

13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

VALORACION DE LA APLICACION DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y PREVENTIVOS PARA LA SALUD COMUNITARIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA PRIVADA. EN ALGUNAS ZONAS DEL DISTRITO FEDERAL EN EL AÑO DE 1999.



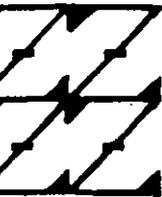
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
LOPEZ SALVADOR GABRIELA
RODRIGUEZ ESTRADA MARIA ELENA

201623

DIRECTOR: C.D. JUAN DE DIOS ORTIZ MEDINA

UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO
EJE
NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D.F.

DICIEMBRE 2000



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

***Por el apoyo que brinda a sus facultades
Periféricas . En la formación de
profesionistas cada vez mejores
al servicio de su país.***

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

***Por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad
de ser mejores seres humanos para la sociedad
y retribuir al país con trabajo, dedicación y
el orgullo de ser egresado Zaragozano.***

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

***Por el apoyo que brinda a sus facultades
Periféricas . En la formación de
profesionistas cada vez mejores
al servicio de su país.***

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

***Por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad
de ser mejores seres humanos para la sociedad
y retribuir al país con trabajo, dedicación y
el orgullo de ser egresado Zaragozano.***

A NUESTROS PROFESORES

***Gracias por sus conocimientos
y darnos las herramientas
necesarias para nuestra
formación profesional.***

AL JURADO

C.D. Juan de dios Ortiz Medina

A.C. Elsa Silvia Morales Rios

C.D. Laura M° del Carmen Arias Vera

C.D. M° Gloria Bucio Bucio

C.D. M° del socorro Álvarez Martínez

***Gracias por formar parte en la culminación
de nuestra carrera y poder obtener el título
De Cirujano Dentista***

A NUESTRO ASESOR

C.D. JUAN DE DIOS ORTIZ MEDINA

***Por el apoyo técnico, científico y moral
a la realización de esta tesis, puesto que sin el
no se hubiera logrado llegar al término
de este proyecto y por los consejos brindados
para una mejor realización de nuestra práctica
profesional.***

GRACIAS

ÍNDICE

Introducción.....	1
Justificación	2
Planteamiento del Problema	3
Marco Teórico	5
Antecedentes del Proceso Salud-Enfermedad	5
Concepto de Salud y Enfermedad	7
Economía y Desarrollo Económico Social	9
La Salud Producto del Desarrollo Social	11
Sistemas de Atención para la Salud en México	16
Educación para la Salud en Odontología	20
La Salud Pública	23
Educación para la Salud	24
Tipos de Educación	26
Modelos Educativos	27
Atención Primaria de Salud	30
Antecedentes Históricos de la Carrera de Cirujano Dentista	30
Perfil Profesional del Egresado	38
Estructuración de un Plan de Estudios	39
Fundamentos Psicológicos en la Formación del Cirujano Dentista	46

Objetivos	53
Objetivos Específicos	54
Hipótesis	55
Diseño Metodológico	56
Recursos	57
Cronograma de Actividades	59
Presentación de Resultados	60
Conclusiones	121
Propuestas	123
ANEXOS	124
Bibliografía	147

INTRODUCCIÓN

En México aproximadamente el 70% de los cirujanos dentistas titulados tiende a realizar una práctica profesional privada, y es insatisfactoria en términos de cobertura e inaccesible para más de 14 millones de mexicanos que no cuentan con los recursos necesarios para costear este tipo de práctica profesional. La mayoría de estos profesionales consideran la carrera de cirujano dentista como una actividad meramente clínica y mercantilista, no tomando en cuenta su entorno social en el cual se desenvuelve su práctica profesional privada. Adoptando únicamente una actitud frente a la demanda.

Como cirujano dentista de la nueva generación vemos la necesidad de rescatar la odontología social (comunitaria) en las instituciones en la que se imparte e implementarla en las que no se lleva. Para esto contamos con el apoyo de los alumnos y profesores de la carrera de cirujano dentista que participaron en la valoración, observando en estos diversos conceptos desiguales para este término (odontología social-comunitaria) y que durante el transcurso de este trabajo se vera.

A su vez es un factor importante la gran influencia que puedan tener los profesores que imparten la odontología social (comunitaria), hacia sus alumnos y la capacidad que tengan estos de desarrollarla o no, ya que será una base importante para su formación profesional.

También se abordó a los cirujanos dentistas de práctica privada para valorar si realizaban programas educativos y preventivos para la salud bucal de la población, así como a la población que acude a la práctica privada para cuestionarla acerca de su participación a dichos programas, todo esto para un cambio favorable a su salud y economía.

Y sobre todo se trata de destacar la importancia que tiene la odontología social (comunitaria) como base fundamental del diagnóstico y programación de actividades encaminadas a brindar un beneficio de salud bucal a la población y por que no del mismo cirujano dentista de práctica privada.

JUSTIFICACIÓN

La carrera de Cirujano Dentista a través de su evolución histórica aparece en sus inicios como una rama de la medicina científicista y flexneriana dando como resultado una práctica elitista, curativa, rehabilitatoria y de un alto costo, caracterizándola por tener un enfoque individualista ya que elige como objeto de atención y estudio al individuo, excluyéndolo de su entorno social.

En base a estudios epidemiológicos realizados en México el 90% de la población presenta lesiones cariosas así como parodontopatías, maloclusiones, entre otros. Aunado a este problema la economía de la población no les permite solucionar sus problemas de salud incluyendo las bucales, aun contando con los sistemas de atención de salud que sólo son dirigidos a una tercera parte de la población dejando sin atención al resto de ellos que tendrá que acudir a una práctica privada costosa y por ende fuera de su alcance, sin saber que la educación para la salud sería la solución a sus problemas.

Para que esta solución se de es necesario que haya un cambio en el seno mismo de las Instituciones que imparten la carrera de Cirujano Dentista, considerando que la Odontología Social (Comunitaria) es una materia importante para formar profesionistas de la salud, ya que dentro de la práctica odontológica hay que tomar en cuenta las determinantes tanto educativas, económicas, sociales y políticas de una población, ya que el mundo va cambiando, y con el ha de variar para mejorar los planes de estudio y estos a su vez estén en un constante cambio, continuo, dinámico y sin fin, para así satisfacer las nuevas necesidades de la población.

El pie de página se localizara por orden alfabético .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La manera de entender, explicar y resolver el problema de salud y enfermedad obedece a procesos económicos, históricos y sociales; aunado a esto la práctica médica es una parte dinámica de la formación socioeconómica y encuentra su explicación dentro de este proceso, es decir, son hechos históricos y sociales que no pueden ser desligados del proceso histórico social.

El campo de la medicina como de la odontología, así como del problema salud-enfermedad sea convertido en el objeto de estudio muy rico para la sociología, porque tanto la concepción de este fenómeno como de la respuesta que provoca depende estrechamente de las características de la sociedad, pero también es cierto que la salud incide en alguna medida sobre las variables económicas, formación profesional odontológica, ubicación geográfica de los consultorios odontológicos así como la actitud que adquiere el profesional. Sobre todo por que afecta la disponibilidad de invertir y así lograr cierto nivel de salud.

Durante los años 80's el gasto social continuo disminuyendo sensiblemente, esto refleja que el nivel de cobertura por parte del sector salud no contara con presupuesto suficiente para cubrir la solicitud de salud en el área estomatológica.

La situación socioeconómica de los habitantes en México hace necesario que la formación de los cirujanos dentistas conociendo esta problemática, asuman su participación en la solución de los problemas de salud como un enfoque de prevención adquiriendo conocimientos y realización de educación para la salud y como influye está en la población, dado que en estos momentos la carrera de cirujano dentista se ve involucrada y caracterizada en sus inicios por la subordinación de las escuelas de medicina, adoptando un modelo flexneriano en sus planes y programas de estudio con un contenido biomédico básico a la enfermedad, una práctica elitista, de alto costo y de carácter curativo y rehabilitatorio.

Es cierto que México afronta una gran problemática en cuanto a salud bucal se refiere ya que este se ve reflejado por su formación profesional y la actitud que adquiere el cirujano dentista, así como la desigualdad tan marcada en cuanto a la ubicación geográfica de los consultorios odontológicos que se establecen en las grandes ciudades dejando desprovisto a las comunidades marginadas.

Por todo lo anterior nos planteamos el siguiente problema:

¿ Son la formación profesional odontológica, el nivel económico de la población, la actitud que adquiere el cirujano dentista y la ubicación geográfica de los consultorios odontológicos, factores para que se de o no la educación para la salud así como prevención a nivel comunitario en la práctica privada en algunas zonas del Distrito Federal en el año de 1999?.

MARCO TEÓRICO

La manera de entender, explicar y resolver la salud y la enfermedad obedece a procesos económicos, históricos y sociales, aunado a esto, la práctica médica es una parte dinámica y encuentra su explicación dentro de este proceso, es decir, son hechos históricos y sociales que no pueden ser desligados del proceso histórico general aunque guarde cierta autonomía relativamente frente a el teniendo en cuenta que la historia de los conceptos y prácticas de salud nos permite identificar tendencias que surgen, crecen y desaparecen, luego resurgen de manera diferente, en ese sentido podemos dividir la historia de la medicina occidental en tres épocas, la era premicrobiana, la era microbiana y lo pos microbiana, utilizando como eje lo que se ha atribuido como causa de enfermedad.

La era premicrobiana también se podría decir que corresponde a la etapa preindustrial y agrícola. Tenemos entonces que en una sociedad teocrática o en una sociedad que tiene como punto de apoyo importante para la interpretación de su realidad, el aspecto mágico o el religioso.

* ..Hace 2 500 años, Hipócrates planteaba su teoría de los cuatro humores - flema, sangre, bilis negra y bilis amarilla -, como un modelo de integración que implicaba para cada uno de ellos un carácter anímico y un elemento físico correspondiente. Los cuatro humores - el medio interno, elemento fisiológico - encuentra su correlación no sólo en el temperamento del individuo - flemático, ardiente, melancólico, colérico - sino con los cuatro elementos básicos de la naturaleza - aire, tierra, fuego y agua - o sea, el medio ambiente físico - susceptible de influencia por factores sociales...¹⁶

Este equilibrio implica entonces no solo el balance entre los elementos internos, sino que también un balance entre los externos y una relación armónica entre ambos medios. No es difícil encontrar un cierto aire hipocrático en la definición de salud emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), primero por sus características de dinamismo y segundo por integrar tres esferas: La biológica (humores), la psicológica (temperamentos) y la social (elementos).

La era microbiana sobre el origen de la enfermedad corresponde a la etapa industrial y emergió después de las grandes epidemias de mediados del siglo XIX, en Europa, lo cual fue seguido por otro gran descubrimiento en el mismo siglo, la identificación de microorganismos específicos causantes de muchas

¹⁶ Material de apoyo del Modulo de Seminario de Integración. 7º Semestre, Odontología. p. 127

enfermedades infecciosas y son tan contundentes que entusiasman. La medicina se vuelca a la microbiología en un periodo de esplendor que alienta a muchos a pensar en el próximo fin de la enfermedad.

Con el enemigo mortal identificado, el siguiente paso consiste en descubrir la bala que lo mate. Nace entonces toda una industria que al paso del tiempo crecerá a proporciones insospechadas. La industria de las balas microbiológicas ha significado un avance incuestionable y hasta inevitable.

A partir de 1970 las condiciones para el desarrollo de la medicina social se tomaron difíciles y favorables para el desarrollo de la microbiología. Se convirtió así la enfermedad en el objeto de interés del médico más que del enfermo.

A pesar de la enorme atención otorgada a la investigación microbiológica, no se abunda totalmente la perspectiva social de la enfermedad, aún cuando fuera desarrollada de manera marginal, con menos recursos y con menos personas.

La salud pública encuentra su lugar dentro de la concepción microbiana de la enfermedad.

A principios del siglo, Flexner regulariza la instrucción médica en Estados Unidos dentro de un patrón microbiano y curativo entre otros lineamientos que en América Latina ha emulado hasta el presente.

La era microbiana sepulta en cajas petri a Virchow, Franck y hasta Cornaro, Galeno e Hipócrates.

La era posmicrobiana se caracterizó por una tecnología avanzada la cual consiste en un retorno a la concepción multicausal de la enfermedad. En el seno de las contradicciones de una medicina que no termina de resolver el problema de las enfermedades infecciosas agudas y apenas empieza el abordaje de las crónico-degenerativas y de las mentales, se ha hecho insostenible la concepción meramente biológica.

Las escuelas de medicina social han tomado diferente sesgo de acuerdo con problemas concretos, Italia se ha centrado en los problemas de la salud ocupacional; Francia en los problemas sociales de la salud infantil y materna, en el caso de América Latina, la medicina social se abre paso lentamente en medio de la inercia de una medicina flexneriana, y ante la diversidad de problemas propios de una sociedad que padece de los efectos del desarrollo dependiente capitalista.

Ello sugiere la necesidad de estudio que aborde la epidemiología del grupo de enfermedades crónico-degenerativas y mentales desde una perspectiva longitudinal y con énfasis en la determinación del tipo de vida que previene las

muerres evitables para determinar los factores estructurales que en una sociedad contemporánea favorecen la salud.

La comprensión de la multicasualidad de esas enfermedades ha sido mejorada por el desarrollo de las ciencias relacionadas con el ambiente, las sociales y las estadísticas aplicadas al método epidemiológico. Estas ciencias permiten que los esfuerzos del personal de salud se encaminen en identificar a los individuos con riesgo elevado y aplicar medidas de prevención o control de las enfermedades.

Se ha hablado de salud y enfermedad pero ¿ cómo se definen estos ?.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) define a la salud como: la ausencia de enfermedad o invalidez, unida al completo bienestar físico, mental y social.

"..Salud según Milton Terris: es una modificación a la definición anterior; así la define "Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez..."³⁰

".. Salud según R. Dubos: Ecologista francés, define la salud como " el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio..."³⁰

".. El profesor Cornillot, piensa que la ambigüedad de la noción de la salud impide formular una definición absoluta. Para el "la salud es una noción perfectamente subjetiva; no reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad..."³⁰

"..Enfermedad : "es un desequilibrio bioecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto". Ese proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y /o de la anatomía del individuo..."³⁰

Entonces el concepto de salud-enfermedad se veía como un estado estático y aislado, pero ahora se ha definido como dinámico con múltiples relaciones que lo determinan y entenderlo como una entidad continua, en la que vive

³⁰ San Martín, Hemán. Tratado de la Salud en las Sociedades Humanas. pp. 8-9

permanentemente el ser humano, concibiendo al hombre en interacción con el mundo en un mundo de interrelaciones de poder, de querer, de saber, en un entramado cultural y no son más que dos momentos en un mismo fenómeno.

También juega un papel importante dentro de lo que es la salud-enfermedad, los modos de producción y de cambio que son otras causas determinantes colectivas, dado que ellas matizadas por el resultado de la lucha de clases, constituye la base de las condiciones de vida y de trabajo de las clases que componen a la sociedad en una época determinada.

No parece hoy posible definir la salud en términos absolutos y sólo objetivos; tampoco pensar que ella es simplemente ausencia de enfermedad. La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

"..Concebido así, el proceso salud-enfermedad amplía los escenarios donde debe desenvolverse el profesional de la salud, el hogar, el trabajo, el barrio por ejemplo y no sólo en los hospitales y centros de salud en los que también se ha de cambiar su visión..."⁷

De todo esto resulta claro que el campo de la medicina así como el problema de la salud-enfermedad se ha convertido en objeto de estudio muy rico para la sociología, porque tanto la concepción de este fenómeno como la respuesta que provoca depende estrechamente de las características de la sociedad.

Evidentemente la salud es una necesidad y un derecho de todos los seres vivos. En el hombre este es un postulado irrenunciable y no admite discriminaciones.

Pero también es cierto que la salud incide, en alguna medida, sobre las variables económicas. Sobre todo porque afecta la disponibilidad para invertir y así lograr cierto nivel de salud.

No existe ningún país Latinoamericano con un real problema demográfico; en realidad es un desequilibrio entre las necesidades de la población y los satisfactores que se les ofrecen. El Producto Nacional Bruto por habitad ha sido, como promedio, de 1.8% en los últimos años en América Latina, mientras que la población ha estado creciendo a un promedio de 2.7% al año. Con este desequilibrio lógicamente los problemas se agravan tanto que parecemos muchos para lo poco que hay que distribuir.

⁷ Fonseca, Martha. Proceso Salud Enfermedad. Una Experiencia Docente-Investigativa. p. 75

A su vez el desarrollo socioeconómico influye sobre la población en varias formas: sobre la cantidad y estructura de la población (cambio en los grupos de edades) en el ritmo de crecimiento, la concentración urbana, la actividad y preparación técnica, entre otros. Por esta razón no se puede decir cual es la población adecuada para un país si lo relacionamos con los recursos actuales y las posibilidades del ambiente. La población como tal, como fenómeno demográfico influye en forma directa en el proceso económico y el desarrollo, pero esta influencia se ejerce en relación con el medio y el ritmo de crecimiento económico.

En este momento aparecen las divergencias de interpretación del fenómeno y de las discrepancias en las soluciones. Algunos opinan que una forma para aumentar el producto por habitante sería detener el ritmo de crecimiento de la población, estiman que así se facilitarían el proceso inicial del desarrollo y se acortarían los plazos.

Pero este hecho no se produce por la simple reducción de la población, sino en la medida en que está haga cambios estructurales necesarios para el proceso de desarrollo. Por otra parte, hay quienes sostienen que la abundancia de la mano de obra barata en los países subdesarrollados puede ser un factor favorable para el crecimiento económico. Una solución inmediata, realista y transitoria a este asunto sería adoptar técnicas de trabajo según el grado de preparación y el grado de desarrollo actual, para aprovechar las fuerzas de trabajo ahora ociosas en estos países, los países hoy desarrollados sugieren que el proceso socioeconómico ocurrió cuando la tasa de aumento de la población se encontraba en un nivel alto.

