseñanza en el laboratorio;
- c) Estímulo a la docencia en tiempo integral;
- d) Expansión de la enseñanza clínica, especialmente en hospitales;
- e) Vinculación de las escuelas médicas a las universidades;
- f) Énfasis en la investigación biológica, como forma de superar la era empírica de la enseñanza médica;
- g) Vinculación de la investigación a la enseñanza;
- h) Estímulo a la especialización médica; e
- i) Control del ejercicio profesional por la profesión organizada.

Se puede concluir que la medicina científica se institucionalizó a través de la relación orgánica entre el gran capital, la asociación médica y las universidades. - La Medicina Científica determinó cambios sustanciales en la conceptualización del objeto de la práctica médica. En este sentido, el nuevo paradigma expresa un conjunto de elementos estructurales que coexisten, que se complementan y que se potencializan a fin de orientar la práctica médica.

Los elementos estructurales de la "medicina flexneriana" son: (20)

Mecanismo.

El mecanismo se introduce en la medicina científica.

fica por la analogía del cuerpo humano con la máquina, elemento esencial del modo de producción dominante. Esa tendencia está clara en el propio "Informe Flexner", en donde se escribe que el cuerpo humano es una máquina que puede ser dividida en pedazos para su mejor comprensión. De esta forma, se rompe la imagen de totalidad corporal, permitiéndose que hombres máquina, los médicos, a través de instrumentos y máquinas, actúen, por lo tanto, sobre las máquinas hombre, los pacientes, reparando sus defectos.

Biologismo.

El biologismo de la medicina flexneriana presupone el reconocimiento exclusivo y creciente de la naturaleza biológica de las enfermedades y de sus causas y consecuencias.

De esa manera, el nuevo paradigma procura absorber a los factores determinantes de naturaleza económica y social, de implicaciones en la causalidad de las enfermedades. Ese biologismo lleva a una concepción de la "historia natural" de las enfermedades que excluye su historia social.

Individualismo

La medicina científica es doblemente individualista. Primero, al elegir como su objeto al individuo; segundo, al alinearlo, excluyendo de su vida los aspectos sociales. De allí se puede imputar al individuo la responsabilidad por su propia enfermedad.

Especialización

Del cambio entre la globalidad del objeto de la práctica médica y la profundidad del conocimiento de sus dimensiones específicas, resultó la especialización.

Sin negar que el crecimiento exponencial del conocimiento médico influencia la especialización, se entiende, con todo, que ese proceso ocurrió también, por otras razones. Primero, en una perspectiva ideológica, en función del mecanismo que impuso la parcialización abstracta del objeto global, según un esquema contradictorio que profundiza el conocimiento específico y que atenúa el conocimiento holístico. Segundo, en una dimensión económica, la especialización ocurrió a partir de las necesidades de acumulación del capital, que exigió la fragmentación del proceso de producción y del productor, vía división técnica del trabajo.

Exclusión de prácticas alternativas

La viabilidad del paradigma de la medicina científica se hizo con base en su supremacía sobre las otras prácticas médicas alternativas populares o académicas. Esa eficacia, basada en las consecuencias de las acciones de la medicina, se dio en la medida en que se fundamentó la superioridad de la medicina científica. De esa forma, se procuró regular o restringir -por ineficaces- las formas populares de la medicina mágica o religiosa y también otras formas alternativas como la homeopatía.

Tecnificación del acto médico

Los nuevos sacerdotes pasaron a utilizar nuevos rituales. La medicina flexneriana estructuró, entonces, la ingeniería biomédica -calcada en la tecnificación del acto médico- como nueva forma de mediación entre el hombre y las enfermedades.

El desarrollo de la tecnología médica produjo una elevación fantástica en las expectativas del público en relación a las posibilidades de la medicina, lo que reflejaba en el campo de la medicina un valor más general -de que el progreso implica siempre una mejoría de la calidad de vida. Los "milagros" de la medicina tecnológica -promovieron la idea de que cualquier problema de salud -puede ser resuelto y ayudaron a legitimar el nuevo paradigma.

La medicina científica eligió, por razones ideológicas y económicas, como parámetro de calidad, el grado de densidad tecnológica de la práctica médica, en detrimento de la capacidad de la medicina en promover o restaurar la salud y prevenir las enfermedades.

Enfasis en la medicina curativa

El nuevo paradigma concentró su actuación en la medicina curativa. Lo hizo, por un lado, porque eso es el sector de la medicina más susceptible de incorporar tecnología; de otro, porque prestigiar el diagnóstico y

terapéutica es, en el terreno del conocimiento, prestigiar al proceso fisiopatológico en detrimento de la causa y en la medida en que este conocimiento fuera el preponderante, él impregna la práctica en todos sus niveles, provocando aún en los niveles de promoción y protección de la salud, un fenómeno de determinación e inversamente fisiopatologización.

Concentración de recursos

Las exigencias de la sociedad industrial y de la tecnificación del acto médico, determinaron una concentración de los recursos de salud.

Esa concentración se manifiesta, más concretamente, en los planos espacial e institucional y en consecuencia, la medicina científica se volvió urbano-céntrica y -hospital-céntrica.

La medicina científica, principalmente a partir de la década de los 60s, entra en crisis. Esta crisis se materializó con el apareamiento de problemas crecientes relacionados con la insuficiencia, ineficacia y la desigualdad, que son los componentes más tangibles de ese proceso.