Estos hechos tienden a demostrar que el proceso de desarrollo social no esta obstaculizado por la cantidad de población, aunque esta este en crecimiento veloz, sino por la falta de condiciones favorables para el desarrollo, cuyo origen es la estructura económica del país. Sin embargo, es cierto que los países de crecimiento demográfico rápido deben invertir un porcentaje alto de sus recursos en los sectores sociales de lenta o escasa productividad y que este hecho podría entorpecer el proceso inicial de desarrollo.

ECONOMÍA Y DESARROLLO SOCIAL

La economía se refiere a la producción y consumo de bienes y servicios necesarios para el hombre. Estos bienes escasos son los llamados bienes económicos. Este planteamiento clásico de los economistas también se esta aplicando en el sector salud y esta relacionada con la productividad humana y que

produce servicios, pero los bienes y servicios producidos por el sector salud no pueden tener precio, solamente costos, por lo tanto el sistema de precios del mercado no puede regir en salud.

En el ciclo económico, los factores básicos de producción son: trabajo humano, recursos naturales y capital. Habría que agregar la tecnología, la formación técnica del personal y la forma en que los factores productivos son utilizados por quienes los controlan. Es necesario dejar establecido que el desarrollo económico resulte de la economía progresiva que no genera obligadamente el desarrollo social. Para esto se necesita además una economía progresiva, que el ingreso nacional dependiente de la producción nacional y equivalente a salarios más interés, más renta, más beneficios, y se distribuya a través de bienes y servicios producidos, en una forma equitativa; esto implica que llegue a beneficiar realmente el nivel de vida de cada familia y de cada individuo.

La dinámica del desarrollo social necesita cambios más definitivos e influyentes que son los que ocurren en la estructura económica nacional y los cambios de actitud de las aspiraciones y perspectivas de las grandes masas de la población empobrecida de los sectores de economía tradicional por lo que también el hombre debe cambiar para favorecer el desarrollo mientras no adquiera un concepto definido sobre su capacidad y potencialidad y una comprensión cabal del medio físico y social en que actúa, difícilmente se transformara en un factor activo para el desarrollo.

Rostow define cinco etapas en el proceso dinámico del desarrollo socioeconómico:

- 1.- Sociedad tradicional
- 2.- Creaciones de las condiciones indispensables para iniciar el cambio conducente al desarrollo.
3. - Crecimiento económico dotado de impulso propio.
4. - Movimiento hacia la madurez económica.
5. - Elevado consumo colectivo: desarrollo social.

América Latina nació a la vida independiente con el esquema económico caduco de la España de esa época. Uno de los pilares de ese esquema (entre feudal y capitalista) era la concentración del poder económico. Desde el comienzo, la distribución del ingreso nacional fue desigual y el desarrollo social fue muy lento en comparación al de Norteamérica que adoptó inicialmente el capitalismo naciente y progresivo de esa época. Actualmente lo que caracteriza más a la estructura social de América Latina es: población joven en crecimiento rápido (por descenso de la mortalidad), migración del campo a la gran ciudad, falta de integración nacional (diferentes niveles de desarrollo coexistiendo), dualismo

social (convivencia de formas de sociedad tradicional con sociedad moderna), manteniendo por estratificación económica, cultural, geográfica y étnica: condiciones sociales generales muy pobres (salud, cultura, nutrición, vivienda, entre otros).

Desde el punto de vista económico, lo que caracteriza a la economía de América Latina es ser:

- 1.- Cerrada prácticamente sin comercio exterior.
- 2.- Monoproductora.
- 3.- Mixta: estatal y privada con grandes aportes de capitales extranjeros.
- 4.- Con escaso desarrollo de la agricultura y la industrialización.
- 5.- Estancada en el crecimiento de la población y con tasas de crecimiento económico bajas.
- 6.- Gran concentración del poder económico en grupos pequeños de la población.
- 7.- Con escaso capital social básico.
- 8.- Con niveles de preparación técnica y de instrucción bajas.

En los países de América Latina, se encuentran sólo tres excepciones que son, Argentina, Uruguay y Cuba, en la segunda etapa, es decir, creando las condiciones necesarias para realizar los cambios estructurales que permita el desarrollo con impulso propio. Son tres los factores que permiten el desarrollo: cambio estructural, mayor producción y distribución equitativa de la renta nacional. La sociedad moderna no puede funcionar bien, ni menos desarrollarse, si su economía no es dinámica o progresiva. La economía de América Latina no ha sido dinámica en los últimos decenios debido al estatismo de la economía, al crecimiento más acelerado de la población y, en el fondo a todos los factores relacionados con una economía estancada.

LA SALUD: PRODUCTO DEL DESARROLLO SOCIAL

La salud es una variable dependiente del desarrollo social, no es causa determinante o condición ineludible para el desarrollo como piensan muchos higienistas, en los países subdesarrollados el estado de salud del capital humano no es un elemento decisivo en el volumen del producto nacional y en la justicia distributiva, fenómenos distorsionados con problemas de estructura socioeconómica.

Los higienistas cometieron en el pasado, en América Latina, el error en confiar excesivamente en su técnica para resolver los problemas de salud de la población; olvidando que la salud depende en forma directa del nivel de vida e indirectamente del desarrollo social, y que la presión continua y organizada de los pueblos

empobrecidos es lo único que puede lograr el mejoramiento de las condiciones adversas.

Con todas las características económicas mencionadas de América Latina podemos describir y entender la situación económica de México la cual ha vivido una crisis de endeudamiento y desempleo que a traído como consecuencia una mayor racionalidad del gasto público, ocasionando serias repercusiones tanto en el sector educativo como en el de salud.

“...En el periodo transcurrido de 1970 a 1990 la población aumento un 70% para alcanzar en 1993 la cifra de 88.5 millones de personas y se calcula que para 1995 alcance 91 millones de habitantes creciendo a un ritmo de 1.8% anual, el crecimiento en el índice poblacional puede ser un factor que influya en el aumento de la demanda de servicio estomatológico, sin embargo es necesario considerar que en la década de los 70`s los lineamientos de la política económica se vieron expresados por la austeridad del gasto público y encauzamiento de los recursos estatales para apoyo a las actividades productivas. El crecimiento y magnitud de los recursos para la salud y la seguridad social fueron considerables, sin embargo, al revisar su evolución de 1971 a 1979 como porcentaje del gasto total en el sector de desarrollo social, se aprecia un descenso relevante ya que en 1971 se le destino el 24.7% y en 1979 el 21.4% del gasto social.

En relación con el desarrollo social se encontró que en 1971 se ejerció el 55.9% y en 1979 el 44.8% del gasto público; durante los años 80`s el gasto social continuo disminuyendo sensiblemente. Esto refleja que el nivel de cobertura por parte del sector salud no contara con presupuesto suficiente para cubrir la solicitud del servicio en el área estomatológica.

El grupo de la población menor de 6 años acusa una tasa de crecimiento negativo, los grupos de escolares de entre 6 y 14 años se espera que disminuya en grupo absoluto, el grupo de población en edades de trabajo entre 16 y 64 años se encuentra muy elevado y se estima que aumentara hacia el año 2000 de manera considerable.

En el Estado de México aproximadamente 4 millones de personas que lo habitan son nacidas en otros estados de la República. En el renglón de asentamiento humano hay una cifra importante en asentamientos irregulares. En el Distrito Federal se calcula dicha cifra en más de tres millones de personas, la que pudiera aumentar en forma alarmante. En la dinámica demográfica, los movimientos migratorios internos tienen una gran importancia ya que permiten conocer una amplia gama de saberes y costumbres en un mismo espacio demográfico, lo que repercute en la disponibilidad de infraestructura y prestación de servicios de salud para los procesos de salud y enfermedad estomatológica, a estos problemas hay que agregar la pobreza que ha sido persistente en el país, obstaculizando el

desarrollo sobre bases firmes para hacer efectivo el principio de equidad. Basta señalar que en 1992 el 20% de la población de más altos ingresos concentraba el 54% de ingreso nacional, mientras que el 20% más pobre recibía el 4%.

"...Como se puede ver el problema social de atención más urgente es la pobreza extrema, ya que, cerca de 14 millones de mexicanos no pueden satisfacer sus necesidades más elementales y aunado a esto se encuentran las desventajas sociales a los que se enfrentan los jóvenes afectados por falta de oportunidades de educación y empleo, y los niños, los ancianos, los discapacitados y las mujeres de campo y ciudad dedicadas a actividades de escasa rentabilidad económica..."²⁴

La situación socioeconómica de los habitantes en México hace necesario que la formación de los cirujanos dentistas, conociendo estas condiciones, asuman su participación en la solución de los problemas de salud con un enfoque de prevención adquiriendo conocimientos y realización sobre la educación para la salud y como influirá esta en la población.

América Latina se ha desarrollado históricamente como una sociedad dependiente económica y políticamente de Europa en sus inicios y posteriormente hasta estos días de los Estados Unidos.

Las consecuencias de esta situación socioeconómica se manifiestan crudamente en el estado de salud de la población. En el caso de la salud bucal es bastante aleccionador en ese sentido; por ejemplo, varios estudios epidemiológicos indican que más del 90% de la población de América Latina presenta lesiones cariosas. La magnitud del problema bucal 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 infecciosos de tejidos blandos y duros, cáncer bucal y otros.

Frente a este inmenso problema la atención odontológica es por demás insatisfactoria en términos de niveles de 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 y (d) el modelo profesional.

- (a) ...²⁴ El tipo de práctica profesional dominante es la práctica mercantil, resultante del modo de producción capitalista.

Está práctica funciona primordialmente con profesionales que trabajan en forma individual (u ocasionalmente en pequeños grupos) aglutinados

²⁴ Plan de Estudios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 1998. pp. 11-13

en las ciudades para dar atención a las elites económicas; por su propia naturaleza esta práctica profesional es excluyente de los grandes sectores de la población, que no tienen suficientes recursos económicos para costearla. Por su parte la práctica institucionalizada cubre sólo 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 los daños terminales y muchas veces irreversibles y ser de un costo elevado...¹⁶
- (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 a logrado hacer suyos muchos avances tecnológicos especialmente en relación con los aparatos y materiales utilizados en la prevención y restauración de las enfermedades dentarias. Sin embargo, paradójicamente, esto ha producido una elevación de los costos de servicio con lo cual la odontología se ha convertido en una 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. Así mismo, el repertorio limitado de materiales capaces de resistir el trabajo masticatorio por un tiempo largo sin generar problemas sistémicos ni lesionar el diente y a sus estructuras de sostén condicionan la necesidad de utilizar técnicas que requieran de equipamiento complejo que consumen bastante tiempo por lo cual resultan costosos; reduciéndose aún más la proporción de pacientes que puedan financiar su adecuada atención odontológica.
- (d) El modelo profesional, entendiéndose por tal la forma en la 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 adecuada y sistematización, disminuyendo de forma significativa el tiempo en que realmente ejerce su capacidad profesional.

Otro factor del modelo tradicional que reduce la capacidad de cobertura, es prolongar el tratamiento de cada diente, es abordar los problemas sobre la base

¹⁶ Material de Apoyo del Módulo de Seminario de Integración 7º Semestre. Odontología. p. 86

de unidad diente, lo cual multiplica la necesidad de ciertos procedimientos que consumen tiempo, como la anestesia, acomodo y preparación del paciente y otros.

A esta altura es necesario precisar dos puntos importantes. El primero, que dados la inmensidad del problema y el continuo crecimiento de la población, las características actuales de la práctica profesional contribuyen directamente a el empeoramiento gradual de la situación de salud bucal. El segundo, que la propia estructura de la sociedad es la que conduce hacia una atención para la salud discriminatoria según las clases sociales, marginando a grandes sectores de la población; por lo tanto ello constituye la fuerza determinante para la persistencia del problema. Por las consideraciones mencionadas, el postulado:

" La atención para la salud es un derecho universal, " es una declaración de contenido utópico en casi toda la América Latina.

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

Actualmente la odontología 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 en 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 nueva práctica estomatológica, que reconozca, además de los factores biofísicos, los socioculturales, que en su conjunto afectan el desarrollo de los pueblos.

Visto así se puede 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 esto es relativamente cierto, puede indicarse que aún con transformaciones de la sociedad la estomatología por sí misma, al prevalecer con un enfoque y práctica tradicional, no puede cambiar sustancialmente, al no ser que en su esencia, en el seno mismo de dicha práctica profesional, se establezcan modificaciones capaces de intentar resolver el problema de salud y enfermedad bucal de la mayoría de la población.

SISTEMAS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD EN MÉXICO

De acuerdo a lo que hemos mencionado es característica de los sistemas de atención médica del país, la existencia de una multitud de instituciones, que en la práctica profesional actúan sin coordinación entre si y que distribuyen sus servicios muy desigualmente entre los grupos sociales.

Para explicar la conformación de los sistemas de atención a la salud - el popular, institucional y privado - es necesario tomar en cuenta una serie de aspectos económicos, políticos e ideológicos que los han creado y los mantienen. Entre los aspectos políticos relevantes al problema hay que considerar el grado de organización de las clases sociales y el nivel de lucha política y reivindicativa que despliegan. Importa para la organización de las instituciones el tipo de Estado; ya que el Estado liberal limitara su actividad en este campo a la solución de algunos problemas de salud pública, que no pueden ser resueltos por la medicina privada, mientras que el estado de corte " benefactor" se encargará de la organización y asumirá el costo de la atención médica. Por último, interviene la organización de los médicos como grupo social con interés propio, aunque sus organizaciones fungen como portavoz de complejos médico industrial - grandes compañías de seguros y cadenas de hospitales - en algunos países.

En lo ideológico hay que tomar en cuenta las doctrinas económicas dominantes, ya que el liberalismo económico asignara a la medicina como un campo más de la iniciativa privada, mientras, en otra doctrina enfoca a la salud como un problema que corresponde al estado. Así mismo, la medicina puede ser estructurada para reforzar algunos supuestos de la ideología dominante como: La igualdad, la seguridad y el bienestar. Operan además aspectos que surgen del cuerpo ideológico de la misma medicina, dado que la concepción imperante de la enfermedad dictará las medidas a tomar en su contra, si se considera a la enfermedad como un castigo divino, hay que conciliar con los dioses. Si se percibe como un problema individual biológico, hay que convencer a la naturaleza aplicando la ciencia y la tecnología. Bajo la óptica de estos lineamientos el cuadro irracional de los sistemas mexicanos de atención a la salud se convierten en algo comprensible y hasta lógico.

Existen en México tres sistemas principales que se encargan de los problemas de salud de la población:

- 1.- Popular
- 2.- Institucional
 - (a) Estatal (Secretaría de Salud, DIF, entre otros)
 - (b) Paraestatal (IMSS, ISSSTE, entre otros)
- 3.- Privado

MEDICINA POPULAR

Se calcula, empero, que unos 15 o 20 millones de mexicanos se encuentran al margen de los sistemas médicos profesionales. Estos son los pacientes de la medicina popular, ya que tienen que recurrir a los curanderos, hueseros, yerberos, y otros. Se trata de grupos sociales entre - minifundistas - jornaleros, obreros de la pequeña industria, artesanos y subproletariados urbanos que carecen de organización propia capaz de conseguir reivindicaciones mínimas; que no laboran en ramas significativas de la economía capitalista, de manera que ni siquiera importa al sistema de reproducción de su fuerza de trabajo; y que, por sus bajos ingresos, no constituyen mercado para la medicina privada. En una sociedad que se caracteriza por una avanzada división del trabajo social, requisito necesario de la medicina profesional, ellos no pueden aprovechar sus aspectos positivos a pesar de que su trabajo genera parte de la riqueza que la hace posible.

Si ocasionalmente alguien perteneciera a estos grupos y entra en contacto con la medicina profesional privada, será una experiencia que no se repite. El gasto general lo endeuda de por vida, para el pequeño productor significa vender sus medios de trabajo convirtiéndose definitivamente en proletario.

LA MEDICINA INSTITUCIONAL

ESTATAL:

Formalmente estas clases y grupos están amparados por la Secretaría de Salud. Esta institución, sin embargo, en la realidad no dispone de recursos para atender la totalidad de la población. Su función socioeconómica más bien es la encargada del control de ciertos riesgos de salud, que por su carácter tienen que ser combatidos en el ámbito global. Se trata, pues, del control de ciertas enfermedades infecciosas y epidémicas que no respetan las fronteras de clases.

La actividad de asistencia médica desarrollada por la Secretaría de Salud, a través de sus hospitales y el sistema de centros de salud cuenta con escasos recursos que no se pueden considerar como un intento serio de proporcionar servicios médicos curativos a la población.

En última instancia, el verdadero efecto social de esta institución es crear la convicción de que el gobierno vela por el bienestar de todos los ciudadanos, por pobres e insignificantes que sean.

Es importante recalcar que respecto a la Secretaría de Salubridad, es la única institución médica del país que se dirige a la totalidad de la población y que, por lo

menos en el papel, se orienta en doctrinas que identifican la salud y la enfermedad como un problema colectivo, y que antepone la prevención a la curación. Es decir, cumple los prerrequisitos para poder estructurar un sistema de atención a la salud que corresponde a las necesidades reales del pueblo para jerarquizar los problemas de acuerdo a su importancia social. No obstante, en la práctica, es la institución que menos recursos y posibilidades tienen para desarrollarse como el organizador de todas las actividades sanitarias.

PARAESTATAL:

Los diversos institutos de seguridad social - el IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros - constituyen la parte más importante de la medicina institucional del país. Atiende a una tercera parte de la población y dispone para esto de un 40% de los médicos, así como presupuestos que son 10 o hasta 20 veces más altos al de la Secretaría de Salud. Los derechohabientes de estas instituciones son principalmente los trabajadores sindicalizados del sector privado y estatal. Son grupos que se caracterizan por su importancia económica y política.

El tercer actor que aparece en el análisis del sistema de seguridad social es el Estado, que en el caso mexicano adquiere cierta preponderancia, cabe recordar que los institutos tienen una estructura tripartita. Así, por ejemplo el órgano supremo del IMSS, la Asamblea General, está constituido por diez representantes del ejecutivo federal, diez por las organizaciones patronales y diez por las organizaciones obreras. Toca al ejecutivo determinar en cual de las organizaciones existentes deben de intervenir en la asignación de representantes. Este poder, junto con el hecho de que los institutos de seguridad social son feudos de la alta burocracia política y los convierte en instrumentos económicos y políticos-ideológicos del estado.

El financiamiento de la seguridad social se efectúa a través de contribuciones de las mismas tres partes. La contribución del Estado es una forma más de subsidio al capital, dado que significa la canalización de fondos públicos, no ha la solución del problema de toda la población, y es un sector clave en la acumulación capitalista. Es decir, el estado asume parte del costo social de la reproducción de las fuerzas de trabajo industrial. La importancia de esto resalta aún más si se recuerda que los empresarios suelen deber grandes cantidades al IMSS.

La seguridad social por otra parte, representa un recurso político en manos del estado. En efecto, el primer sistema de seguridad social en el mundo fue instituido, por Bismarck en 1822, en un intento de restarle fuerza al movimiento obrero alemán en su enfrentamiento con la débil burguesía. La actuación del estado mexicano no se distingue en lo fundamental de las Bismarckiana. El Estado ha concedido derechos de seguridad social a ciertos grupos obreros combativos y promoviendo la inclusión de otros.

La seguridad social, es un elemento importante de la ideología de conciliación de clases. Pretende demostrar que la contradicción entre capital y trabajo se pueden resolver en el terreno del consumo sin cambios esenciales en las relaciones de producción. Recoge y da respuesta a ciertas demandas que exigen la satisfacción de necesidades básicas para evidenciar que no hacen falta grandes convulsiones sociales para solucionarlas.

En México puede aparecer que el argumento no es del todo convincente dada la selectividad de sistemas de seguridad social. La estructura tripartita de las instituciones, no obstante, se presenta como la expresión del pacto solidario entre capitalistas, obreros y Estado. La exclusión de una parte mayoritaria de la población de estas instituciones la justifican con la falta de recursos y desaparecerá, se dice, tan pronto como el país tenga mayor capacidad económica. El razonamiento así cobra cierta credibilidad para los grupos de presencia y abre expectativa a los grupos desorganizados.

MEDICINA PRIVADA

... " La medicina privada que agrupa a casi la totalidad de los médicos para atender al 18 % de la población, es la forma capitalista clásica de producción de servicios médicos. Independientemente de las profesiones de fe en el humanismo y de las actitudes apostólicas, la medicina privada es obviamente un sistema de producción de servicios que se venden en el mercado. El carácter netamente comercial de la medicina privada explica porque tiene un desarrollo cuantitativo bastante modesto en México; su alto costo y su nivel salarial bajo de las clases trabajadoras tienen como resultado que los servicios médicos privados los consuman, ante todo, la burguesía y algunas capas medias.

Las mismas restricciones del mercado explican porque no se han suscitado enfrentamientos entre la medicina institucional y la privada, como suele suceder en otros países. La medicina institucional mexicana simplemente no compite con la privada, ya que a ésta no le interesan las grandes masas de obreros y campesinos con bajos ingresos..."¹⁶

El hecho de que los servicios médicos privados asuman la forma de mercancías no debe de llevar a pensar que su precio se fija en el libre juego de la oferta y la demanda. Interfieren una serie de factores extra económicos y, en última instancia, cuando de la vida se trata, pocos son los que regatean o buscan hasta encontrar lo más barato.

El estado, por su parte, se abstiene de intervenir en esta rama de la medicina. Las modestas iniciativas estatales para canalizar una parte de los recursos

¹⁶ Material de apoyo del Modulo de seminario de Integración 7º Semestre. Odontología. p. 402

médicos privados a la población más necesitada suelen terminar en creaciones formulistas, que no pueden aplicarse a la práctica.

Puede pensarse que la tolerancia estatal frente a la medicina privada no tiene consecuencias, dado que esta aparentemente no extrae recursos del sector institucional, ya que los pacientes la financian. Este argumento no se sostiene, porque la medicina privada emplea recursos cuyo adiestramiento se pagan con fondos públicos que bajo otras circunstancias se utilizarían en el sector institucional.

".. La participación activa de la profesión médica, tanto para quienes desarrollan sus actividades en instituciones gubernamentales o descentralizadas, como por quienes se dedican a la práctica privada, es el punto de contacto más importante en la educación para la salud en la comunidad. El médico que trata a un paciente puede extender su acción a la familia entera, si destina unos cuantos minutos a proporcionar la información a cambios en las actitudes y la conducta relacionadas con la salud."³⁶

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ODONTOLOGÍA

La práctica clínica de la odontología en México así como en otros países en desarrollo como Colombia y Cuba, ya hace varios años es una actividad profesional. En México dedican la gran parte del tiempo a resolver principalmente la caries dental, misma que se encuentra ampliamente distribuida en la población debido a la poca o nula efectividad de programas de prevención comunitaria.

La práctica odontológica en México continua como en décadas pasadas dedicando gran parte de los servicios a la restauración dental. Aceptando el hecho de que los programas preventivos comunitarios son los más efectivos, pero no han sido efectivos en el país.

Sin embargo, en Colombia los recursos materiales e insumos necesarios para la salud bucal, de una múltiple variedad, hace compleja la prestación de servicios a la comunidad. Si a esto le agregamos las dificultades económicas, que en ascenso sufren las clases menos favorecidas de la sociedad, eso no ha permitido a los colombianos, el acceso a los servicios de salud bucal de origen privado o particular. Su tabla de salvación era o es los servicios estatales y oficiales principalmente los que tienen que ver con la seguridad social. No cabe la menor duda que las reformas estructurales del instituto de seguridad social y de la caja nacional de prevención social son una demostración de la intención de la

³⁶ Vega Franco, Leopoldo. Bases Esenciales de la Salud Pública. p. 97

médicos privados a la población más necesitada suelen terminar en creaciones formulistas, que no pueden aplicarse a la práctica.

Puede pensarse que la tolerancia estatal frente a la medicina privada no tiene consecuencias, dado que esta aparentemente no extrae recursos del sector institucional, ya que los pacientes la financian. Este argumento no se sostiene, porque la medicina privada emplea recursos cuyo adiestramiento se pagan con fondos públicos que bajo otras circunstancias se utilizarían en el sector institucional.

".. La participación activa de la profesión médica, tanto para quienes desarrollan sus actividades en instituciones gubernamentales o descentralizadas, como por quienes se dedican a la práctica privada, es el punto de contacto más importante en la educación para la salud en la comunidad. El médico que trata a un paciente puede extender su acción a la familia entera, si destina unos cuantos minutos a proporcionar la información a cambios en las actitudes y la conducta relacionadas con la salud.."36

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ODONTOLOGÍA

La práctica clínica de la odontología en México así como en otros países en desarrollo como Colombia y Cuba, ya hace varios años es una actividad profesional. En México dedican la gran parte del tiempo a resolver principalmente la caries dental, misma que se encuentra ampliamente distribuida en la población debido a la poca o nula efectividad de programas de prevención comunitaria.

La práctica odontológica en México continua como en décadas pasadas dedicando gran parte de los servicios a la restauración dental. Aceptando el hecho de que los programas preventivos comunitarios son los más efectivos, pero no han sido efectivos en el país.

Sin embargo, en Colombia los recursos materiales e insumos necesarios para la salud bucal, de una múltiple variedad, hace compleja la prestación de servicios a la comunidad. Si a esto le agregamos las dificultades económicas, que en ascenso sufren las clases menos favorecidas de la sociedad, eso no ha permitido a los colombianos, el acceso a los servicios de salud bucal de origen privado o particular. Su tabla de salvación era o es los servicios estatales y oficiales principalmente los que tienen que ver con la seguridad social. No cabe la menor duda que las reformas estructurales del instituto de seguridad social y de la caja nacional de prevención social son una demostración de la intención de la

³⁶ Vega Franco, Leopoldo. Bases Esenciales de la Salud Pública. p. 97

privatización de la salud, si no ha los trabajadores de la salud, con especial intensidad al profesional de la salud bucal.

Por que no existen propuestas que buscan aumentar el nivel de vida de su país solicitando al consejo que limitará los privilegios de los que gozan los grupos de presión y anunciando además algunos impuestos para beneficios médicos gratuitos. Todo lo anterior dentro de severas imposiciones a la seguridad social que tocarán a todos los ciudadanos pero en mayor grado a los más ricos y menos a los pobres, que hasta serán exonerados de cargas económicas y no de servicios como podría ser aquí.

También se contempla una acción altruista y de franco beneficio social, incluir en este decreto la reestructuración del Instituto del Seguro Social que en aquellos sitios donde no existía una oferta de servicios asistenciales, el Instituto fomentará la creación de instituciones, asociaciones y sociedades especializadas en servicios de salud, con o sin ánimo de lucro que suplan dicha deficiencia. Aunque esto podría considerarse una utopía en su afán por llevar salud oral, así como su prevención a su población, "...Colombia a creado el programa Banco Social, el cual impulsa actividades de promoción, educación, prevención y atención a la infancia en el área de la salud oral, visual u auditiva. Los objetivos específicos de este programa son:

- a) Promover, complementar, reforzar y financiar programas de salud bucal, visual y auditiva.
- b) Innovar o desarrollar tecnologías apropiadas en salud de alta calidad, cobertura y bajo costo.

Este programa a logrado en salud bucal desarrollar actividades de educación y prevención capacitando a 5 138 maestros y madres comunitarias de hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICFB).

Ese programa tuvo una cobertura en educación, promoción y prevención del 69% con base en una población infantil de 286 201 niños siendo anteriormente de un 8%, lo cual demuestra los avances, ya que la salud bucal ante el cambio se toma impredecible. Máxime si hoy en día la morbilidad bucal ocupa el primer lugar de las demandas por consulta y por ende veremos a más compatriotas carentes de atención, desdentados, con innumerables y peligrosos focos sépticos, con mayor grado de severidad en sus patologías de los tejidos del soporte del diente; niños y adolescentes de problemas de múltiposiciones y malformaciones sin atender, dejados a su propia suerte con gravísimas secuelas que de todo esto trae..."¹⁷

¹⁷ Montes Campuzano, Víctor. La salud Oral Ante el Cambio. pp. 11-13

..." Cuba es uno de los países en los cuales vale la pena detenerse a investigar dado que su educación para la salud es una de las mejores ya que en "...1972 se confeccionaron las prenormas de estomatología las cuales incluyeron los aspectos de educación para la salud, puesto que esta es la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas capaces de influir en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con respecto a la salud. Para lograr esta meta, la labor educativa debe desarrollarse por todos los miembros del equipo de salud, integrado por especialistas, estomatólogos generales, técnicos clínicos, también debe participar personal en formación; Resulta fundamental el trabajo que en este sentido desarrolla el resto de las especialidades medicas..."¹⁹

"..En Cuba la atención estomatológica es parte importante de la política de salud que este gobierno tiene como aspecto primordial a la prevención y debido a esto la educación para la salud es un elemento esencial de todas sus acciones para así obtener una salud optima.

La importancia que tiene orientar diversos temas de educación para la salud bucal desde edades tempranas y como ligarlos al proceso docente-educativo y con la finalidad de lograr un mayor nivel de salud bucal en el menor de 15 años, se han dirigido trabajos hacia los maestros de enseñanza primaria y media para conocer los aspectos estomatológicos y la necesidad de poder ampliar la orientación para la salud en el proceso docente educativo, para lograr en un futuro un adulto sano..."²⁹

Cabe mencionar que en otros países como Nueva Zelanda los maestros son adiestrados en la práctica y conocimiento para la educación para la salud con el objetivo de lograr un desarrollo armónico e integral en el niño. Debemos recordar que la escuela es un campo vital para la formación integral del hombre, y en ella debe enfatizarse los conocimientos de educación para la salud mediante el trabajo desarrollado por los maestros.

Sin embargo también es responsabilidad del profesional de odontología, el usar todo su conocimiento y habilidad para influir positivamente en las decisiones tomadas por sus pacientes, ya que la meta será una salud optima para la mayoría de los individuos en la sociedad.

La odontología cuenta con los conocimientos y adelantos tecnológicos y biológicos para prevenir enfermedades bucales.

¹⁹ Pérez Borrego, Amparo. Estudio Comparativo del Nivel de la Educación para la Salud de Maestros de Enseñanza Primaria y media. p. 134

²⁹ Quintero Díaz, Juan. Nivel de Educación para la salud en estomatología de Educadoras y Auxiliares de Pedagogía de Círculos Infantiles. p. 122

LA SALUD PÚBLICA

".. La definición de Salud Pública propuesta por Winslow es la más conocida y ampliamente aceptada:

La SALUD PÚBLICA es la ciencia y el arte

De

1.- Impedir las enfermedades. 2.- Prolongar la vida y 3.- Fomentar la salud y la eficiencia.

Mediante

El esfuerzo organizado de la comunidad.

Para

1.-El saneamiento del medio. 2. El control de las infecciones transmisibles . 3. La educación de los individuos en higiene personal. 4. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades. 5. El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud..."³⁶

" Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de un derecho natural a la salud y a la longevidad."

En esta definición el autor hace énfasis en que las metas de: prevenir la enfermedad, fomentar la salud y prolongar la vida sólo son alcanzables " mediante el esfuerzo organizado de la comunidad". El saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación higiénica, la organización de servicios médicos y el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al hombre un nivel de vida pleno de bienestar, implica el establecimiento de un sistema administrativo que funcione integrado y coordinado con otros organismos gubernamentales.

En síntesis, la Salud es un recurso biológico que favorece la productividad del hombre y, por lo tanto, la economía de la población; esto se traduce en el nivel de

³⁶ Vega Franco, Leopoldo. Bases esenciales de la Salud pública. p. 6

vida de la población, y como consecuencia en bienestar comunal. El ejercicio de la salud pública tiene como objeto llevar los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población, mediante la organización de sistemas gubernamentales y privados para satisfacer las necesidades del país. Por tal motivo se le debe de dar una mayor importancia a la educación para la salud y valernos de estas herramientas de acción para el logro de nuestros objetivos.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

"..La educación para la salud es enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarnos, tanto de su propia salud como de su familia y la del grupo social a la que pertenecen..."¹

Actualmente se le denomina educación para la salud, substituyéndose los nombres de educación higiénica o de educación sanitaria con lo que se le designaba anteriormente.

Siendo esta una actividad de tan gran importancia tanto en medicina preventiva como en salud pública, es una actividad de primer nivel de prevención para la salud de individuos, de las familias y de la colectividad.

Hay varias definiciones de educación para la salud, de las cuales mencionaremos solamente dos:

1.-" La suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria " Wood (Villaseñor 1960).

Esta definición alude al contenido de la educación, pero no hace mención de cómo realizarlo. Grout dice:

2.- ..." La educación para la salud es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva mediante el proceso educativo". (Villaseñor 1960)...²

Con estas definiciones puede decirse que la educación es el común denominador de todas las actividades de salud pública y de medicina preventiva, a su vez el proceso educativo incluye tres pasos importantes: la información, la

¹ Álvarez Alba, Rafael. Educación para la Salud. p. 45

² Álvarez Alba, Rafael. Salud Pública. Medicina preventiva. p. 48

motivación y la educación. Este último caso es realmente importante, ya que implica el cambio de conducta del individuo hacia su propia salud.

INFORMACIÓN: Con frecuencia el personal de salud se siente satisfecho con haber proporcionado información sobre determinado tema, considerando que con ello ha hecho educación para la salud.

MOTIVACIÓN: Cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que un procedimiento tiene.

EDUCACIÓN PROPIAMENTE DICHA: Es cuando la persona acude al servicio médico para aprovechar de la atención de la que se le ha informado.

Siendo la motivación el paso previo que conduce al cambio de conducta del individuo, puede tener utilidad señalar algunos factores que la favorecen o la obstaculizan:

VENTAJAS: El deseo de cambio que la persona experimenta es favorable para la motivación. Las dinámicas de grupo permiten mejores resultados en la motivación y en la educación.

OBSTÁCULOS: El poco interés de la gente por conservar su salud es un obstáculo para la motivación y educación. El temor a la enfermedad es otro obstáculo para la educación en salud. Hay quienes dicen " si tengo algo malo, prefiero no saberlo" así como los prejuicios culturales son un serio obstáculo para la motivación y para la educación. Su fuerza es tan grande que puede impedir toda penetración educativa en relación con la salud.

"..La educación deberá estar de acuerdo con la edad, con las condiciones culturales y sociales, con el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o de curar en la colectividad de la persona que la recibe. Se hará en la consulta externa, en la sala del hospital, en el hogar y naturalmente en el consultorio particular, aprovechando todas las oportunidades que se presenten..."²

".. Una comunidad bien informada actuará en la dirección necesaria para la protección de la salud individual y colectiva, siempre y cuando conozca adecuadamente las motivaciones más importantes para la población, como pueden ser la protección de la niñez, la cohesión de la familia y el mantenimiento de la integridad en la población.." ³⁶

² Álvarez Alba, Rafael. Educación para la salud. P 46

³⁶ Vega Franco, Leopoldo, Bases Esenciales de la Salud Pública. p 98-99

TIPOS DE EDUCACIÓN

“..La educación para la salud puede aplicarse de manera individual o colectiva. En ambos casos puede dirigirse a la promoción y fomento de la salud, a la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, al fomento de la auto responsabilidad para la salud y a la participación comunitaria en las acciones de salud, se han oficiales o privadas...”¹

EDUCACIÓN INDIVIDUAL: La educación para la salud individual se lleva acabo a través de la entrevista personal. Dada la importancia de este procedimiento educativo conviene señalar algunas condiciones para su realización:

- 1.- Es de gran utilidad tratar a las personas entrevistadas por su nombre.
- 2.- Debe emplearse un lenguaje claro sin tecnicismos de difícil comprensión y comprobar si se comprendieron los puntos tratados.
- 3.- Adoptar una actitud sencilla interesada en tolerancia y paciencia para el entrevistado.
- 4.- Es negativo manifestar superioridad o mostrar que se tiene prisa durante la entrevista.