La ineficiencia de la medicina científica es - vista en las crecientes inversiones en el sector salud, - con retornos decrecientes en términos de resultados. En otras palabras, no existe correlación entre las inversio-

La ineficiencia, la ineficacia y la desigualdad, construyen un modelo de medicina elitizado que no consigue una cobertura significativa de la población y por eso es, crecientemente, cuestionado hasta agotarse en su forma pura, para dar lugar a un nuevo paradigma, el de la medicina comunitaria, medicina social o medicina alternativa.

b) La odontología científica y su crisis

La práctica odontológica hegemónica se realiza sobre la determinación de los elementos estructurales de la medicina científica. Entonces, la odontología que se practica es la odontología científica, caracterizada por la concepción mecanicista del hombre, por la reducción de las enfermedades bucales a su dimensión biológica, por la individualización del objeto de la odontología de alta densidad de capital ejercitada por especialistas, por el énfasis en los aspectos curativos, por su carácter urbano céntrico y por la exclusión de formas alternativas de práctica odontológica.

En consecuencia, la práctica odontológica es de alto costo y de baja cobertura, lo que significa la manifestación en el campo odontológico, de la crisis de la medicina científica.

Todo indica que está habiendo un aumento de las necesidades, tal como ocurre con la caries dentaria en varios países y que el aumento del número de odontólogos por habitantes no guarda relación con los índices de caries dentaria.

En Gran Bretaña se demostró que la pérdida media de dientes por persona, varía muy poco se tenga o no atención odontológica. En Brasil, considerándose la población del país en 1970, se estima que para atender las necesidades acumuladas de las personas entre 7 y 60 años, -

sería necesario 243,000 odontólogos trabajando en horario integral durante un año y que ello tendría un costo económico. En ese mismo país, las necesidades de prótesis total llegan aproximadamente al 35% de la población entre 40 y 50 años y 75% entre 60 y 65 años.

"La ineficacia de la odontología científica puede ser analizada, también en su dimensión iatrogénica. La odontología es una de las especialidades médicas en que la iatrogenia, especialmente la iatrogénesis clínica, es la más significativa". (21). Una investigación efectuada en América Latina, mostró que gran parte de las prótesis fijas, después de un período medio de 5 años, pasaron a desempeñar el papel de cuerpos extraños en la boca. (22)

Esos elementos, suscitadamente referidos, caracterizan la crisis del modelo de la odontología científica que se muestra ineficaz, ineficiente y desigual en su acceso.

c) Práctica odontológica alternativa (comunitaria)

Participando del concepto de que "la práctica odontológica se deriva de las necesidades de la sociedad como un todo", el análisis de su proceso histórico, necesariamente deberá hacerse ligado al desarrollo económico, político y social del continente.

En ese sentido, no podemos prescindir de dicho análisis si se desea expresar claramente que el cambio - en la producción de servicios odontológicos en América - Latina ha estado, está y estará condicionado a los movimientos políticos o ideológicos que establecen las relaciones entre la odontología y la sociedad en la cual está inmersa. Así, se debe reconocer que en el continente latinoamericano, la práctica odontológica está modelada y penetrada por el capitalismo, de la misma manera que lo está la práctica médica y la de otras profesiones. Con esto no se pretende indicar que se comparta el pensamiento, para nosotros simplista, que bastará con cambiar el sistema capitalista para que el problema de "salud bucal" de la sociedad latinoamericana se resuelva.

Sobre lo que estamos convencidos es que la práctica odontológica actual, en su esencia, nunca podrá resolver los problemas que le atañen, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Por ello estimulamos todo camino recorrido o por recorrerse, que posibilite la transformación de la

práctica cuantológica del presente desorientada ecológica-
mente al contexto de América Latina, de gran complejidad
tecnológica, de equipamiento e instrumental de alto costo,
poca cobertura, lenta, deficiente calidad, mínimamente -
eficaz y que margina de sus beneficios a la mayoría de la
población y sin ningún impacto social. (23)

La "medicina científica", por sus propias caracte-
rísticas estructurales, se volvió altamente selectiva y
por tanto, inalcanzable para la mayoría de la población.-
Por ello, ese paradigma necesita modificarse, para ajustarse a las nuevas demandas de la sociedad capitalista.

Tal como se declaró en la Conferencia del Alma
Alta "dada la magnitud de los problemas de salud y la dis-
tribución inadecuada e injusta de los recursos de salud en-
tre los países y en cada país y en la creencia de que la
salud es un derecho humano fundamental y una meta social
mundial, la conferencia instó por un nuevo enfoque de la
salud y un nuevo criterio de servicios, a fin de reducir
la distancia que separa a los "privilegiados" y a los "ca-
rentes" de obtener una distribución más equitativa de los
recursos de salud y de alcanzar un nivel de salud que per-
mita a todos los ciudadanos del mundo disfrutar de una vi-
da social y económicamente productiva".

Ese nuevo enfoque de salud y ese nuevo criterio
de servicios implicaron la emergencia de un nuevo paradig-
ma, el de la "medicina comunitaria" que se presenta, tam-
bién, bajo los eufemismos de cuidados primarios de salud,

atención primaria, medicina simplificada, programas de extensión por cobertura, medicina rural y otros.

Ese modelo de medicina es definido, por la misma conferencia, como cuidados esenciales basados en métodos prácticos científicamente bien fundamentados y socialmente aceptables y en tecnología de acceso universal para los individuos y sus familias en la comunidad y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener en cada fase de desarrollo, dentro del espíritu de autoconfianza y autodeterminación.

La medicina comunitaria presenta un conjunto de elementos estructurales que, en la dinámica de su interacción, determinan la configuración teórica y operacional de ese paradigma. Las denominaciones alternativas que la medicina comunitaria recibe, corresponden, casi siempre, al énfasis que se da a uno y otro de los elementos estructurales.

Los elementos estructurales de la "medicina comunitaria" son:

Colectivismo

Como se vió, el objeto de la medicina que era colectivo en los paradigmas anteriores a la medicina científica, en ésta se individualizó.

La medicina comunitaria rescata la característica colectiva del objeto de la práctica médica.