EDUCACIÓN COLECTIVA: Es la educación para la salud dirigida a colectividades, se consideran cinco pasos importantes los cuales son: análisis del problema, la sensibilización, la publicidad, la motivación y la educación.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA: Trata de conocer las situaciones de salud comunitaria que se pretende solucionar. Es sin duda de un verdadero diagnóstico de salud.

SENSIBILIZACIÓN: Pretende despertar interés en el público para aprovechar las ventajas del servicio que se le propone.

PÚBLICIDAD O PROPAGANDA: Es indispensable la utilización de la radio, la televisión, la prensa, así como carteles y folletos complementando esta acción con platicas informativas que les motive hacia un cambio favorable.

LA MOTIVACIÓN Y LA EDUCACIÓN: Son prácticamente igual a la labor individual.

¹ Álvarez Alba, Leopoldo, Medicina Preventiva. p. 48

La educación colectiva requiere siempre del uso de los auxiliares de la educación como son el rota folio, el pizarrón, las transparencias y las cintas fijas, cinematógrafo, los folletos, los carteles y los periódicos murales.

"..En general la educación dirigida a la comunidad tiene como propósito informar de la realización de un programa señalando sus objetivos y las actividades que lo conforman insistiendo en la importancia de la participación de todos, sin la cual los esfuerzos fracasarían..."¹

El problema radica en la gran dificultad para conceptualizar la salud y en las distintas estrategias para proporcionarlas. En educación para la salud se ha dedicado poca atención a los modelos educativos que existen. Y que a continuación se describen.

MODELOS EDUCATIVOS

MODELO INFORMATIVO: "..Este modelo acentúa fuertemente la iniciativa del medio educador y el concepto higienista de la vida que impartían. " Conocimiento sobre la salud " a individuos a los que se les suponía pobres en ideas sobre el modo de evitar o combatir la enfermedad..."³¹

El problema de este modelo es el hecho de que la salud no esta en función sólo de la información que no se traducen en la propia vida, estos conocimientos objetivos que creemos se adquieren en nuestras charlas de educación para la salud por muy buenos recursos materiales que utilicemos, la educación para la salud es más compleja en su contenido y en su promoción.

Su análisis de la realidad señala que el problema es que los hombres tienen malos hábitos. Se parte de una situación que desconocen en la práctica, en el ambiente, la cultura y la estructura social. Se centra en la vida del individuo, da una fuerte importancia a las instituciones que tienen la responsabilidad de resolver la salud a los individuos y la tarea es aprender lo que les enseñan.

Este modelo de educación para la salud pone énfasis en los contenidos fundamentalmente es una pedagogía transmisora que da lugar a una comunicación unidireccional. Es una pedagogía tradicional que en nuestro país se sigue utilizando aunque se tengan unos recursos audiovisuales. Su objetivo es el de, deber ser; que el individuo aprenda y es esencialmente transmisor de conocimientos y valores del educador al educando.

¹ Álvarez Alba, Rafael. Educación para la Salud. p. 46

³¹ Serrano González, María. Educación para la salud y participación comunitaria. p. 31

La praxis educativa es de tipo proteccionista (eliminar riesgos) y la presencia del educador y la intervención educativa están muy dirigidas a eliminar los riesgos de enfermedades desde su individualidad.

Este modelo tiene un procedimiento que es intrínsecamente autoritario. El problema fundamental de este modelo es que carece de proceso informativo, el educando para formarse necesita de una estructuración de todos los elementos que tienen a su alrededor, la educación debe facilitar los mecanismos para que haya dicha estructuración.

MODELO PERSUASIVO MOTIVACIONAL: El objetivo de este modelo es producir el cambio de comportamiento, adoptar conductas deseables para el educando siendo estas las responsables de la salud y de la enfermedad, utiliza muchos recursos tecnológicos beneficiándose la educación para la salud en este caso, en los avances importantes de la psicología. Pero este modelo sigue siendo preceptivo lo que haría esperar que el modelo biomédico no es adecuado.

"..Este modelo desplaza el objeto de una profesión a otra pues tal como importantes defensores del mismo lo expresan en el camino de la salud se pasan por "cambios de comportamientos" al igual que el modelo informativo es heterónomo, se entiende y se explica en función de la enfermedad, o en el eufemismo que utiliza Costa (1986) "malos comportamientos" persuadir y motivar son la base de este modelo..."³¹

Este modelo si se interesa por la cultura y los valores de los grupos donde pretende actuar. Este modelo se cree, es el que mejor se adapta o mejor refleja a nuestra sociedad de bienestar que margina el sufrimiento y no lo afronta.

MODELO POLÍTICO ECONÓMICO ECOLÓGICO: La educación para la salud debe de contribuir a resolver los problemas de salud y requiere de una valoración en términos de salud y bienestar, y no solo de conocimientos y actitudes, sin duda alguna, la salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas y conducidas fuera del marco ambiental en el que vive el individuo y la población afectada.

"..Este modelo tiene un enfoque radicalmente distinto por que concibe la salud dentro de la vida humana y no la separa de la estructura social donde se produce esa vida, su objetivo, es reducir las desigualdades ante la salud ya que la pobreza es ciertamente, determinante en la enfermedad. Además de intervenir sobre los individuos ayudándoles a comprender sus necesidades que le lleven a adoptar o cambiar su conducta de salud, hay que investigar con la comunidad, comprender

³¹ Serrano González. María. Educación para la Salud y participación comunitaria. pp. 34-38

las fuerzas económicas y políticas que modelan al medio ambiente social que influyen sobre la salud...³¹

La participación es tarea comunitaria, sin ella no puede generar la conciencia pública. Ninguna intervención sanitaria puede tener éxito sino pasa a través de la colaboración y la participación activa de la comunidad. No se puede negar la enorme importancia que tiene la economía y política en la salud y la enfermedad.

Todos los modelos mencionados tienen un objeto principal el cual es la enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio y de conducta, para la aplicación de medios que les permita la conservación y mejoramiento de su salud, es además una acción que tiende a responsabilizar, tanto de su propia salud como de la familia y la del grupo social al que pertenece.

"..Sólo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido los siguientes puntos:

1. - La educación para la salud es enseñanza-aprendizaje, por lo tanto involucra tanto a los que la imparten como a los que la reciben: aquellos informados motivando; éstos, realizando el cambio que se pretende conseguir sobre la base de sus motivos e intereses.

2. - El cambio de actitud y de conducta se podrá alcanzar mediante la aceptación y adopción consiente de las medidas de salud propuestas.

3.- La educación para la salud busca un " proceso de cambio" es decir una modificación o sustitución de los hábitos o costumbres establecidos, resultado de la acción voluntaria de los propios individuos, es con frecuencia lenta y progresiva.

4.- La auto responsabilidad en la salud implica aprovechar y aplicar los recursos indispensables para alcanzarla..."¹

La educación para la salud es instrumento útil y necesario para la práctica médica así la parte educativa, participación y compromiso sean capaces de incorporar al educando activamente en el contexto de una sociedad desigual y conflictiva. Ya que se puede proponer que la educación para la salud puede ser la clave de la salud para todos en el año 2000, la cual es una meta fijada por la Organización Mundial de la Salud en el año de 1981 junto con la Atención Primaria de la Salud.

¹ Álvarez Alba, Rafael. Educación para la Salud. pp. 45-46, 52

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El consejo mundial es, en el sentido de que la atención primaria de salud es una de las principales estrategias para alcanzar la meta de la Organización Mundial de la Salud " Salud para todos en el año 2000". En la ciudad de Alma Ata, se definió así a la atención primaria.

".. Es, se dijo, la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundada y socialmente aceptado, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación..."¹

La atención primaria de salud forma parte del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, de las familias y de la comunidad con el sistema nacional de salud. Llevando la atención de salud lo más cerca posible al lugar donde reside y trabaja. Constituyendo el primer elemento de un proceso determinante y permanente de la asistencia sanitaria.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Todas las características que se reflejan en los diferentes sistemas de atención a la salud se ven enmarcados por el tipo de formación profesional odontológica tan arraigados desde sus inicios, los cuales son portadores de una práctica odontológica insatisfactoria para las condiciones del país y que no dan una solución satisfactoria.

Para comprender todo este devenir de la formación profesional odontológica del profesional dentro de sus evoluciones en su formación hacemos una semblanza desde sus primeros orígenes, planes y programas.

"..Se observa que ya desde épocas antiguas se realizaban prácticas del cuidado de la boca en diferentes países.

¹ Álvarez Alba. Rafael. Educación para la Salud. pp. 45-46, 52

En América Latina se han encontrado vestigios de algún tipo de práctica relacionada con la boca enfatizándose al aspecto de adorno en las sociedades aztecas, mayas, incas y otros.

Podría colocarse el médico como iniciador de las actividades en la boca del humano ya que este trataba integralmente al individuo, aunque su ejercicio estuviera más ligado a las clases poderosas de la población. Con el advenimiento de la teoría de los humores aparece un grupo de individuos, los flebotomos, quienes aplicaban las sangrías y a través de estos tratamientos llegaban a la mayoría de la población. Esta actividad era generalmente realizada por barberos, que una vez disminuido su hacer a través de la sangría, se dedicaron a la extracción de las piezas dentarias...¹⁶

Mientras tanto en Estados Unidos y específicamente en Baltimore en 1842, se crea la primera escuela dental que como su nombre lo indica en un comienzo más, dirige su acción hacia la curación de los dientes. Dejando de lado todo el resto el aparato estomatognático. El énfasis dental hacen que queden como tierra de nadie otros tejidos duros y suaves que son los que conforman el llamado aparato estomatognático. Con ello no sólo se hace una desintegración del individuo sino más aún, esa parte se ve colocada en un espacio más pequeño, el que constituye los dientes.

Con el surgimiento del concepto de odonto la profesión dental se vuelve odontológica, pero sin tomar en cuenta todavía la totalidad del sistema estomatognático ni siquiera al hombre individualmente considerado y mucho menos a la totalidad social.

Por otro lado, en Europa sucede un fenómeno diferente en la estomatología, está se observa como una especialidad médica en donde se da énfasis a los aspectos más complejos de la estomatología dejando de lado los aspectos relacionados con los dientes, los que son atendidos por una profesión eminentemente técnica.

Ahora bien los estudios odontológicos en México inician de manera oficial en los umbrales del siglo XX.

En 1841 en la Escuela Nacional de Medicina empiezan a registrarse solicitudes de exámenes para dentistas, sin embargo, aún no estaban organizados los estudios para dicha profesión que ni siquiera era reconocida en nuestro país como tal. Quienes deseaban ser dentistas, tenían que practicar en el consultorio de algún dentista reconocido por un período de dos años y certificar dicha práctica ante el notario para después solicitar un examen para el cual no se presentaba trabajo de tesis.

¹⁶ Modulo de Seminario de Integración. 7º Semestre. Odontología. p. 83

Cuando en 1896, se establece la primera escuela especial de dentistas de la República mexicana, el Doctor José María Soriano presenta un plan de estudios elaborado por el mismo.

Este plan tenía dos objetivos fundamentales: La capacitación de profesores en la enseñanza de la odontología y la formación de profesionales capaces de satisfacer la creciente demanda odontológica de nuestro país.

Sin embargo, después de un año de gestiones ante el Ministerio de la Instrucción Pública este no encuentra justificado el hacer las erogaciones necesarias para establecer dicha escuela considerando que los dentistas podían seguir siendo prácticos y formarse como hasta entonces, al lado de los que tenía un consultorio ya establecido y con amplia experiencia.

En 1901 el entonces Director de la Escuela Nacional de Medicina Eduardo Liceaga, convoca a los miembros de la recién creada Sociedad Dental Mexicana para proyectar un plan de estudios y elaborar los presupuestos de material y equipo que harían falta para la puesta en marcha de una Escuela Odontológica.

“..Al año siguiente el plan de estudios es aprobado por la cámara de diputados, y el 21 de Enero de 1902 es publicado en el Diario Oficial del Supremo Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, dos años antes de la creación del Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, inaugurado el 19 de Abril de 1904 dicho plan estaba conformado de la siguiente manera:

PRIMER AÑO

- Anatomía descriptiva y disecciones.
- Histología, especialmente de los elementos que constituyen la boca.
- Primer curso de operaciones dentales.
- Primer curso de prótesis dental.

SEGUNDO AÑO

- Anatomía topográfica de la cabeza y especialmente de la boca.
- Fisiología.
- Procesos morbosos generales.
- Materia medica dental.
- Cirugía dental y segundo curso de operaciones dentales.
- Segundo curso de prótesis dental.

TERCER AÑO

- Bacterioscopía.
- Patología dental.
- Cirugía dental y tercer cursos de operaciones dentales.
- Terapéutica dental.
- Tercer curso de prótesis dental (coronas y puentes de oro y trabajos de porcelana).

Con excepción de las materias de anatomía, histología, fisiología y patología médica y quirúrgica, en lo relativo a las enfermedades de la boca que se impartían en la Escuela Nacional de Medicina, todos los demás estudios profesionales de la carrera se realizaban en el local del Consultorio Nacional de Enseñanza Dental. Se visualiza como obligatorio el servicio social...³³

La principal virtud de este plan de estudios reside en que se trató de fusionar las dos corrientes que sobre la enseñanza dental prevalecían en ese entonces, la Escuela Europea, que consideraba a la odontología como una especialidad más en la medicina y la Escuela Americana, que tomaba a la odontología como una rama médica susceptible de ser estudiada en forma independiente de la medicina.

El tiempo de permanencia de tres años estipulado para la formación académica del dentista es en ese primer plano oficial.

Con relación al estatus del Consultorio, en el año de 1911 se gestiona y concede su autonomía con lo que deja de ser anexo a la Escuela Nacional de Medicina y recibe el nombre de "Escuela Nacional de Enseñanza Dental" en 1914 se incorpora a la recién creada Universidad Nacional de México, recibiendo el nombre de "Facultad Odontológica".

En 1926, bajo la dirección del doctor Alfonso Priani, el H. Consejo Universitario aprueba la modificación del plan de estudios, el cual entra en vigor en el año de 1928. Por primera vez la carrera tiene una duración de cuatro años, ya que hasta estas fechas la carrera constaba solamente de tres años.

En 1929, con la nueva ley de Autonomía Universitaria, la Escuela toma el nombre de "Facultad de Odontología" y se modifica nuevamente el plan de estudios.

De 1933 a 1960, Rafael Ferriz, durante el desempeño de su cargo como director (1933-1936), realizó algunas reformas al plan de estudios, se contemplaba el que los alumnos cumplieran con el servicio social obligatorio, que era desempeñado por los alumnos del cuarto y último año de la carrera.

³³ Trapaga Delfín, Liliana. Guía de la facultad de Odontología. UNAM. p. 135

Hasta principios de la década de los 60's la odontología en México se había limitado casi exclusivamente a las prácticas de índole, esencialmente, curativas y restaurativas. Es hasta 1966 que se aprueba una modificación radical en el plan de estudios para la Escuela Nacional de Odontología además de agregar un año más a la carrera de cirujano dentista y desarrollar por primera vez en el plan de estudios el campo de la prevención y la salud pública, creando la asignatura de ODONTOLOGÍA SANITARIA.

..Nuevamente en el año de 1971, se aprueba el nuevo plan de estudios de la carrera de cirujano dentista reduciéndose un año en la duración de la carrera y así dura su estructura básica durante 11 años quedando de la siguiente manera:

PRIMER SEMESTRE

- Anatomía humana
- Histología y embriología.
- Odontología preventiva I
- Anatomía dental.
- Materiales dentales.

SEGUNDO SEMESTRE

- Operatoria dental I.
- Odontología preventiva II.
- Fisiología.
- Radiología I.
- Microbiología.
- Patología general.

TERCER SEMESTRE.

- Operatoria dental III.
- Bioquímica.
- Prótesis parcial fija y removible I.
- Patología bucodental.
- Farmacología.
- Radiología II.

CUARTO SEMESTRE.

- Iniciación a la clínica.
- Operatoria dental III.
- Prótesis parcial fija y removible II.
- Anestesia.
- Parodoncia total I.
- Endodoncia I.

QUINTO SEMESTRE.

- Operatoria dental IV
- Prótesis parcial fija y removible III.
- Prostodoncia total II
- Exodoncia II (guardia)
- Terapéutica medica,
- Endodoncia.

SEXTO SEMESTRE.

- Operatoria dental V
- Prostodoncia total III.
- Prótesis parcial fija y removible IV.
- Exodoncia III. (guardias)
- Parodoncia.
- Técnicas quirúrgicas.

SEPTIMO SEMESTRE.

- Clínica integral I.
- Cirugía bucal.
- Odontología infantil.
- Medicina estomatológica.
- Oclusión.

OCTAVO SEMESTRE

- Clínica integral II
- Cirugía maxilofacial.
- Ortodoncia.
- Medicina estomatológica II
- Oclusión II

ASIGNATURAS OPTATIVAS

- Historia de la odontología.
- Problemas socioeconómicos de México.
- Introducción a las ciencias políticas.
- Introducción a la investigación bibliográfica.
- Redacción de escritos científicos.
- Organización de consultorios.
- Idiomas: inglés y francés.
- Seminario de lecturas sobre política Mundial.
- Bioestadística.
- Fotografía clínica.
- Educación audiovisual.
- Radioactividad y protección radiológica.
- Odontología forense.
- Psicología médica.
- Higiene y odontología sanitaria.
- Neoplasias orales.
- Nutrición.
- Genética.
- Emergencias médico dentales.

Este plan de estudios es el antecedente directo del plan vigente, del plan de estudios de 1992...³³

"...A partir de 1972, se aprueban los planes de estudio y programas para la creación de maestrías en odontología, en el año de 1975, se aprueba la creación del doctorado de ciencias odontológicas por lo que la Escuela Nacional de Odontología se eleva al rango de Facultad..."

Para 1978, en la Facultad se imparten dos especializaciones, seis maestrías y tres doctorados.