En la reunión de Beláigio, Italia, se definía el carácter colectivo del objeto de la medicina comunitaria así: "Ese involucramiento se expresa en una ampliación del interés tradicional y casi exclusivo en el paciente individual, enfermo y hospitalizado, para incluir una preocupación con la salud de grandes unidades sociales o grupos poblacionales, sea comunidad o nación, cuyas necesidades colectivas de salud puedan ser fijadas y evaluadas y en relación a los cuales, puedan ser diseñados y estructurados sistemas apropiados de atención a la salud".

Integración de actividades promocionales, preventivas y curativas

La medicina comunitaria, al reconocer los problemas recurrentes del corte entre las conductas promocionales, preventivas y curativas bajo la hegemonía de lo curativo, intenta recomponer la integridad del acto médico. La recomposición del sentido totalizador de la práctica implica, por lo tanto y antes que nada, la descentralización del enfoque biológico y la correspondiente orientación de cada acto médico, en el sentido de aprender e interferir con la complejidad del paciente, dada por su inclusión en un campo de relaciones donde la familia aparecerá como unidad fundamental; la consideración del conjunto de factores que concurren para la emergencia de la enfermedad y de su interacción, a fin de que la interferencia se oriente para momentos precoces del proceso salud-enfermedad, anticipándose, siempre que sea posible, a la necesidad del recurso de acciones curativas.

. . .

Descentralización de recursos

La descentralización pretende viabilizar la universalización de los cuidados primarios que representan - el primer nivel de contacto de los individuos, de la familia y de la comunidad, con el sistema nacional de salud, - por el cual las unidades de salud son llevadas lo más próximo posible a los lugares en donde personas viven y trabajan y constituyen el primer elemento de un continuado - proceso de asistencia a la salud.

La descentralización de recursos se asienta en dos conceptos básicos, la regionalización y la jerarquización de los servicios de salud. La jerarquización definida como organización en forma de embudo de costos crecientes y cobertura decreciente, es un pre-requisito para la viabilidad de la Medicina Comunitaria. Eso coloca la necesidad de una puerta de entrada única, constituida por - el nivel de cuidados primarios.

Utilización de "tecnología apropiada"

Uno de los componentes críticos de la inflación médica producida por la Medicina Científica, es la complicación y sofisticación tecnológica. La Medicina Comunitaria, como práctica que objetiva la extensión de cobertura, precisa, para tornarse viable, revertir ese proceso y desarrollarlo a través de la propuesta de utilización de - "tecnología apropiada".

El discurso oficial es bastante claro: "para todos los niveles del sistema de salud llegó la hora de proceder a un análisis crítico de sus procedimientos, técnicas, equipos y drogas, buscando la exclusiva utilización de las tecnologías comprobadamente útiles y financieramente accesibles. Esa revisión es fundamental para los cuidados primarios de salud, dada la tendencia histórica de concentración en torno de tecnologías médicas más apropiadas al uso hospitalar que a los servicios de vanguardia.- El ámbito y el propósito de los cuidados primarios de salud y la capacidad técnica de los responsables por su - - prestación, tornan la disponibilidad de tecnología apropiada más importante".

Inclusión de prácticas médicas alternativas

Al contrario de la Medicina Científica, la Medicina Comunitaria procura incorporar las formas alternativas, académicas y populares, de medicina, a fin de que se pueda volver más eficaz y eficiente. Al reconocer la extrema riqueza de la medicina popular y su gran aceptación, la medicina comunitaria intenta incluirla en su práctica. Esa política está bien definida en la Conferencia de Alma Alta cuando indica: "en la mayoría de las sociedades, existen médicos y parteras tradicionales, siendo muchas veces parte integrante de la comunidad, de la cultura y de las tradiciones locales, en muchos lugares continúan manteniendo alta posición social, ejerciendo considerable influencia sobre las prácticas sanitarias locales. Con el apoyo del sistema formal de salud, estos practicantes au-

. . .

tóctonos pueden transformarse en importantes aliados en la organización de medidas para conseguir la salud de la comunidad. Ciertas comunidades podrán escogerlos como - agentes de salud de la comunidad. Luego, vale la pena - explorar las posibilidades de hacerlos participar de los cuidados primarios de salud y proporcionarles un entrenamiento apropiado".

Utilización del equipo de salud

La Medicina Comunitaria exige una nueva composición instrumental de recursos humanos, coherente con - el nuevo modelo y capaz de reducir los costos de personal a través de la redistribución del trabajo médico por diversos tipos de profesionales de la salud.

El nuevo paradigma exige, además, cambios en - la formación y capacitación de recursos humanos que permitan superar las distorsiones y las inadecuaciones del proceso educacional de la Medicina Científica. Para eso, se propone la integración docente-asistencial, unión de esfuerzos en un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios, en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y de enseñanza.

Participación Comunitaria

Uno de los elementos estructurales de mayor peso relativo en la medicina comunitaria es el de la participación comunitaria, mereciendo así una recomendación especial de la conferencia de Alma Alta, al señalar que: - "se recomienda que los gobiernos incentiven y aseguren la plena participación de la comunidad por medio de la efectiva divulgación de la información pertinente, de la creciente alfabetización y del desarrollo de los necesarios instrumentos institucionales que posibiliten a los individuos, las familias y a las comunidades, asumir la responsabilidad para la salud y bienestar.

Pero debe tenerse cuidado ya que en el campo de la odontología, en donde la simplificación no está exenta de ser aprovechada por el sistema que se critica, sea fortaleciendo el carácter monopolista de la odontología, sea ampliando las posibilidades de mercantilización profesional.

Tal posibilidad no elimina el hecho de que ese nuevo paradigma constituye un campo de trabajo valioso, - dado que en la dinámica de su operacionalización y en el desarrollo real de sus contradicciones, representa un espacio abierto en donde se pueden movilizar los actores - sociales interesados en una modificación de la práctica odontológica.

Los elementos estructurales de la medicina co-

munitaria, al manifestarse en el campo odontológico, generan un nuevo modelo de práctica: la odontología comunitaria u odontología simplificada.

Ese nuevo paradigma-odontología simplificada - puede ser definido, con base en sus elementos estructurales, como la práctica odontológica caracterizada por la naturaleza colectiva de su objeto, por la utilización de trabajo en equipo odontológico con amplia redistribución de funciones envolviendo personal técnico y auxiliar, por la destecnificación excesiva del acto odontológico a través del uso de tecnología apropiada, por la integración de las actividades preventivas, promocionales y curativas por la jerarquización de los servicios con universalización de los cuidados primarios, por la inclusión de prácticas odontológicas alternativas y por la participación comunitaria.

Debe resaltarse que la odontología simplificada coloca dos conceptos claves: la simplificación y la desmonopolización.

La simplificación de la odontología implica la eliminación de lo sofisticado, de lo superfluo, innecesario, la disminución de elementos y pasos, sin que se afecte la calidad del acto odontológico, juntamente con la reflexión crítica de toda la práctica odontológica.

La simplificación contiene algunos elementos esenciales que son:

- a) Énfasis en la prevención
- b) Disminución de pasos sin bajar la calidad
- c) Eficacia a través de la eficiencia
- d) Estandarización y
- e) Desarrollo tecnológico

La simplificación debe llevar a una re-elaboración teórico-práctica de la odontología en sus relaciones con las actividades de docencia, investigación y servicios.

El otro concepto relacionado con la odontología simplificada, es el de desmonopolización, que pretende la superación del monopolio profesional, representado por la profesión organizada y por la industria odontológica, a través de la redistribución de los conocimientos científicos y tecnológicos y del beneficio de la atención odontológica.

Sin embargo, la desmonopolización de la odontología no debe ser entendida como la imposición o delegación lineal y unidireccional del conocimiento odontológico a la población, sino como un nuevo conocimiento que surge dialécticamente de la confrontación de los discursos odontológicos, oficial y popular, o sea, como el discurso orgánico de la odontología.

Existen varias evidencias de que el discurso odontológico popular es bastante rico y que las representaciones de salud bucal de las poblaciones de baja renta son bastante avanzadas.

d) Algo más sobre simplificación y desmonopolización en estomatología

El empleo de distintos tipos de recursos humanos para la atención de la salud, ha constituido un hecho desde el surgimiento de las prácticas materiales en este campo. Esto ocurrió no solo en los primeros años de la existencia del hombre, sino aún se observa como una rutina tanto en la sociedad contemporánea como también en las sociedades primitivas que aún prevalecen, dándose en cada una de ellas con características particulares. Al presente, algunos servicios privados o institucionales, en menor o mayor grado, han estado incorporando a su personal otros recursos humanos diferentes al "odontólogo", no sólo para otorgarle ayuda indirecta, sino con frecuencia para hacerlo más directamente cerca del "sillón odontológico" ("cama clínica estomatológica") y algunas veces, llegando a realizar acciones clínicas en los dientes y boca e incluso, estos últimos recursos humanos, también ayudados, a su vez, de otros tipos de personal en este campo. En los últimos años, han surgido servicios que trabajan empleando equipos de recursos humanos estomatológicos llamados de "diferentes niveles", de acuerdo a su capacidad y habilidad para otorgar directamente grados cada vez más complejos e integrales de atención para la salud estomatológica.

Todo este proceso, inicialmente dado empíricamente, fué posteriormente objeto de atención especial y dentro de ello, sometida en parte a estudios experimentales y a un proceso continuo de teoría-práctica los cuales fueron

ofreciendo mejor aval objetivo para apoyar los conceptos básicos de la antropometría, de la ergonomía y otras áreas del saber, sirvieron de fuente valiosa de insumos teóricos - metodológicos para fortalecer la necesidad y conveniencia del empleo de otros recursos humanos en el quehacer clínico de la estomatología y hacerla realmente beneficiosa para la sociedad total, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Como parte de este proceso constante de transformación que ha ido experimentando la estomatología, haciendo referencia especial a América Latina, se fué constatando la necesidad de verificar también los insumos físicos - empleados por ella, además de hacerlo con los recursos humanos y las técnicas y procedimientos y demás elementos que intervienen en su práctica.

Fueron, sin duda, las actividades académicas llevadas a cabo en la realidad concreta de los países de este continente (en muchos lugares denominadas "experiencias extramurales") que conformaron las currículas de estudios, - las que permitieron percibir claramente que la estomatología debía ser motivo de transformación sustancial y como parte de ello, someter a una contrastación la ya existente, para recrear cada uno de sus elementos, haciendo que ellos se orienten en una mejor aproximación a la ecología de cada entorno ("orientación ecológica"). Estas actividades académicas que enfocan a la "nación como la universidad", - fueron permitiendo comprobar que la estomatología debería nutrirse con una tecnología diferente, enfocar procesos --

distintos, tomar en consideración las características del contexto donde ellos se dan y deben ser resueltos y para ello, que requeriría de un conjunto de elementos físicos (ambientes, equipos, instrumentos y otros) diferentes o en arreglos y manejados en forma distinta a como se hacía entonces.

Una de las primeras hipótesis planteadas al respecto fué la de que los insumos físicos proporcionados por una industria foránea, que desconoce la realidad nacional y que está fundamentalmente involucrada en el lucro y no en la solución de los problemas sociales de salud, no eran los apropiados para mejorar las condiciones pertinentes de los grandes sectores de la sociedad de América Latina e incluso, se llegó a sospechar surgieron así una nueva hipótesis, de que tal como se plantea y se da la odontología en la práctica por esas condiciones, en lugar de favorecer, obstaculiza la consecución de los objetivos aparentemente aceptados como suyos por la estomatología contemporánea.