"...Con el gran desarrollo que tuvo la carrera de cirujano dentista y tomando como patrón a la Facultad de Odontología, y como parte del proceso de modernización-descentralización del sistema Educativo Nacional surge en la UNAM en 1974 el "Programa de Descentralización de Estudios Superiores". En el marco de este programa se plantea la creación de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP); Cuatlitlán, Acatlan e Iztacala, Aragón y Zaragoza..."²¹

³³ Trapaga Delfín, Liliana. Guía de la Facultad de Odontología. UNAM. p. 136

²¹ Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista. UNAM. Campus Iztacala. p.32

“..Y así como surgen estas instituciones, la creación de escuelas de odontología se incremento de manera considerable en la década de los 70's y durante los años 80's disminuyó la creación de escuelas de odontología dependientes de las universidades públicas, solo dos en esa década, en cambio se crearon seis universidades privadas...”²⁴

El número de Instituciones donde se imparte la carrera de odontología del país es de 56 hasta 1996 (ANUIES). De éstas, 35 dependen de Universidades públicas, 21 son de carácter privado, todos otorgan el título de cirujano dentista, sin embargo, reciben las siguientes denominaciones: cirujano dentista 43 escuelas, licenciatura en odontología 5, médico cirujano dentista 5, médico estomatólogo 1, licenciado en estomatología 1, licenciado en estomatología dental 1. Su distribución geográfica es bastante irregular. En sólo 4 estados se encuentran el 33% (Tamaulipas, Veracruz, Chihuahua y Puebla) lo que quiere decir que en el Distrito Federal y en estos 4 estados se ubica el 50% del total de las Instituciones, la otra mitad se distribuye en 21 Estados de la República Mexicana. (Martínez, 1994, 373)

La organización y duración de la carrera también es variable, 27 escuelas tienen plan semestral, de las cuales 9 se imparten en 8 semestres, 5 en 9 semestres y 13 en 10 semestres; dos tienen plan anual, una se imparte en 4 años y la otra en 5 y sólo una se imparte en 12 trimestres

“..La carrera de cirujano dentista se ve involucrada y caracterizada en sus inicios por la subordinación de las escuelas de medicina adoptando un modelo flexneriano en sus planes y programas de estudio con un contenido biomédico básico en la etapa inicial del curriculum, la atención orientada a la enfermedad, con una práctica elitista, costosa y de carácter curativo y rehabilitatorio...”²⁴

Dentro de varios planes de estudio que se recabaron podemos constatar que todavía hoy en día se lleva este modelo flexneriano y que la odontología sanitaria que ya se había visualizado desde 1966, no es desarrollada en la actualidad como tal. Pero como dato importante cabe mencionar que de estas 56 Instituciones que imparten la carrera de cirujano dentista sólo 4 se insertan en lo que se denomina el modelo ecologista por el gran impulso que dio la triada ecológica, por los años 70's es decir a la concepción del hombre como unidad biopsicosocial, el cual tiene como finalidad la solución a problemas de complejidad creciente que promueve el trabajo grupal con un enfoque preventivo que incorpora contenidos sociales, sobre todo referidos a salud pública y el desarrollo de una práctica clínica que integra varias disciplinas y estas son: La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, UA Zacatecas y UA Baja California.

²⁴ Plan de Estudios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. pp. 15-16

Aunque bien es cierto que estas 4 escuelas se insertan en este modelo, no podríamos afirmar concretamente que sus egresados sigan este patrón es su práctica privada.

Básicamente la forma de enseñanza de las diversas Instituciones que imparten la carrera de cirujano dentista engloban sus módulos o asignaturas de la siguiente manera: Área básica o biológica, área clínica y área social.

PERFIL PROFESIONAL DEL EGRESADO

Los datos sobresalientes del perfil profesional de egresados de la carrera de cirujano dentista de varias Instituciones que se recabaron podemos plasmar los siguientes puntos:

- a) Facultad de Odontología. “..El desarrollo de una concepción preventiva, aplicada tanto en el ámbito individual como comunitaria.
- b) Facultad de Odontología. El desarrollo de una concepción ética que lo conduzca a ejercer su práctica profesional con alto sentido de la responsabilidad social...”³³
- c) FES Zaragoza. “..Fomentar que sus egresados tengan la capacidad de desempeñarse como gérmenes del cambio con alto compromiso social, dedicados a contribuir al estudio y solución de la problemática de nuestro país, dando preferencia a aquellas que involucren a los sectores más necesitados, desprotegidos y a todos aquellos proyectos que contribuyan a la prevención de nuestros recursos y valores en nuestra diversidad y cultura nacional.
- d) FES Zaragoza. Que sean capaces de abordar el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático de manera integral, a través del trabajo multi e interdisciplinario del conocimiento teórico y aplicado, que les permita desarrollar la práctica profesional integradora en sus tres dimensiones, producción de conocimientos (en el nivel de investigación operacional), producción de servicios y formación de recursos humanos...”²⁴
- e) UAM Xochimilco. “..Formar profesionales con una preparación científico-técnica y más visión crítica que les permita insertar su práctica profesional en los servicios odontológicos tradicionales y adquirir los elementos necesarios para transformarlos.

³³ Trapaga Delfín, Liliana. Guía de la facultad de odontología. UNAM. p. 145

²⁴ Plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. p. 45

- f) UAM Xochimilco. Capacitar estomatólogos para resolver los problemas bucales que afectan a la población del país, ampliando sus perspectivas a aspectos de medicina bucal...²⁵
- g) ENEP Iztacala "...El cirujano dentista es un profesional del área de la salud encargado de la atención de padecimientos estomatológicos, con énfasis en aquellos problemas de relevancia epidemiológica en el país, mediante acciones de tipo preventivo, terapéutico y rehabilitatorio con una información científica, técnica, humanística y crítica..."²¹
- h) Justo Sierra "...Ser un profesional consiente de la realidad de su tiempo, preocupado por solucionar problemas de salud dental, basándose en una información científica, técnica, humanística y crítica..."²²
- i) CICS IPN "...Será un profesional capaz de integrarse en equipos de salud y trabajo, conforme a las necesidades del medio, técnica y científicamente preparado para resolver con un criterio reflexivo y preventivo al servicio odontológico del individuo, familia, grupo o comunidad..."²³
- j) UNITEC "...El odontólogo egresado estará capacitado científica, técnica y culturalmente para la investigación de los problemas odontológicos de la población, para la planificación, coordinación y realización de los servicios de salud oral, tanto en el ámbito oficial como privado según las necesidades nacionales..."²⁶

ESTRUCTURACIÓN DE UN PLAN DE ESTUDIOS.

En lo que se refiere a la esencia de los contenidos de los planes y programas de estudio que conjuntamos, denotamos que la mayoría de las Instituciones que imparten la carrera de cirujano dentista no llevan dentro del área social la materia o asignatura de Odontología Social(comunitaria), solamente la contemplan dentro de la odontología preventiva. VER ANEXO.

Retomando nuevamente los primeros indicios de los planes de estudio, estos se fueron modificando y ampliando del original para mejorar la enseñanza de la odontología y de acuerdo a las necesidades básicas que se contemplaban para los

²⁵ Plan de estudios de la UAM. Unidad Xochimilco. p. 2

²¹ Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano dentista. UNAM. Campus Iztacala. p. 56

²² Plan de estudios de la Licenciatura en estomatología . Del Centro cultural Justo sierra. p. 41

²³ Plan de estudios de la Licenciatura en Odontología del Centro interdisciplinario de ciencias de la salud. IPN. p. 44

²⁶ Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista. UNITEC. pp. 12-14

profesionistas, para así dotar a los alumnos de conocimientos teóricos y prácticos para que pudieran ejercer satisfactoriamente la carrera, formar egresados capacitados para resolver las necesidades primordiales de la población.

Y para que todo esto se de será fundamental el papel que juega el docente dentro del vaciamiento de los contenidos contemplados en los planes de estudio. Muchos profesores y administradores pueden considerar la teoría de los planes de estudio como algo muy alejado de la práctica cotidiana y de la enseñanza médica, ya que la teoría de un buen plan de estudios está totalmente integrada en la práctica cotidiana de la enseñanza.

Más que un plan de estudios representa algo distinto para diferentes personas por lo general, se considera que es un programa de instrucción para un establecimiento docente. Para los alumnos, el plan de estudios es una sucesión de cursos obligatorios o facultativos que es preciso seguir para obtener un título. Para los profesores, el plan de estudios puede ser una sucesión de "lotes de conocimientos" que han de enseñar de cierta manera y en determinados momentos los especialistas en cada disciplina. Para los administradores, el plan de estudios constituye un modo de organizar y dividir en departamentos un establecimiento docente de modo que constituya una serie de servicios administrativos susceptibles de una gestión adecuada. Para la sociedad, el plan de estudios representa muchas veces un período ininterrumpido de actividades docentes que tiene por objeto preparar a los estudiantes para el desempeño futuro de su cometido en la colectividad.

También puede considerarse que un plan de estudios consiste en algunos de los siguientes aspectos: El contenido del programa de enseñanza, las exigencias de aprendizaje impuestas a los estudiantes, un programa para hacer avanzar a los estudiantes, una tradición que ha de seguirse en una escuela determinada, una serie de normas de orientación para satisfacer las necesidades de la población o un vehículo primario para la reforma de la enseñanza. Todas estas representaciones son adecuadas, e incluso necesarias para la cabal comprensión de la teoría del plan de estudios y su aplicación práctica. ¿Cómo un plan de estudios cumple tantas funciones distintas? es evidente que en la teoría habrá de recurrir a todos esos elementos y sintetizarlos para formar con ellos un plan lógico que se tenga en cuenta tanto el proceso como el producto de la enseñanza.

El plan de estudios no es más que una de las variables que deben tenerse en cuenta para resolverse los grandes problemas planteados para los profesionistas dedicados a la prestación de servicios de salud.

Como el plan de estudios es importante aunque no sea el único determinante en el resultado final, es tanto más indispensable que el personal docente posea unos conocimientos teóricos sólidos que le permitan apreciar la posible utilidad del programa que ofrecen.

Existen dentro de los planes de estudio determinantes que son los factores que demuestran la necesidad de un programa y fijan su alcance. Para esto cabe establecer cuatro clases de determinantes importantes dentro de los planes de estudio: 1) Académicas, 2) Sociales, 3) Económicas y 4) Políticas.

- 1) “.. Las determinantes académicas son probablemente las que mayor influencia tienen en la planificación de los planes de estudio actuales y en muchos casos pueden ser las únicas. Cada disciplina tiene un cuerpo organizado de conocimientos defendidos encarnizadamente por un grupo de profesores que exigen tiempo y en ocasiones insuficientes para enseñar lo que han aprendido. Del otro lado se encuentran los partidarios del proceso de aprendizaje que destacan las diferencias entre los estudiantes en lo que respecta a la preparación académica, capacidad intelectual y objetivos finales, y abogan por unos planes de estudios más adaptados a las necesidades de cada grupo. Cita así mismo el hecho convincente de que cada persona aprende de manera diferente y por eso propugnan planes individuales de enseñanza mediante vías múltiples y la participación activa del proceso de aprendizaje en vez de la absorción pasiva de informaciones...”²⁸
- 2) Debe tenerse en cuenta al establecer los planes de estudio las necesidades sociales y hay que reconocer sin asomo de duda que tales necesidades variarán casi inevitablemente de un país a otro, o incluso entre grupos distintos de un mismo país. Es posible, que en un país en desarrollo la necesidad abrumadora de medidas sanitarias básicas exija un plan de estudios encaminados a preparar a un personal profesional principalmente destinados a la práctica de la salud pública, mientras que en un país muy industrializado que cuente con un sistema bien organizado de servicios de salud amplios tal vez resulte mucho más necesario un plan de estudios que prepara a los jóvenes para una especialización más acentuada en el campo del diagnóstico y el tratamiento médico. No hacen falta comparaciones odiosas entre los dos sistemas no es que uno sea bueno y el otro malo, cada uno de ellos es el mero reflejo de unas necesidades sociales que han de tomarse en consideración para preparar debidamente los planes de estudios.

3) Las determinantes económicas influirán tanto en la naturaleza de un plan de estudios destinado a preparar médicos como en el tipo de decisiones adaptadas en una nación a cerca de las categorías de profesionales de salud que proceda a formar. En un país que tenga una proporción de 1 médico por 15 000 habitantes, parece perfectamente lógico que se prepare un plan de estudios encaminado a formar médicos para el desempeño de funciones de dirección de los servicios de

²⁸ La Preparación para el Ejercicio de la Medicina General. Documentos presentados en una Conferencia Europea sobre la preparación del Médico para la práctica en la Colectividad. OMS. pp. 12-13

salud y no como encargados de prestar directamente asistencia médica a los pacientes.

4) Tampoco se puede ni se debe dejar de tener en cuenta las determinantes políticas en los planes de estudio. En un país en desarrollo, el estímulo dado al orgullo nacional por una escuela de medicina que toma como modelo la institución más moderna de los países avanzados puede dar por resultado una influencia tan importante en la preparación en los planes de estudio como en un país desarrollado la necesidad política de establecer programas que permitan aumentar el número de futuros médicos y reducir el tiempo requerido para formarlos.

Básicamente el plan de estudios atañen sobre todo al que aprende, no al profesor, y las enseñanzas que se derivan de ellas tienen por finalidad facilitar el aprendizaje de cuestiones concretas que han determinado en términos de resultados y de competencia, y no de los cursos ni los contenidos.

Por eso es importante que haya un buen vínculo entre las bases esenciales de cada contenido de los planes de estudio y la transmisión de estos por parte de los profesores hacia los alumnos.

Por lo general, el profesor de medicina no obtiene un puesto docente sino después de muchos años de estudios y de alcanzar renombre como médico o como especialista en ciencias biomédicas. No se puede extrañar que muchos profesores consideraran que su principal función consiste en transmitir a los estudiantes los conocimientos que han adquirido, las técnicas que han desarrollado, y el saber que han acumulado. La función del profesor es pues explicar y exponer, la del alumno escuchar y observar hasta que el profesor le haya transmitido sus conocimientos. Los conocimientos siempre están en constante evolución y surgen cada día nuevas técnicas y la tarea del alumno es aprender a sopesar y juzgar tanto lo nuevo como lo viejo en el transcurso de su carrera profesional. En este caso, la función del profesor no es sólo transferir sus conocimientos sino sumarse a los estudiantes en una constante búsqueda del saber. En algunas circunstancias, puede resultarles útil lo que el aprendió en otras, las preguntas y dudas de los alumnos pueden serles útiles a el mismo, si bien es cierto que en ambos casos el intercambio se produce en las dos direcciones, y no sólo por la vía de la autoridad.

“...A veces hay casos en que los alumnos se hallan ante la incomoda y desalentadora situación de tener que adivinar los objetivos de la enseñanza que les imparte y malgastar gran cantidad de energías tratando de descubrir lo que el profesor verdaderamente quiere que aprendan (sin embargo en ocasiones también ellos desconocen realmente cuales son los objetivos de su programa)...”²⁸

²⁸ La Preparación para el Ejercicio de la Medicina general. Documentos presentados en una Conferencia Europea sobre la preparación del Médico para la Práctica en la Colectividad. OMS. p. 68

Si bien es cierto el intercambio entre el alumno y el profesor puede llegar a facilitar la retroalimentación de los conocimientos y así crear alumnos con su propio estilo individual, ser más abiertos al cambio constante que vive la población.

La planificación de la enseñanza es uno de los aspectos más importantes ya que el profesor podría determinar lo que va a enseñar y el orden de las lecciones basándose en su experiencia personal, en el campo de su especialidad o en los libros de texto.

Pero el objetivo de la instrucción es el aprendizaje y no la enseñanza; no se trata de una distinción semántica, ya que el aprendizaje significa el cambio en el comportamiento y no simplemente asistir a clases. La planificación de la enseñanza deberá iniciarse delimitando claramente lo que el alumno debería de ser capaz de hacer al final de un curso de estudio para después poder definir la manera más racional los conocimientos que todavía necesitan adquirir. Ya que objetivo primordial de la enseñanza de las profesiones sanitarias es preparar médicos capaces de fomentar la salud de la población mediante educación para la salud.

Y para que todo esto se pueda dar el profesor deberá de aprender no sólo a preparar nuevos medios auxiliares de enseñanza, sino también a utilizarlos debidamente como parte del conjunto del sistema de enseñanza. Sabiendo que la clave para que se de el aprendizaje es la comunicación la cual, para ser eficaz a de efectuarse en ambas direcciones.

"..Un plan de estudios bien estructurado con contenidos a acordes a dar solución a la problemática real que vive la población es una base sólida en la que los estudiantes obtienen las herramientas necesarias para su formación profesional contando por su puesto con el gran apoyo de sus profesores, los cuales deben ir desechando ya su comportamiento tradicional tan ambiguo y en la medida en que los profesores sensibilicen a los estudiantes a hacer más conscientes de la gran problemática de salud y enfocarlos a que aborden programas preventivos y educativos hacia la comunidad, darán un mayor beneficio de salud..."⁶

Con respecto a todo lo anterior, bien es cierto que México afronta una gran problemática en cuanto a salud bucal se refiere ya que estos se ve reflejados por la formación profesional de sus egresados y es necesario entonces hacer un cambio dentro de los planes de estudio de las Instituciones que imparten la carrera de cirujano dentista con relación a la odontología social (comunitaria) que los profesores estén abiertos al cambio e ir desechando el modelo Flexneriano tan

⁶ Estrategias Educativas para las profesiones de la salud. Cuadernos de Salud pública. No. 61. OMS GINEBRA. p. 68

arraigado que nos dejaron los iniciadores de esta práctica odontológica e ir adoptando una nueva y acorde con las necesidades reales de nuestro país.

Para tener una visión más concreta de todo esto que se ha hablado mencionaremos como dato importante lo que Cuba lleva a cabo para dar una ubicación concreta con la formación profesional más integral de sus profesionales de la salud.

Para esto en Quito, en el marco de la VIII conferencia " El médico que América Latina necesita ". Hubo manifestaciones de gran preocupación por la situación de la educación médica, cuya expresión más elocuente se recoge de un fragmento del documento presentado por los estudiantes de medicina de la universidad central de Ecuador: "Cuestionar la estructura educativa tradicional imperante en nuestras facultades de medicina, fiel reflejo de la dependencia cultural y económica de nuestros pueblos que se manifiestan a través de su carácter elitista, individualista, libresco y totalmente alejado de los auténticos valores y realidad de salud nacional".

"..Para Cuba el fin último de la educación medica es preparar trabajadores de la salud, que tengan como centro de su formación y como objetivo de su acción técnica futura la salud de la comunidad; que conciba la relación médico-paciente en una nueva dimensión, no limitada a un paciente, a un enfermo, sino a la relación médico-comunidad y con énfasis a la salud y no en la enfermedad, que les sea indispensable sentir la necesidad de trabajar en equipo y ubicarse dentro de el, sin jerarquías artificiales por absolutistas, aceptando las limitaciones; que estén en disposición permanente de enriquecer su aval teórico con la práctica y está como fuente permanente y creadora de nuevos conocimientos que no perciban la comunidad como escenario de su acción sino que la vean como elemento activo, organizador y creador, capaz de realizar cambios en el cuadro de salud, que no podrían realizarlos el equipo por si sólo, saber que en una sociedad socialista la comunidad no es un factor aislado, sino universal..."³

El problema que enfrenta las Instituciones es que pone el conocimiento científico e ideológico al servicio de una u otra clase social y es aquí donde se esta dando el conflicto actualmente entre las fuerzas políticas tanto internas como externas, en la medida que la bajo la tónica de neutralidad, básicamente sólo se había puesto al servicio de la burguesía.

La crisis de la educación superior en México es un fenómeno complejo, pero del cual se pueden mencionar las siguientes características:

1.- La educación superior es y a sido operada fundamentalmente por mecanismos de selección económico que le da un carácter elitista.

³ Araujo Bernal. Leopoldo. La Lucha por la Salud en Cuba. p. 162

2.- El aumento notorio de un sector de la población en la educación media y superior entre otras cosas por un aumento relativo en el nivel de vida ha dado como resultado una "explosión demográfica".

3.- La incapacidad de las estructuras actuales de responder adecuadamente a la demanda lo que redunde entre otras cosas, en una preparación deficiente.

4.- El funcionamiento antidemocrático no permite una adecuada participación de profesores y estudiantes en el proceso de enseñanza aprendizaje, lo que en otras cosas perpetúan el carácter autoritario de la relación maestro-alumno-autoridades y no permiten la alternativa educativa.

De los problemas expuestos anteriormente nos enfocaremos a la masificación de la enseñanza y sus repercusiones en el ámbito de la orientación de la práctica de la medicina y el mercado de trabajo.

1.- El primer problema es el aumento explosivo de la población escolar que se ha observado en los países periféricos, esto plantea un problema importante en cuanto a:

a).- Facilidades de formación práctica a nivel de las instituciones por parte de los alumnos.

b).- Una posibilidad cada vez menor de nuevos egresados de ubicarse dentro del mercado de trabajo.

Aún cuando la deserción escolar, como proceso de selección varía mucho de una institución a otra, además favorece la migración de profesionistas a los países centrales constituyendo así, una forma de adquirir personal profesional capacitado sin que les haya costado. De esta forma se explica la inversión que hacen estos países creando o apoyando universidades en los países periféricos.

2.- Otro problema importante ha sido la formación desigual en el número de médicos y personal mal denominado "paramédicos".

3.- Otro punto por abordar y a riesgo de ser muy esquemático, es el relativo a la orientación curricular en vista del reconocimiento de las grandes fallas del sistema tradicional compartimentizado en materias con una enseñanza predominantemente pasiva con un desajuste importante entre teoría y práctica, se inician a partir de los años 60's. Se hace necesario la Inter y multidisciplinaridad, basada en la problematización representada en un adelanto sustantivo, pues permite volver a una concepción globalizadora de los problemas. Sin embargo, cabe hacer notar que el esquema y orientación básica de la enseñanza no ha sido realmente cuestionados.

Algunos de los problemas generales de la orientación en la formación de recursos humanos son:

- a).- Ausencias de ubicación de los individuos en la sociedad.
- b).- Disociación entre estudios y trabajo, producto de la concepción elitista de la educación y de la acción de ésta, como forma de dominio.
- c).- Concepción esencialmente biologicista.
- d).- Tendencia a la formación de técnicos, más que a personal con una visión integradora.

“..En México, hasta hace un par de años en que se formulo el Plan Nacional de Salud no existían políticas de formación de recursos humanos en salud y por lo tanto, sí un desfase entre las instituciones formadoras por un lado y las utilizadoras por el otro pero aún dentro de estas aunque representen un avance, no se pierde el esquema tradicional del médico como el eje del equipo y acciones de salud, así como las políticas esbozadas nunca pasaron de ser buenas intenciones ya que nunca se formularon las formas concretas de implementarlo y a hora a quedado un poco en el olvido...”⁴

FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS EN LA FORMACIÓN DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS.

La enseñanza universitaria como se ha descrito anteriormente es un proceso de aprendizaje extremadamente complicado, por los siguientes aspectos:

- 1.- Porque los móviles del estudiante son abstractos y se refieren aún propósito que se sitúan en un porvenir lejano.
- 2.- Porque muchas de las materias que se han de aprender se relacionan con dichos propósitos en condiciones cuya importancia aprecia mal el interesado y que obligan en consecuencia a emplear móviles artificiales en ciertas secciones del proceso de formación.
3. - Porque no siempre coinciden los propósitos de los que enseña con los móviles de los que aprenden y porque a menudo el maestro y el alumno se forma una imagen distinta del objetivo que persiguen en el proceso de la enseñanza.

⁴ Crevanna. Pedro. Medicina y Salud, Pensamiento social. p. 115

Históricamente, la complejidad de ese proceso a impedido que se haya intentado sistematizar en la enseñanza universitaria una ciencia de la comunicación, de la información o de la formación de actitudes. A habido una tendencia ante sus complejidades a dar por su puesto que el estudiante de facultad es un adulto capaz de superar la dificultad por si mismo, que sus móviles coinciden con los de sus profesores y que en fin el resultado de sus estudios observado y verificado en la facultad por medio de pruebas y exámenes de una indicación directa de la aptitud para el ejercicio de la profesión. Tales supuestos no están justificados nada más que en parte.

La operación de enseñar y aprender se sitúa en algún punto del continuo que va desde la coerción hasta la actividad libre desde el dogmatismo hasta el descubrimiento original, desde la imitación hasta la invención. El lugar exacto que ocupa entre esos extremos los determina las tradiciones culturales, los caracteres personales del maestro y del alumno y de las exigencias de la materia enseñada. La enseñanza impuesta por coerción debilita la iniciativa y la confianza en sí mismo pero aumenta la eficacia mecánica, mientras que la enseñanza estimulante permite obtener resultados más positivos en el desarrollo de la iniciativa personal.

CRITERIO Y DESTREZA

Ciertos tipos de diagnóstico de diferencia son ejemplos de una forma de razonamiento que el cirujano dentista al igual que los médicos necesitan emplear. Y en las ciencias biológicas sociales el razonamiento se funda en: 1) En la aplicación de los principios del cálculo de probabilidades y 2) En la comprensión de las interrelaciones personales.

La capacidad de razonar con esos criterios es indispensable para quienes cultivan las ciencias en cuanto ha de manejar datos de naturaleza variada y cambiante. No puede evidentemente esperarse que la instrucción recibida antes de ingresar a la facultad haya bastado para llegar a esa clase de razonamiento, tampoco puede esperarse que surja por efecto del almacenamiento de datos o por las lecciones en cátedra. La única manera de adquirirlo es la experimentación verdadera.

Este tipo de instrucción que consiste en aprender a hacer algo haciéndolo, a de aplicarse en la enseñanza de facultad y es dudoso que sin ejercicios frecuentes de esa clase, el estudiante medio consiga adquirir la capacidad de razonamiento que necesita.

FORMACIÓN DE ACTITUDES

Entre los muchos aspectos de la formación de actitud vamos a examinar las dos siguientes: La probabilidad intelectual y la responsabilidad social.

Desde el punto de vista de la psicología, la adquisición de conocimientos tiene por objeto desarrollar las capacidades, y disminuir la inseguridad del alumno tanto personal como al estar en su práctica individual. Cualquier incertidumbre, cualquier incógnita limita esas capacidades y probablemente aumenta la inseguridad, la persona se siente insegura en lo afectivo como en lo intelectual, tiende tanto a apoyarse en quienes tienen el conocimiento o la autoridad, cuanto más privada se vea de las técnicas que le permitirían despejar empíricamente las incógnitas.

“. La formación de actitudes de responsabilidad social, en general se puede pensar que las personas que tienen el sentido de la responsabilidad social suelen haberlo adquirido desde la infancia en condiciones que presentan algunos caracteres comunes. En un grupo están los que han encontrado en el medio familiar satisfactores y seguridades suficientes y han tenido que asumir relativamente pronto algunas responsabilidades para con miembros de su familia, su conducta social positiva se ha visto suficientemente recompensada y en los últimos años de su infancia y durante la adolescencia no les ha faltado ocasiones para establecer un sistema de valores sociales. Forman otros grupos los que han tenido que aceptar algunas responsabilidades sociales por un contacto relativamente precoz con el sufrimiento social soportado por ellos mismos u observado a su alrededor. Ninguna de esas experiencias pueden reproducirse en el medio universitario...”²⁸

Hay que indicar que la experiencia para el estudiante de odontología y para el odontólogo en práctica no favorece el desarrollo del sentido de la responsabilidad social. El contacto diario con el sufrimiento puede y acaso debe endurecer la sensibilidad, las ansiedades que suscita ese contacto muchas veces no se superan sino que se reprimen y el proceso de represión tiende a atenuar la realidad del problema más que afrontarla. También no es extraño que a veces las responsabilidades sociales se acepten cuanto más bajo sea el nivel social de los pacientes. La formación del sentido de la responsabilidad social no solo ha de fundarse en la experiencia previa, sino que el propio tiempo a de encaminarse a contrarrestar los peligros inherentes al ejercicio de la profesión.

Las presiones y los estímulos sociales en sus múltiples formas pueden llevar a la consideración de las relaciones del individuo con respecto a su grupo y a otros individuos, lo que servirá de base para que pueda desarrollarse el estudio sistemático del comportamiento individual.

Otro método que puede contribuir a que el estudiante adquiera sentido de la responsabilidad social consiste en procurar que aprenda a conocerse así mismo.

²⁸ La Preparación para el Ejercicio de la Medicina General. p. 56

También es factor importante en la actitud del odontólogo los móviles que llevan a escoger la carrera. Además de las razones conscientes y a veces superficiales de carácter humanitario (el deseo de ayudar al prójimo), hay con frecuencia motivos inconscientes de índole variada como la curiosidad y la ansiedad, la agresividad, la identificación con un personaje notables y muchos más. De esos móviles pueden resultar ideas falsas sobre la profesión y fuertes prejuicios en su ejercicio que en casos extremos, lleven a un comportamiento nocivo, la experiencia en la facultad puede tener efectos traumáticos en muchos estudiantes y hace necesaria una evaluación de ciertos valores tradicionales y la rectificación consiguiente de sus escalas para evitar la formación de mecanismos de defensa deficiente.

El ejercicio de la odontología es en muchas veces una fuente de satisfacción, pero quizás suscita con más frecuencia un sentimiento de frustración (las debilidades humanas, las complicaciones administrativas, por ser mercantilistas, entre otros.) , que llevan con frecuencia a una reacción negativa por parte del odontólogo.

Este tipo de profesión odontológica puede tener diversas motivaciones para trabajar en el área de la salud. En muchos casos, la oportunidad de ayudar a otras personas es una consideración principal. Para otros, el estímulo puede ser la existencia de fuentes de trabajo en esa área y la consecuente estabilidad que esto implica, así como el prestigio que acarrea al pertenecer a una profesión respetable o incluso la insistencia al respecto por parte de sus padres, familiares o maestros.

" Al igual que el paciente, todo miembro del equipo de salud trae consigo al consultorio todo un sistema de valores producto de sus antecedentes socioeconómicos, culturales, de salud, religiosos, educativos y laborables. Si el profesional considera que sus propios valores son insuperables y los utiliza como referencia para evaluar al paciente, es imposible que logre tener una visión objetiva..."¹⁴

Para un profesional (odontólogo) que ha llevado una vida segura y estable protegido por sus padres y su medio ambiente, atender las necesidades de otras personas puede resultar sumamente difícil. En el otro extremo alguien cuya vida a estado llena de dificultades cuyas necesidades fueron satisfechas, también puede tener problemas para responder cuando alguien le pide ayuda. Esto no significa que estas personas no quieran ayudar a los pacientes sino que sus antecedentes limitan su visión y experiencia para manejar algunas situaciones como sería dar la educación para la salud.

Cuando un profesional que a crecido en un hogar en que las emociones se reprimían siempre se encuentran en situaciones muy violentas es muy probable

¹⁴ Lipkin. Gladis. Atención Emocional del Paciente. p. 12

que se sientan angustiados. Le resultan mucho más difícil tratar de ocuparse de otros asuntos que entrar al consultorio y atender al paciente cuando sabe que es posible que éste tenga una explosión de rabia. También puede darse la situación opuesta, en la que el profesional se encuentra con un paciente callado y dulce, que no se atreve a decir que está incomodo o que se siente mal o tiene molestias en el tratamiento, incluso cuando esto es totalmente obvio. Si el trabajador proviene de una familia muy violenta, es posible que el paciente le resulte encantador porque no se queja y porque sus dificultades resultan o parecen poco importantes.

Si el profesional cree que su familia es "normal" con seguridad la utilizará como referencia en su proporción de la normalidad del resto de las personas. Por ejemplo, puede que le resulte totalmente aceptable un padre autoritario, una madre dependiente, una hermana sin carácter y un hermano fuerte; mientras que la idea de un padre dependiente, una madre autoritaria, una hermana egoísta y un hermano débil le resulte inaceptable. No puede evaluar la situación del paciente dentro de su propio enfoque lo juzga desde su perspectiva de su experiencia individual.

Es importante que el personal tenga claridad con respecto a su propio estado físico y emocional al relacionarse con los pacientes. El paciente puede interpretar una expresión de preocupación, enojo o dolor en la cara del trabajador como producto de su interacción con él, cuando en realidad puede ser consecuencia de una discusión con un colega, de preocupación por algún miembro de su familia o de algún padecimiento físico, como un resfriado o un ataque de artritis. Si es posible, es preferible que el trabajador no atienda a pacientes en estas circunstancias, y si no lo es, que les explique que su apariencia se debe a que se encuentra en situación de desgaste, antes de permitir que el paciente se sienta responsable de ello.

La interacción del paciente también se ve afectada por las diferencias culturales. Es muy útil que el profesional reconozca y actúe de acuerdo con las determinantes culturales de los pacientes, de modo que no mal interprete su conducta y se establezca una mejor atmósfera terapéutica. Es poco factible que el paciente se preste a relacionarse con el profesional con un paciente o la atracción o "aversión" que el profesional pueda sentir por algún paciente. Por ejemplo, es frecuente que los miembros del personal se muestren molestos por la "estupidez" de una paciente cardíopata delicada a romper con sus creencias religiosas tomando anticonceptivos y que en consecuencia quede embarazada.

El profesional también puede enfurecerse con el paciente judío diabético que insiste en que únicamente se administre insulina que proviene de animales Kasher. Se le clasificara inmediatamente con el prototipo de judío exigente, sin tomar en cuenta la importancia de sus costumbres religiosas puedan tener para él.

Así mismo, el profesional algunas veces se enfrenta a intolerancias por parte de los pacientes. Por ejemplo, si alguno le dice "en general no me gustan los negros, pero usted es diferente" puede preguntarse porque tengo a esta persona aquí para restablecerse. El profesional debe comprender que afirmaciones de este tipo son producto de la ignorancia y puede hacérselo ver al paciente.

Algunas veces los profesionales pueden sentirse inferiores a pacientes que poseen más educación que ellos por lo que evitan cualquier discusión importante que puede revelar su falta de conocimientos. El paciente se vera aislado, incapaz de lograr que satisfagan sus necesidades ya que el profesional bloque cualquier interacción con el para conservar su prestigio personal.

Con la experiencia el odontólogo puede refinar cada vez más su técnica. Si quiere que su trabajo sea más eficiente es necesario que revise constantemente lo que hace y como afecta al paciente. De este modo aprenderá tanto de sus éxitos como de sus fracasos, siempre y cuando pueda ser sincero en su evaluación. Es indispensable que se percate de su imagen que proyecta.

Si el profesional esta sinceramente interesado por el bienestar del paciente sabrá reconocer cuando es útil consultar a otros profesionales. Por lo que el trabajo armonioso en equipo constituye la manera ideal de una mejor atención al paciente y para lograr este fin, puede ser necesario también consultar con alguno de nuestra propia rama ya que ninguna persona posee todos los conocimientos posibles.

Algunos profesionales tienen el deseo impulsivo de poder proporcionar todo tipo de atención al paciente. Algunas veces esto es producto de la necesidad interna de mantener control total de las situaciones, por lo que no se toman en consideración las necesidades y deseos de los pacientes o de sus familiares. En el otro extremo esta el odontólogo que no desea tener ninguna responsabilidad del paciente. Y deja ciertas responsabilidades a terceros como asistentes, pasantes, entre otros...¹⁴

Los profesionales tienen una visión sincera de si mismos que les permite conocer sus cualidades y tratar de superar sus defectos, pueden atender a sus pacientes con mayor eficacia. Pero si su inseguridad los incapacita para evaluar su capacidad y acción sinceramente, sus necesidades de defenderse y protegerse constantemente no les permite prestar atención a los pacientes que requieren de su ayuda.

Algunas veces el miedo de la conducta de los pacientes provocan en el odontólogo es un obstáculo para su razonamiento y actuación. A veces los

¹⁴ Lipkin, Gladis. Atención Emocional del Paciente. p. 19

pacientes se comportan violentamente, ya sea debida a una alteración psicótica general o un factor desencadenante.