La simplificación en estomatología (24)

Fué a partir de ese hallazgo, aceptado anteriormente empíricamente, que se concluyó en la necesidad de estudiar y ofrecer alternativas a este desafío. En primera instancia, fué claro que se estaba ante elementos complejos y "sofisticados", es decir, apearados de componentes innecesarios y de otros que ocultan sutilmente su simplicidad y lo innecesario de algunas de sus partes. A --

partir de ello, se dió la tarea de resolver científicamente esta situación, haciendo inicialmente un análisis crítico de los insumos y su producto el servicio, recreando muchos de sus aspectos, surgiendo, como consecuencia, todo un marco teórico y una práctica que hoy se denomina de la "simplificación en estomatología", como un contrario de aquella "estomatología compleja y sofisticada", entregada por los centros formadores de recursos humanos estomatológicos, con el auxilio, no siempre desinteresado, de los fabricantes de equipos e instrumentos y diseñadores de sus respectivas técnicas, que en su esencia, contribuye a apuntalar la dependencia que ha mantenido la estomatología hasta nuestros días.

La "simplificación" surge y comienza a darse así, no solo en equipo e instrumentos, sino también en ambientes físicos para el trabajo estomatológico, en las técnicas y procedimientos empleados e incluso en los recursos humanos, proceso que tiene lugar paulatinamente, no sin tropezar constantemente con posiciones torcidas dentro y fuera de los representantes de la estomatología del presente.

Si siguiendo ese orden de ideas, la "simplificación" ha sido objeto de varios estudios y publicaciones y basados en ellas, podría conceptualizarse en la forma siguiente:

"LA SIMPLIFICACION EN ESTOMATOLOGIA" constituye un proceso de crítica y creatividad, destinado a liberar

a los recursos humanos, ambientales físicos, acciones, técnicas y procedimientos e implementos que intervienen en la práctica de la estomatología actual, de componentes - y/o pasos innecesarios y ocultos, que la hacen dificultosa, ineficaz e inalcanzable por la mayoría de la población y por lo tanto, de reducido beneficio social, permitiendo entrar en contacto de los grupos sociales mayoritarios y conjuntamente con ellos recrear y hacer a la estomatología orgánica a sus intereses.

Como parte de este quehacer, se dieron varios - proyectos prácticos, de los cuales se fueron derivando - nuevos y mejores elementos teórico-metodológicos para nutrir a la "simplificación", incrementados al ir contrastando con una realidad concreta lo existente; lo propuesto y los nuevos hallazgos surgidos de todo ello.

La desmonopolización en estomatología

El proceso de formulación teórica y de realización práctica de la "simplificación en estomatología", fué determinado que había necesidad de implementar otros fenómenos, siendo uno de los más importantes el de lograr que otros tipos de recursos humanos adquirieran, comprendieran y dominaran conocimientos y tecnología estomatológicas, consistente inicialmente en acciones que no requieren de extensos estudios formales para ser efectuados satisfactoriamente, pero que, simultáneamente, van liberando al estomatólogo de un quehacer rutinario, repetitivo y fundamentalmente tecnológico, que le permite dedicar mayor y mejor atención a un área no cubierta satisfactoria-

mente al presente, la referente a la "estomatología" como un todo, implementándose así un importante postulado planteado anteriormente consiste en la necesidad de hacer un "viraje de la odontología (diente) hacia la estomatología (aparato estomatológico)".

Como parte de esto, surge evidencia que conduce a aceptar como válida la hipótesis de que existe un "monopolio" por parte de la odontología, no solo en cuanto se refiere al dominio de conocimientos científicos y tecnología, sino también en lo que atañe a los que se benefician de su quehacer; es decir, que existe también un monopolio del beneficio del producto de la práctica estomatológica. Esto, por su naturaleza y resultados, casi siempre ocultos o desconocidos para la propia estomatología, se comprueba que se constituye en obstáculos para alcanzar a mayores segmentos de la población y para otorgarles una atención de mejor calidad para la salud.

Ante el comprobado "monopolio" del conocimiento, tecnología y servicios odontológicos, deviene, en consecuencia, su contrario, la "desmonopolización", que tomando las ideas ofrecidas al respecto por quienes la han considerado, podría conceptualizarse como sigue:

DESMONOPOLIZACION EN ESTOMATOLOGIA, consiste en un proceso mediante el cual el conocimiento y tecnología estomatológicos, socialmente acumulados y apropiados por determinados grupos sociales, son tomados, comprendidos, criticados y llevados a la práctica concreta en forma sa-

tisfactoria, por grupos de personas orgánicas a la mayoría de la población, que adquieren esos conocimientos y desarrollan la capacidad pertinente sin importar su formación escolarizada, beneficiando con su trabajo progresivamente a más numerosos segmentos de la sociedad con servicios de impacto positivo para su "salud estomatológica".

La transferencia en estomatología

La dinámica propia de este fenómeno, produce la necesidad de desarrollar otro complementario, destinado a implementar la desmonopolización, que a su vez es viable por la simplificación consistente en la "transferencia", entendida en su acepción correcta y como negadora a la llamada "delegación". Esta se conceptualiza como sigue:

La transferencia en estomatología consiste en un trabajo que incluye acciones manuales e intelectuales, - que implementa la desmonopolización facilitada por la simplificación, mediante el cual el llamado discurso estomatológico "científico", compuesto por conocimientos y técnicas, es recuperado y adquirido por grupos de la población, que luego de comprenderlo y contrastarlo con su propio discurso estomatológico, producen, mediante un proceso de recreación, uno diferente, orgánico a la población total y que tiene como propósito esencial servir a toda ella.

R E S U M E N

La odontología ha implementado en México con conceptos, instrumentos y técnicas, ya que se ha tenido la creencia de que haciendo lo expresado se puede alcanzar los tipos y características de atención odontológicas que se prevén en otros países considerados como más desarrollados, los que al parecer se acepta también que producen "buenos niveles de salud" en sus poblaciones.