Es necesario que el odontólogo adquiera experiencia a través del tiempo para superar su angustia ante pacientes difíciles. Sin embargo si logra concretar su esfuerzo en comprender las razones que el paciente pueda tener para mostrarse cierta actitud indeseable en el consultorio en vez de canalizarlo hacia su propio temor, tendrá mucho más posibilidades de manejar la situación adecuadamente.

Otro de factor importante en esta investigación fue la ubicación geográfica de los consultorios odontológicos establecidos en la república Mexicana. "...Datos proporcionados por el INEGI nos muestra que se encuentran ubicados aproximadamente 24 985 consultorios tanto dentales como médicos y de veterinaria, ya que el censo que ellos realizan engloba estas tres áreas de la salud.

En cuanto al Distrito Federal se refiere, este cuenta con 10 770 consultorios dentales.

Generalmente en el sector privado la mayoría de los consultorios dentales ocupa de 0 a 2 personas para su funcionamiento..."¹²

..."Considerando los datos anteriores y a la situación socioeconómica y de salud que tiene la población de México (1985) que es de 91 millones de habitantes, y el número de Cirujanos Dentistas titulado en el ámbito nacional fue de 2 115 (ANUIES. 1991.32) se puede inferir que este número de profesionales por habitante es de 0.0013, como es evidente el número de odontólogos esta muy por debajo de lo que se ha considerado para América Latina, que es de 0.2 a 10.5 odontólogos por cada 10 000 habitantes en países subdesarrollados (Centro Ibero panamericano para el Desarrollo Docente en Odontología 1994.35), tomando en consideración que 78.3% de la población padece caries dental y 52.9% padecimientos parodontales, es necesario fortalecer la formación profesional de los cirujanos dentistas encaminada a la aplicación de medidas educativas y preventivas para la salud bucal, como estrategia para disminuir esta problemática en el futuro..."²⁴

¹² INEGI, 1994 XI. Censos de Servicios, Censos Económicos. pp. 229-230

²⁴ Plan de Estudios de la facultad de Estudios Superiores Zaragoza. p. 17

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores predisponentes (tipo de formación profesional, ubicación geográfica de los consultorios odontológicos, la actitud que adquiere el profesional y nivel económico de la población) que intervienen para que se lleven o no a cabo la educación y prevención para la salud comunitaria en la práctica odontológica privada, en algunas zonas del Distrito Federal en el año de 1999.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar el tipo de formación profesional del cirujano dentista
- 2.- Comparar la ubicación geográfica de los consultorios odontológicos.
- 3.- Argumentar la actitud que adquiere el profesional
- 4.- Debatir el nivel económico de la población.

HIPÓTESIS

La formación profesional, la ubicación geográfica de los consultorios odontológicos, la actitud que adquiere el profesional así como el nivel económico de la población, determinaran la falta o nula aplicación de programas educativos y preventivos para la salud comunitaria en la práctica odontológica privada.

VARIABLES

INDEPENDIENTES: Formación profesional
Ubicación geográfica de los consultorios odontológicos
La actitud que adquiere el profesional
Nivel económico de la población

DEPENDIENTES: Programas educativos
Programas preventivos

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

UNIVERSO

El universo de trabajo está comprendido por profesores y alumnos de seis Instituciones que imparten la carrera de Cirujano Dentista en el Distrito Federal. Así como cirujanos dentistas de práctica privada y población que acude a este servicio.

MUESTRA

considerando los objetivos del estudio se realizará un muestreo estratificado por cuota.

MÉTODO E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la captación de datos se diseñaron cuestionarios distribuidos en cuatro categorías diferentes. Los tres primeros comprenden aspectos relacionados con la formación profesional del cirujano dentista, la actitud que adquiere el profesional y ubicación de los consultorios odontológicos. El último cuestionario comprende rubros relacionados con los conocimientos que posee la población a cerca de educación y prevención para la salud bucal.

El contenido de estos comprenden preguntas de tipo estructurado y no estructurado. VER ANEXO

PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos los encuestadores se dirigirán a las autoridades correspondientes en las Instituciones que imparten la carrera de Cirujano Dentista ubicadas en el Distrito Federal, para solicitar la autorización de acudir a sus aulas y llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios tanto a profesores, como alumnos del cuarto año de la carrera.

También los encuestadores acudieron a los consultorios dentales ubicados en diferentes zonas del Distrito Federal, así como a la comunidad que asiste para su atención odontológica en dichos consultorios. Se distribuirán los cuestionarios a los diferentes estratos de estudio.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS: Director
Pasantes
Profesores de diferentes Instituciones
Alumnos de las diferentes Instituciones
Cirujanos Dentistas de práctica privada
Población que acude al servicio odontológico

RECURSOS FÍSICOS: Cuarto de estudio con un área de 4 metros por 4 metros, en casa habitación ubicada en la Colonia Perla

Aulas de las seis Instituciones que imparten la carrera de cirujano dentista ubicadas en el Distrito Federal.

Consultorios odontológicos ubicados en el Distrito Federal.

RECURSOS MATERIALES:

ARTICULO (S)	PIEZAS
Bolígrafos	20
Lapiceros	10
Borradores	5
Cuestionarios	400
Portafolios	2
PC	1
Teclado	1

Mouse	1
Impresora	1
Disquete	2
Hojas para impresión	500
Tinta de inyección negra	2
Calculadora	2
Regla de 30cm.	2
Libreta profesional	6

RECURSOS FINANCIEROS:

ARTICULO	PIEZA (S)	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$
Bolígrafos	20	2.00	40.00
Lapiceros	10	2.00	20.00
Borradores	4	0.50	2.00
Cuestionarios	400	0.13	210.00
Portafolios	2	70.00	140.00
PC, Teclado, Impresora.	1	6 000.00	6 000.00
Disquete	3	7.00	21.00
Hojas para impresión	500	150.00 paquete	150.00
Tinta de inyección negra	2	300.00	600.00
Calculadora	2	30.00	60.00
Regla de 30cm.	2	2.00	4.00
Libretas	6	7.00	42.00
Diapositivas			
Viáticos			1 000

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Para la ejecución del estudio se programarán las siguientes actividades y tiempo a realizarlas.

MES-DÍA ACTIVIDADES	M A Y O - J U N I O																		
	1ª SÉ MA NA						2ª SÉ MA NA						3ª SÉ MA NA						
	15	16	17	18	19	20	22	23	24	25	26	27	29	30	31	1	2	3	
Elaboración de cuestionarios y prueba piloto.	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Recolección de datos en la UAM Xochimilco y FES Zaragoza.	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Recolección de datos en la UNITEC y Justo Sierra.	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Recolección de datos en la UIC y Facultad de odontología.	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Recolección de datos en los consultorios dentales y población.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	
Tabulación y análisis de datos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	

X: Actividad a realizar.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados recavados en la presente investigación sobre la valoración de programas educativos y preventivos para la salud comunitaria en la práctica odontológica privada fueron obtenidos en la población integrada por alumnos y profesores de la carrera de cirujano dentista de instituciones educativas que imparten la carrera de cirujano dentista que se ubican dentro del Distrito Federal, los cuales son: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, facultad de Odontología, ENEP Iztacala, UAM Xochimilco, Centro Universitario Justo Sierra y la Universidad Intercontinental. Así como de la colaboración de cirujanos dentistas de práctica privada y de la población que acude a este servicio.

Los datos que se presentan a continuación son obtenidos de 20 alumnos de cada institución que participaron en la valoración y que cursan el último año de la carrera de cirujano dentista y son los siguientes :

El 40% de los alumnos decide cursar esta carrera por gusto, 21.6% por brindar un servicio a la comunidad, 12.5% por ser una carrera práctica, 10.8% por superación personal, 8.3% por seguir una tradición familiar, 4.1% no contesto, 1.6% por pertenecer está al área biológica y 0.83% no sabe. A su vez el 94.1% de los alumnos se siente satisfecho con su profesión, 5% que no y 0.83% no contesto. (ver tabla 1, gráfico 1).

En cuanto a los planes de estudio, el 45.8% de los alumnos considera que son los necesarios para su formación profesional, 13.3% que tal vez, 10% que no son los adecuados y el 0.83% no contesto. El 38.3% no sabe de la función de la odontología social (comunitaria), 35.8% la considera como promoción a la salud, 19.1% opto por decir solamente si y el 5.8% no contesto. (ver tabla 2, gráfico 2).

Referente a los objetivos de odontología social (comunitaria) el 59.1% de los alumnos dijo que si son dirigidos adecuadamente por parte de sus profesores, 29.1% que no y el 11.6% no contesto. El 88.3% considera a la odontología importante para su formación profesional, 5.8% que tal vez, 4.1% no contesto y el 1.6% que no. Así como el 64.1% cree necesario que se le realice una modificación a los planes de estudio, 28.3% que no y el 6.6% no contesto. A su vez el 84.1% considera que la preparación que recibe es la adecuada para solucionar problemas de salud, 10.8% que tal vez, 2.5% no sabe y 2.5% que no. (ver tabla 3 gráfico 3).

Como visualizan los alumnos la carrera de cirujano dentista hoy en día el 73.3% la ve como una actividad clínica, 16.6% como técnica y solamente el 10% como social. A su vez el 50% cree que la odontología social (comunitaria) se está implementando en las nuevas generaciones.

20% que tal vez, 15% que no, 8.3% no sabe y el 6.6% no contesto. (ver tabla 4, gráfico 4).

El 56.6% de los alumnos considera abordar el proceso salud enfermedad de manera integral en su práctica privada, 30% que tal vez , 8.3% que no, 4.1% no sabe y 0.83% no contesto. El 61.6% no realiza programas de educación y prevención de salud oral en su comunidad, 35.8% que si, y 2.5% no contesto. también 77.5% cree estar capacitado psicológicamente para brindar programas educativos y preventivos de salud oral hacia su comunidad, 19.9% que no y el 3.3% no contesto. (ver tabla 5, gráfico 5).

En cuanto a la organización para llevar acabo programas educativos y preventivos hacia la comunidad el 64.1% de los alumnos lo realiza individualmente, 20.8% en equipos y el 14.9% otros. A su vez el 95.8% participaría en programas educativos y preventivos hacia su comunidad, 2.5% no sabe, y el 1.6% que no. El 75% realiza diagnósticos de salud oral de manera individual, 16.6% colectivo y el 8.3% no contesto. A su el 91.1% se siente satisfecho con su profesión, 5% no y el 0.83% no contesto. (ver tabla 6, gráfico 6).

En relación a la periodicidad con que se visita a la comunidad el 43.3% de los alumnos no realiza, 23.5% no contesto, 15.8% cada 6 meses, 5.8% cada año, 4.1% cada mes, 4.1% no realiza por falta de tiempo, 2.5% no realiza por inseguridad y el 0.83% lo hace a nivel institucional. (ver tabla 7, gráfico 7).

El 42.5% de los alumnos ubicaría su consultorio odontológico en su domicilio, 17.5% no sabe, 14.1% en provincia, 11.6% no contesto, 9.1% en zonas marginadas y 2.5% trabajaría a nivel hospitalario. (ver tabla 8, gráfico 8).

Los datos que se presentan a continuación fueron obtenidos por la colaboración de los profesores que laboran como docentes en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, la Facultad de Odontología y la ENEP Iztacala y son los siguientes:

El 31.5% de los profesores decidió estudiar la carrera de cirujano dentista por brindar servicio a la población, 21% por gusto, 21% no contesto, 15.7% por ser un área de la salud, 5.2% por independencia y 5.2% por la duración de la carrera. (ver tabla 9, gráfico 9).

También el 94.7% de los profesores se siente satisfecho con su profesión y 5.2% no. A su vez el 86.4% cuenta con otro empleo, como la práctica privada y el 10.5% trabaja a nivel institucional. (ver tabla 10, gráfico 10).

En cuanto a la preparación profesional que recibió el 52.6% de los profesores considera que si fue la adecuada, 26.3% que no, 15.7% que tal vez y el 5.2% no sabe. A su vez el 57.8% de los profesores considera que los objetivos contenidos en los planes de estudio si fueron los adecuados para su formación profesional, 21% que no, 15.7% que tal vez y 5.2% no contesto. (ver tabla 11, gráfico 11).

En relación a la función de la odontología social (comunitaria) el 68.4% de los profesores la considera como preventiva, 21% simplemente dijo si y el 10.5% no sabe. El 63.1% considera que no dirige adecuadamente los objetivos de odontología social (comunitaria) hacia sus alumnos, 26.3% que si y el 10.5% no contesto. A su vez el 94.7% cree necesario que se le realice una modificación a los planes de estudio, 5.2% no contesto. También el 100% de los profesores considera el área de odontología social (comunitaria) importante para la formación profesional de sus alumnos. (ver tabla 12, gráfico 12).

El 100% de lo profesores fomenta en sus alumnos la capacidad de desempeñarse como odontólogos del cambio. También el 89.4% considera la carrera de cirujano dentista hoy en día como un modelo clínico, 10.5% como social. A su vez el 42.1% no creen que las nuevas generaciones de cirujanos dentistas implementen la odontología social (comunitaria) 31.5% que si, 15.7% que tal vez y 10.5% no sabe. El 68.4% si aborda el proceso salud enfermedad de manera integral en su práctica privada, 26.3% que no y el 5.2% no contesto. (ver tabla 13, gráfico 13).

Un 63.1% de los profesores no realiza programas de educación y prevención en su comunidad, 36.8% que si. El 100% de los profesores se considera capacitado psicológicamente para realizar los programas. A si como el 52.6% se organiza individualmente para llevarlo acabo, 31.5% en forma individual y equipo de salud, 15.7% no contesto, el 78.9% si participaría en la realización de programas educativos y preventivos para el beneficio de su comunidad, 15.7% que no participaría y el 5.2% no contesto. (ver tabla 14, gráfico 14).

En relación a la periodicidad con que visitan a su comunidad el 78.9% de los profesores no lo hace, 15.7% cada 3 meses, y 5.2% cada 6 meses. El 42.1% no contesto a la ubicación de su consultorio odontológico, 31.5% en su domicilio y el 26.3% en zonas marginadas. (ver tabla 15, gráfico 15).

Los cirujanos dentistas de práctica privada que participaron en la valoración se ubican en la Delegación Xochimilco, Venustiano Carranza, Iztapalapa y del Municipio de Nezahualcoyotl en un total de 50 cirujanos dentistas y nos arrojaron los siguientes datos:

El 66% de los cirujanos dentistas de práctica privada son egresados de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 14% de la UAM Xochimilco, 10% de la Facultad de Odontología, 8% de ENEP Iztacala y 2% del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del IPN. (ver tabla 16, gráfico 16).

Del total de la población de cirujanos dentistas de práctica privada corresponde un 58% al sexo masculino y 42% al sexo femenino. (ver tabla 17, gráfico 17).

En cuanto a la motivación de estudiar la carrera de cirujano dentista el 18% no contestó, 18% la curso por ser un área de la salud, 18% por dar servicio comunitario, 18% por gusto, 10% por falta de orientación vocacional, 8% por superación personal y económica, 6% por habilidad manual y 4% por independencia. A su vez el 88% se siente satisfecho con su profesión y un 12% no. (ver tabla 18, gráfico 18).

En relación a la preparación recibida el 76% de los cirujanos dentista de práctica privada considera que fue la adecuada para solucionar problemas de salud bucal, 18% que no fue la adecuada, 6% que tal vez. Así como el 68% considera los planes de estudio adecuados para dicha formación, 22% que no y 10% que tal vez. (ver tabla 19, gráfico 19).

En cuanto a la función de la odontología social (comunitaria) el 26% de los cirujanos dentista de práctica privada la considera como educación y promoción a la salud, 24% no sabe, 22% como una técnica profiláctica, 20% no contestó y 8% dijo nada más si. (ver tabla 20, gráfico 20).

Como profesional en el área de la salud el 82% de los cirujanos dentista de práctica privada considera a la odontología social (comunitaria) importante, 8% que tal vez, 8% no sabe y 2% no. Así como el 56% considera que los objetivos de odontología social no fueron planteados adecuadamente en los planes de estudio y el 44% considera que si fueron planteados adecuadamente. El 54% de los cirujanos dentistas de práctica privada considera a la carrera de cirujano dentista como un modelo clínico, 30% social, y 16% técnico. Un 44% de los cirujanos dentistas cree que las nuevas generaciones están implementado la odontología social (comunitaria), 26% que tal vez, 16% no sabe y 14% que no. (ver tabla 21, gráfico 21).

66% de los cirujanos dentistas de práctica privada si abordan de manera integral el proceso salud enfermedad, 24% que no, 8% que tal vez y 2% no sabe. Así como el 80% se considera capacitado psicológicamente para desarrollar programas educativos y preventivos hacia su comunidad, 20% que no. Un 52% no realiza programas de educación y prevención hacia su comunidad, 48% que si. (ver tabla 22, gráfico 22).

En cuanto a la organización para la realización de programas educativos y preventivos el 66% de los cirujanos dentista de práctica privada lo realiza de manera individual, 18% no realiza, 16% en equipos de salud. Un 80% si participaría en programas educativos y preventivos y el 20% que no. Así como el 70% realiza diagnóstico de salud oral en su comunidad a nivel individual y el 30 % en forma colectiva. (ver tabla 23, gráfico 23).

En relación a la periodicidad con la que visita a las personas de su comunidad el 72% de los cirujanos dentista de práctica privada no realiza, 10% cada 15 días, 8% cada 6 meses, 6% cada año y 4% diario. Un 48% ubicaría su consultorio odontológico en una zona cercana a su domicilio, 32% en su domicilio y el 20% no contesto. (ver tabla 24, gráfico 24).

La población que participo en la valoración se ubica en la Delegación Xochimilco, Venustiano Carranza, Iztapalapa y de Municipio de Nezahualcoyotl en un total de 50 personas y nos arrojo los siguientes datos:

El 40% de la población se dedica al hogar, 36% es empleado, 10% es estudiante, 8% comerciante y 6% no contesto. Un 38% de la población es derechohabiente del IMSS, 16% acude a otros, 14% no contesto y 12% acude a SS. A su vez 48% de la población dice que si satisfacen sus necesidades estas instituciones, 36% que no y 16% no contesto. (ver tabla 25, gráfico 26).