En los últimos años la crisis económica ha aumentado considerablemente en todos los campos, la odontología no ha sido ninguna excepción derivado de lo antes mencionado, se dice que si bien mundialmente hay abundante producción de conocimientos científicos y tecnológicos en odontología habrá también un crecimiento acelerado de la población.

Una apreciación global de la realidad actual, muestra un panorama en donde las circunstancias político-sociales desempeñan un papel fundamental en cada una de las entidades federativas. Un cambio radical a experimentar podría significar una importante fuente de trabajo futuro y enseñanza-aprendizaje, logrando una práctica profesional dirigida a solventar los problemas epidemiológicos estomatológicos de las clases sociales y diferentes grupos de edad de las distintas áreas de desarrollo. Nadie sabe cuanto le cuesta a México los padecimientos orales de sus habitantes, ni los problemas gástricos y la malnutrición que de una mala salud oral se derivan.

. . .

El número de odontólogos por habitante es bastante bajo y con este personal no es posible que podamos atacar a fondo los problemas de salud oral. Un verdadero juicio de la calidad de la atención odontológica en México es imposible proporcionarlo, aunque está haciendo todo lo posible. De tal forma que el recurso humano en odontología no comprende la magnitud de los problemas que se va a resolver, el papel social que debe jugar, los múltiples factores que interfieren en el proceso de la enfermedad oral, el concepto amplio de la prevención y la necesidad de formar equipos de trabajo con personal auxiliar, por lo que poco es su contribución para mejorar considerablemente la salud oral de la población mexicana. La ineficiencia, la ineficacia y la desigualdad, construyen un modelo de medicina elitizado que no consigue una cobertura significativa de la población y por eso es, crecientemente, cuestionado hasta agotarse en forma pura, para dar lugar a un nuevo paradigma, el de la medicina comunitaria, medicina social o medicina alternativa. Estos elementos, suscitadamente referidos, caracterizan la crisis del modelo de la odontología científica.

El cambio en la producción de servicios odontológicos en América Latina ha estado, está y estará condicionado a los movimientos políticos e ideológicos que establecen las relaciones entre la odontología y la sociedad en la cual está inmersa.

Al contrario de la medicina científica, la medicina comunitaria procura incorporar las formas alternati-

vas, académicas y populares, de medicina, a fin de que se pueda volver más eficaz y eficiente.

La medicina comunitaria exige una nueva composición instrumental de recursos humanos, coherente con el nuevo modelo y capaz de reducir los costos de persona a través de la redistribución del trabajo médico por diversos tipos de profesionales de la salud. Uno de los elementos estructurales de mayor peso relativo en la medicina comunitaria es el de la participación comunitaria.

Pero debe tenerse cuidado ya que en el campo de la odontología, en donde la simplificación no está exenta de ser aprovechada por el sistema que se critica sea fortaleciendo el carácter monopolista de la odontología, sea ampliando las posibilidades de mercantilización profesional.

Los elementos estructurales de la medicina comunitaria, al manifestarse en el campo odontológico generan un nuevo modelo de práctica: la odontología comunitaria u odontología simplificada.

Debe resaltarse que la odontología simplificada coloca los conceptos claves: la simplificación y la desmonopolización.

La necesidad y conveniencia del empleo de otros recursos humanos en el quehacer clínico de la estomatología y hacerla realmente beneficiosa para la sociedad total tanto cuantitativa y cualitativamente.

. . .

Como parte de este proceso constante de transformación que ha ido experimentando la estomatología, haciendo referencia especial a América Latina, se fué constatando la necesidad de verificar también los insumos físicos - empleados por ella. Además de hacerlo con los recursos humanos y las técnicas y procedimientos y demás elementos - que intervienen en su práctica.

Como parte de este quehacer, se dieron varios - proyectos prácticos, de los cuales se fueron derivando nuevos y mejores elementos teórico-metodológicos para nutrir a la "simplificación", incrementados al ir contrastados - con una realidad concreta lo existente, lo propuesto y los nuevos hallazgos surgidos de todo ello.

Ante el comprobado monopolio del crecimiento, - tecnología y servicios odontológicos, deviene en consecuencia, su contrario, la desmonopolización, la cual consiste en un proceso mediante el cual el conocimiento y tecnología estomatológicos, socialmente acumulados y apropiados - por determinados grupos sociales, son tomados, comprendidos, criticados y llevados a la práctica en forma satisfactoria beneficiando con su trabajo progresivamente a más numerosos segmentos de la sociedad con servicios de impacto positivos para su salud estomatológica.

La necesidad de desarrollar otro complementario, destinado a implementar la desmonopolización que a su vez es viabilizada por la simplificación consiste en la transferencia estomatológica la cual consiste en un trabajo que incluye acciones manuales e intelectuales, que implementa la desmonopolización facilitada por la simplificación.

PROPUESTA

En base a los estudios realizados por diferentes instituciones acerca de la mortalidad bucal en escolares, las conclusiones obtenidas muestran elevados porcentajes de caries dental y de higiene bucal defectuosa tanto en la dentición primaria como en la permanente.

Por las características que tienen estos hallazgos, dichas enfermedades pasan a ser problemas de salud pública, pero aún así las instituciones de salud no han definido una política de salud bucal, pese a tener las evidencias, no solo del daño a la salud (bucal y general) sino de la demanda de atención y el costo de los servicios.

La atención odontológica, en general, se ha caracterizado por ser individualizada, repetitiva, lenta, aislada, costosa, mutilante y desintegrada por parte del equipo de salud. Todo lo anterior ha empezado a tener modificaciones con la implementación de modelos de atención innovadora, tales como los de la Secretaría de Salud tiene en el Estado de México, en Cd. Guadalupe, N.L., y en el Distrito Federal. El primero delega funciones en personal técnico clínico (módulo odontopediátrico de Cd. Nezahualcoyotl) y los dos últimos bajo el modelo de atención de odontología familiar. Asimismo destacan los trabajos que se vienen haciendo en la unidad Ignacio Chávez del ICSSE.

El objeto de la propuesta es presentar un modelo de atención a la salud bucal de tipo integral, como una opción para su implementación en modelos de servicio priva

no. Para dicha propuesta se trata del concepto de salud bucal entendida como la suma de todos los factores sociales, culturales, políticos, económicos que permitan una mayor permanencia dentaria en los individuos de una comunidad y en especial de sus conceptos y actitudes sobre la salud general y bucal y el mantenimiento de la misma, sus recursos de nutrición, higiene y prevención ambiental, y de sus recursos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la cavidad oral.

La odontología familiar es la organización de recursos y actitudes para conservar la salud, a través de educación a los integrantes de la familia, en donde son importantes la aplicación de medidas preventivas y la rehabilitación del aparato estomatognático, es importante que en los diferentes niveles de atención, incluyendo a la propia comunidad, se disponga de la información mínima indispensable que oriente a cualquier persona a conservar la salud bucal o a demandar atención odontológica.

La planeación de los modelos de servicio con prácticas odontológicas alternativas deben tomar en cuenta:

- La accesibilidad geográfica para prestar servicios a la población de asentamientos dispersos a través de recursos humanos odontológicos en formación, empleando equipo simplificado, material e instrumental convencional y uso de técnicas operatorias sencillas.

- Accesibilidad temporal, la atención a la salud será de carácter temporal en virtud de la capacidad de ofertar un tipo de servicio específico de carácter continuo y la disponibilidad de la población para acceder a los servicios.
- El factor cultural, a pesar de que los patrones culturales tienen estrecha vinculación con las afecciones bucodentales, es posible plantear y ejecutar programas de concientización a la población, con el propósito de racionalizar el consumo de productos nocivos para la salud bucal, tales como los hidratos de carbono.

Enfasis en el modelo de atención en base a:

- La prevención y educación para la salud.
- Identificación de riesgo.
- Distribución de cargo de trabajo ya que son los padres los promotores y otro personal de salud quienes deben asumir las responsabilidades de orientar especialmente de los escolares.
- Educación para la salud. Las acciones educativas deben estar dirigidas a todos los grupos de la población. Los temas deberán ser principalmente aquellos que "benefician a la nutrición", cuidando mucho de contextualizar el contenido, de manera, que las recomendaciones para adquirir los alimentos estén siempre al alcance de la población. También es importante señalar la relación de la enfermedad con el resto del organismo.

Los temas no solamente serán aquellos que informen de la prevención de enfermedades orales, sino otros - que puedan motivar la crítica y autocrítica en la familia.

- . Trabajo comunitario y visitas domiciliarias.
- . Tareas asistenciales.

Rango de servicios.

- . Definición de actividades y programas. Con el fin de - que sean más eficaces, de mayor beneficio, no debe olvidarse que un programa preventivo es mejor que el asistencial pero no por eso deben descuidarse los otros programas.
- . Innovación para introducir un espectro de posibilidades de trabajo en distintas áreas (desmonopolización del conocimiento) con énfasis en atención primaria dirigida a la familia.

CONCLUSIONES

1. La salud bucodental se ha convertido en una necesidad para el bienestar del hombre por el cual es necesario dar a conocer, por lo menos a través de una revisión bibliográfica y encuestas, la situación actual de los problemas de salud bucal así como el desarrollo de la práctica odontológica.
 2. Mientras la práctica estomatológica no resuelva en forma más económica los diferentes problemas que le competen no podrá aportar significativamente los conocimientos que poseen hoy en esta área para el bienestar de las mayorías.
 3. El costo de la infraestructura necesaria para entrenar y emplear a los profesionistas de la salud bucodental es alto y en algunos países retrasa las posibilidades educacionales y financieras.
 4. La práctica odontológica tiene un alto costo y baja cobertura, lo que significa la manifestación en el campo odontológico, de la crisis de la medicina científica.
 5. La simplificación de la odontología implica la eliminación de lo sofisticado, de lo superfluo, innecesario, la disminución de elementos y pasos, sin que se afecte la calidad del acto odontológico, justamente con la reflexión crítica de toda la práctica odontológica.
- . . .

6. La simplificación en estomatología constituye un proceso de crítica y creatividad, destinada a liberar a los recursos humanos, ambientes físicos, acciones, técnicas y procedimientos e implementos que intervieran en la práctica de la estomatología actual.
7. La desmonopolización significa un instrumento por parte del odontólogo para mercantilizar aún más a la odontología al existir la posibilidad de que otros recursos humanos le sirvan para montar sistemas de atención odontológica.
8. La transferencia es el proceso mediante el cual el odontólogo adquiere conocimientos y tecnología y no debe confundirse con la desmonopolización ya que la transferencia implementa a ésta y tiene estrecha relación con la simplificación.
9. El nuevo médico latinoamericano deberá ser una persona que conozca más de enfermedades infecciosas y menos de enfermedades degenerativas; que sepa más de epidemiología y de promoción de la salud comunitaria y menos de anatomía y fisiología.
10. Mientras la práctica estomatológica no resuelva en forma más económica los diferentes problemas que le conciernen no podrá aportar significativamente los conocimientos que poseen hoy en esta área para el bienestar de las mayorías.

B I B L I O G R A F I A

1. Araujo Contreras, T. "La formación de recursos humanos estomatológicos para la práctica institucional", tema libre presentado en la XXXVII reunión anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, Guanajuato, Gto., - 1983.
2. Dirección general de epidemiología "Información epidemiológica sobre caries dental", Resumen, 1983.
3. Araujo Contreras T., "Organización de recursos para la salud estomatológica en las Universidades", Rev. Práctica Odontológica, Vol. 5 núm. 6 mes Julio año 1984.
4. Arango de la C.A. "El papel de la odontología innovadora en las instituciones de salud", Rev. Práctica Odontológica, Vol. 5 núm. 6 mes Julio año 1984.
5. Sheiban, A. "Sugars and dental decay", lancet, I. 282-284, 1983.
6. Acosta Gío E. "La caries dental como problema de salud pública", Rev. Práctica Odontológica, Vol. 7 núm. 8 - mes agosto año 1986.
7. Lappe, P.M. Collins, J. Food First: "The myth of Scarcity, london, Soovenir press", 1980.
8. McGovern Report, "T.V. Advertising of food to children" (Hearings before the U.S. semates selected comitee on nutrition and human needs), Washington D.C., U.S. - - Printing Office, 1973.
9. Day, C.B. Marshall and Quigley L.F. "Periodontal disease: "Prevalence and incidence", J. Periodontal 26, - 185-203, 1975.

10. Sánchez Pérez, L. "Caries dental en el sur del D.F.", Rev. Práctica Odontológica, Vol. 3 núm. 2 mes octubre año 1987.
11. Russell, A.L. "Estudio epidemiológico sobre las características del parodonto en una población urbana", G. Periodontal 28: 286-293, 1957.
12. Carrillo Martínez, Zermeño Ibarra "Incidencia y prevalencia de las enfermedades parodontales", Rev. ADM - XLIII/4 julio-agosto año 1986, n. 4.
13. Hernández Pereyra R. "Panorama de la salud en México, la odontología", Universidad de Yucatán, Mérida 1975.
14. Kuhn, J.C.A. "Estructura de las revoluciones científicas", San Paulo, perspectivas 1975 (p. 13).
15. Vilaca Méndez E. "La producción de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina", ponencia presentada en la I Conferencia UDUAL St. Domingo, E.D. Oct. 1980.
16. Ibid.
17. Cardoso, P.H. e Faletto "Dependencia y deservoltura - de América Latina", Río de Janeiro, Zahat 1970.
18. Op. cit. 15.
19. Foncault, M. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", educ. med. y salud. 10: 152-70, 1976.
20. Op. cit. 15.
21. Bjon, A. et al marginal first of reestartations and - ist relation periodontal bone level. Odontologisk rev. port II 21 337-46, 1970.

22. Silva Olivares H. "Curso de prótesis simplificada", - Belo Horizonte, 1980.
23. Silva Olivares H. "El cambio en la producción de recursos odontológicos en América Latina", rev. Cerón vol.- 6 No.17, abril 1981.
24. Otto R. Menéndez "Simplificación y desmonopolización - en estomatología; Aspectos históricos y conceptualización", material de apoyo programa seminario de integración, ENEP Zaragoza.
25. Acorden J. y Héctor S. "Las categorías monopolio y desmonopolización en estomatología" rev. acta odontológica venezolana año XVIII Caracas No.3, mes septiembre - diciembre 1980.
26. Beltrán R. "Calidad, costo, cobertura; metas de la - odontología social", rev. Práctica Odontológica vol. 3 No.3, mes mayo-junio año 1982.
27. Contreras Machado A. "Proyecto de educación media diversificada y profesional", rev. acta odontológica venezolana año XIX Caracas No.12, mes enero-agosto año - 1981.
28. Cordón Jorge A. "Análisis histórico en América Latina", ponencia presentada en el taller de recursos odontológicos en Puerto Plata, República Dominicana, mes noviembre-diciembre año 1981.
29. Delgado Méndez L. "Estado actual perspectivas de la organización científica del trabajo en la atención estomatológica", vol. 23 No. 1, mes enero-abril año 1986.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

30. Delgado Méndez L. "Los servicios estomatológicos en el sistema de salud en Cuba", rev. Cubana de estomatología, vol. 21 No. 3, mes septiembre-diciembre año 1984.
31. Febres Cordero F. "De nuevo acerca de desmonopolización y transferencia en odontología", rev. odontología venezolana año XIX Caracas No.1,2, mes enero-agosto - año 1981.
32. Jarrin M. "La práctica odontológica y la estructura socioeconómica", ponencia presentada en el taller de recursos odontológicos en Puerto Plata, República Dominicana, mes noviembre-diciembre año 1981.
33. Miranda F. "De odontología a estomatología", rev. práctica odontológica vol. 7 No.3, mes marzo año 1986.
34. Méndez Ottón. "Simplificación y desmonopolización en odontología su significación social", rev. Cerón No. 4 mes agosto año 1979. Caracas, Venezuela.
35. Payane G. Carlos "El imperialismo, las prácticas médicas odontológicas institucionales", rev. acta clínica odontológica, vol.6 No.12, año 1983.
36. Pereyra Sergio "Tecnología apropiada en odontología, problemas y soluciones", ponencia presentada en el simposio sobre las técnicas apropiadas para la salud, de la O.P.S. Washington D.C., EE.UU., mes octubre año 1980.
37. Saturno Jesús "La odontología en el contexto social venezolano (1808-1979); premio Amfeo investigación odontológica 1980, año XIX Caracas No.12, mes enero-agosto año 1981.

38. Stein Gumorra E., Dra. Huerta Méndez Nat., Dra. Bonilla Rodríguez A. "Estudio de la prevalencia de enfermedad periodontal y caries en una población infantil de 3 a 13 años", rev. A.D.M. vol. XXXVIII No.4, mes - julio-agosto año 1982.
39. Saturno Carmelon J. "Hacia una historia social de la odontología Latinoamericana", ponencia presentada en el taller de recursos odontológicos en Puerto Plata, República Dominicana, mes noviembre-diciembre año - 1981.
40. Silva Olivares Néctor "Simplificación y desmonopolización odontológica", rev. Cerón No.1, mes noviembre año 1981.