En lo que se refiere a si los medios de comunicación satisfacen sus necesidades de salud oral un 46% dijo que tal vez, 36% que no, 12% que si, 4% no sabe y 2% no contesto. Un 70% dicen que los cirujanos dentistas de práctica privada no les dan platicas a acerca de las enfermedades bucales más frecuentes, 28% que si y 2% no contesto. A su vez 62% dice que su nivel económico no le permite cubrir los gastos de la consulta privada y 38% que si. (ver tabla 26, gráfico 26).

En cuanto a las pláticas de salud bucal el 84% de la población no acude, 12% que si y 4% no contesto. También el 78% de la población afirma que sería conveniente que se dieran platicas de educación y prevención bucal en su comunidad, 12% no sabe, 8% que no y 2% que tal vez. Así como al 58% de la población le gustarían temas sobre salud bucal, 28% no contesto y 14% de otros temas. (ver tabla 27, gráfico 27).

Referente así a la población le han realizado algún tipo de cuestionario sobre su salud bucal un 90% dijo que no y 10% si. Cuando presentaban algún malestar bucal el 54% recurría a los cirujanos dentistas, 36% a la automedicación, 6% a otros y 4% no contesto. Y por último cual es la imagen que tiene del cirujano dentista y el 54% contesto que capacitados, 28% no contesto, 8% no sabía, 6% miedo y 4% mala.(ver tabla 28, gráfico 28).

TABLA No.1

RESPUESTAS AL MOTIVO Y SATISFACCIÓN DEL ALUMNO AL ESTUDIAR LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA. SEPTIEMBRE /00

PREGUNTA	INSTITUCIÓN	TOTAL DE ALUMNOS	1								2		
			GU	S.C	SU	T.F	N.C	N.S	PR	A.B	SI	NO	N.C
	Facultad de Odontología	20	8	3	3	2	1	1	2	0	20	0	0
	UAM Xochimilco	20	7	8	2	0	0	0	3	0	20	0	0
	Universidad Intercontinental	20	9	6	2	2	0	0	1	0	19	0	1
	Justo Sierra	20	6	4	3	3	0	0	2	2	18	2	0
	FES Zaragoza	20	11	1	1	3	1	0	3	0	16	4	0
	UNITEC	20	7	4	2	0	3	0	4	0	20	0	0
	TOTAL	120	48	26	13	10	5	1	15	2	113	6	1
	%	100	40	21.6	10.8	8.3	4.1	0.83	12.5	1.6	94.1	5	0.83

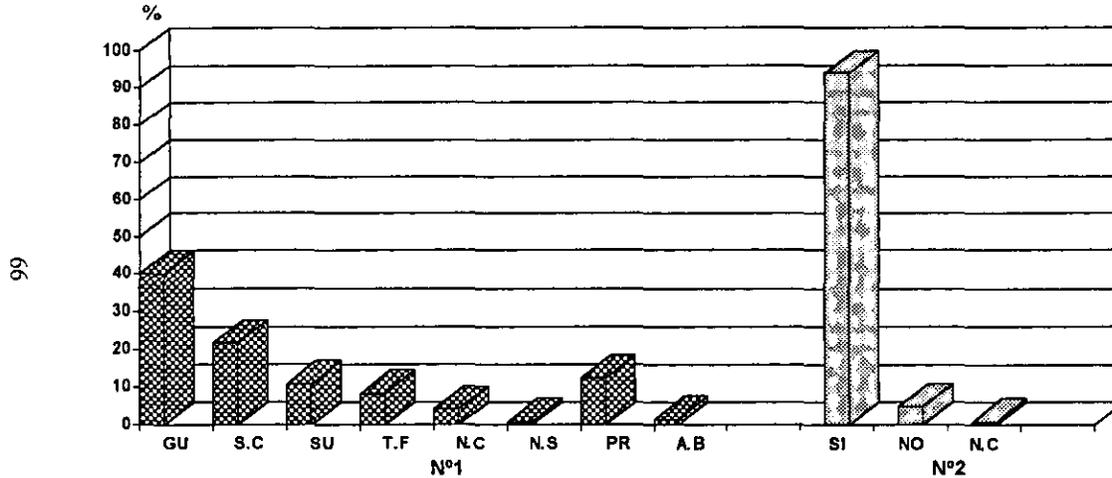
- GU: Gusto
- S.C: Servicio a la comunidad
- SU: Superación
- T. F: Tradición Familiar
- N.C: No contesto
- N.S: No sabe
- A.B: Área Biológica
- PR: Práctica

- 1.- ¿ Qué té motivo a estudiar la carrera de Cirujano Dentista?
- 2.- ¿ Te sientes satisfecho con tu profesión?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos del último año de la carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 1

RESPUESTAS AL MOTIVO Y SATISFACCIÓN DEL ALUMNO AL ESTUDIAR LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA..*(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N°.1 Y N°.2

GU:GUSTO
 S.C:SERVICIO A LA COMUNIDAD
 SU:SUPERACIÓN
 T.F:TRADICIÓN FAMILIAR
 N.C.:NO CONTESTO
 N.S:NO SABE
 PR:PRÁCTICA
 A.B:ÁREA BIOLÓGICA

·FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 ·UAM XOCHIMILCO
 ·UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
 ·CENTRO UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA
 ·FES ZARAGOZA
 ·UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

FUENTE: TABLA No.1

TABLA No. 2

RESPUESTAS EN RELACIÓN A LOS PLANES DE ESTUDIO Y LA FUNCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS	TOTAL DE ALUMNOS	3				4			
		SI	NO	T.V	N.C	SI	NO	N.C	P. S
Facultad de Odontología	20	18	1	1	0	5	9	1	5
UAM Xochimilco	20	13	3	4	0	4	0	1	14
Universidad intercontinental	20	19	0	1	0	9	9	2	0
Justo Sierra	20	14	0	6	0	1	15	1	3
FES Zaragoza	20	11	7	2	0	1	1	0	18
UNITEC	20	16	1	2	1	3	12	2	3
TOTAL	120	91	12	16	1	23	46	7	43
%	100	75.8	10	13.3	0.83	19.1	38.3	5.8	35.8

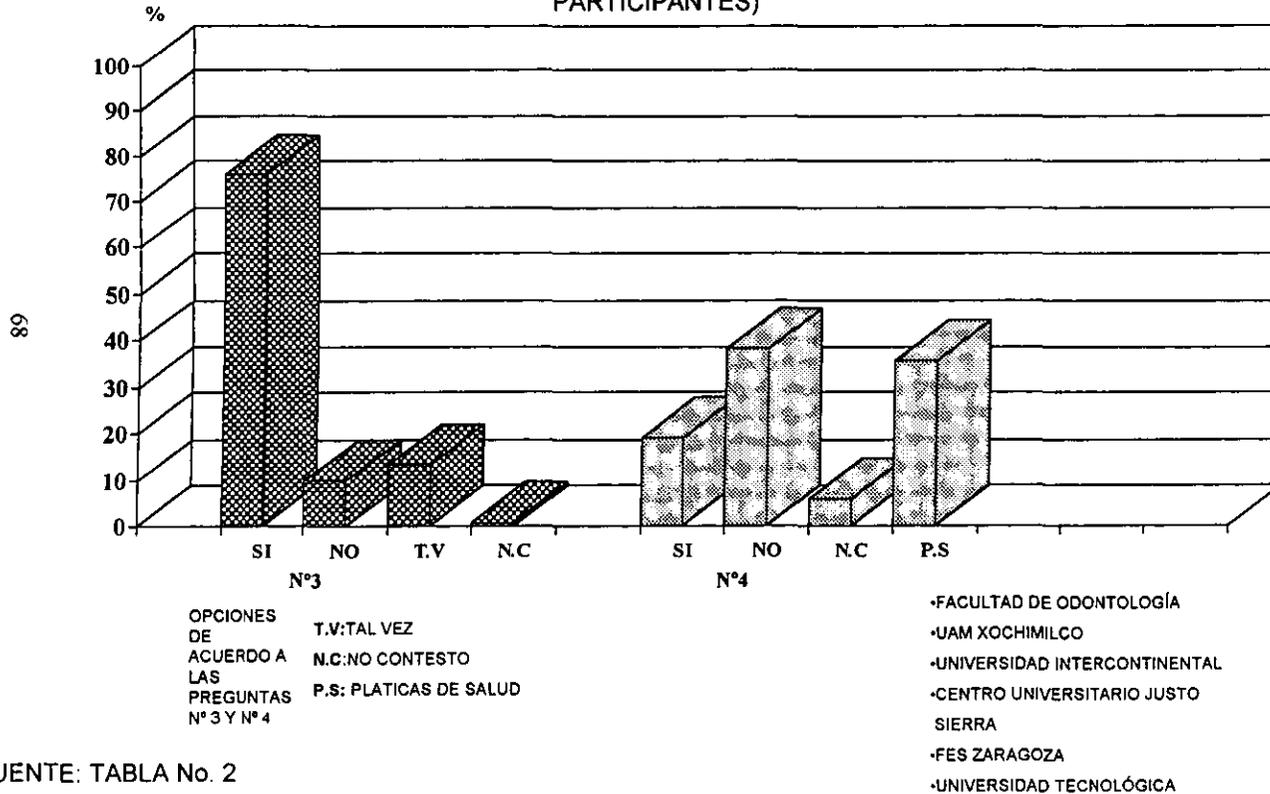
- TV: Tal vez
- NC: No contesto
- P.S: Promoción a la Salud

- 3.- ¿ Consideras que los planes de estudio que llevas son los necesarios para tu formación profesional?
- 4.- ¿ Sabes cual es la función de la Odontología Social (comunitaria).?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos del último año de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 2

RESPUESTAS DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LOS PLANES DE ESTUDIO Y A LA FUNCIÓN DE LA ODONTOLÓGIA SOCIAL (COMUNITARIA). *(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)



FUENTE: TABLA No. 2

TABLA No. 3

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA IMPORTANCIA Y FUNCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL (COMUNITARIA). SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS		5			6				7			8			
INSTITUCIONES	TOTA DE ALUMNOS	SI	NO	N.C	SI	NO	T.V	N.C	SI	NO	N.C	SI	NO	T.V	N.S
Facultad de Odontología	20	5	14	1	17	2	1	0	13	6	1	17	1	2	0
UAM Xochimilco	20	13	4	3	19	0	0	1	14	5	1	16	0	2	2
Universidad Intercontinental	20	18	1	1	18	0	1	1	10	7	2	19	0	1	0
Justo Sierra	20	15	5	0	20	0	0	0	13	5	2	15	0	5	0
FES Zaragoza	20	11	6	3	19	0	1	0	16	4	0	16	2	2	0
UNITEC	20	9	5	6	13	0	4	3	11	7	2	18	0	1	1
TOTAL	120	71	35	14	106	2	7	5	77	34	8	101	3	13	3
%	100	59.1	29.1	11.6	88.3	1.6	5.8	4.1	64.1	28.3	6.6	84.1	2.5	10.8	2.5

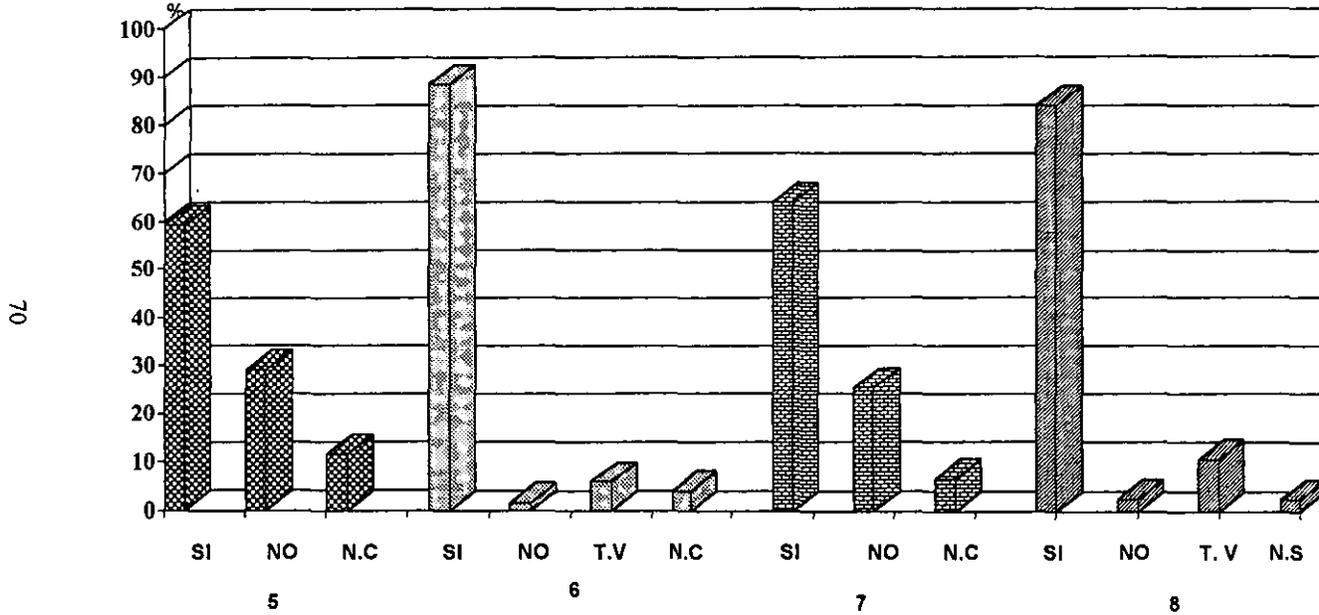
- N.C: No contesto
- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe

- 5.- ¿ Consideras que los objetivos de odontología social (comunitaria) planteados en el programa de estudio son dirigidos adecuadamente por parte de tu profesor?
- 6.- ¿ Como estudiante del área de la salud consideras a la odontología social (comunitaria) importante para tu formación profesional?
- 7.- ¿ Crees que sea necesario que se le realice una modificación a los planes de estudio, incluyendo o excluyendo materias de odontología social (comunitaria).?
- 8.- ¿ Consideras que la preparación que recibes es la adecuada para solucionar problemas de salud bucal en tu comunidad?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos del último año de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 3

RESPUESTAS DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA IMPORTANCIA Y FUNCIÓN DE LA ODONTOLOGIA SOCIAL (COMUNITARIA).*(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS Nº 5,6, 7 Y 8.

NC:NO CONTESTO
TV:TALVEZ
NS:NO SABE

-FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
-UAM XOCHIMILCO
-UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
-CENTRO UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA
-FES ZARAGOZA
-UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

FUENTE: TABLA No. 3

TABLA No. 4

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA DE CÓMO SE CARACTERIZA HOY EN DÍA LA CARRERA Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL (COMUNITARIA) EN LAS NUEVAS GENERACIONES. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS		9				10			
INSTITUCIONES	TOTAL DE ALUMNOS	CL	SO	TE	SI	NO	T.V	N.S	N.C
Facultad de Odontología	20	13	1	6	8	5	7	0	0
UAM Xochimilco	20	13	0	7	12	3	2	2	1
Universidad Intercontinental	20	14	0	6	16	1	0	3	0
Justo Sierra	20	16	4	0	12	4	3	1	0
FES Zaragoza	20	18	2	0	6	2	9	2	1
UNITEC	20	14	5	1	6	3	3	2	6
TOTAL	120	88	12	20	60	18	24	10	8
%	100	73.3	10	16.6	50	15	20	8.3	6.6

- CL: Clínico
- SO: Social
- TE: técnico
- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe
- N.C: No contesto

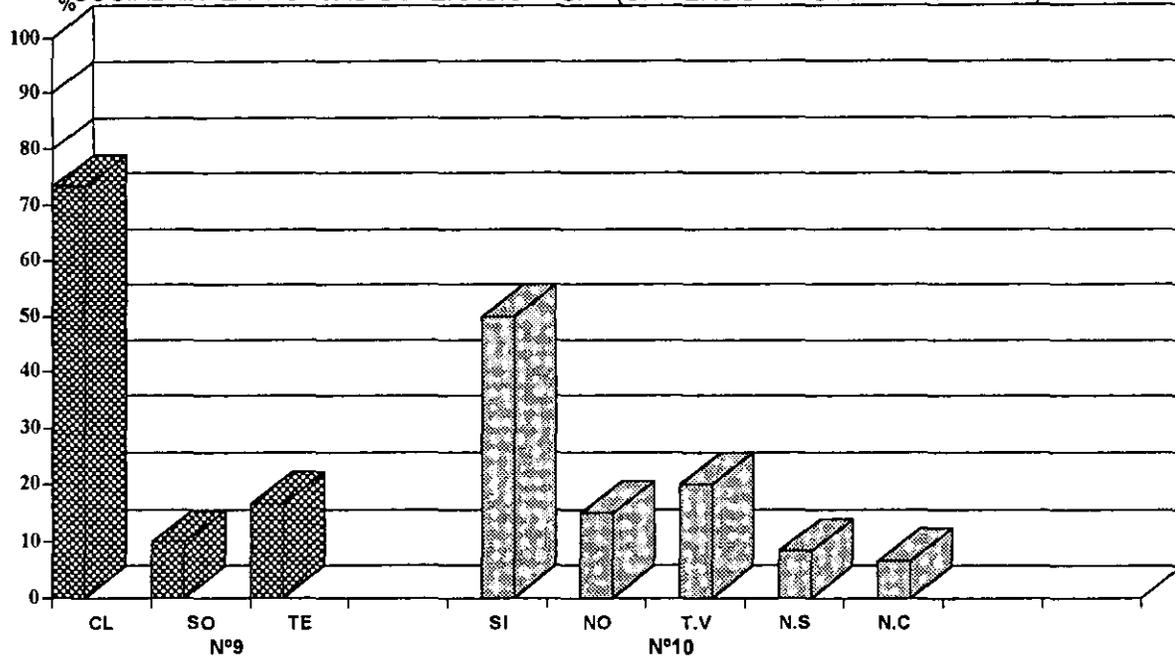
- 9.- ¿ Consideras que la Carrera de Cirujano Dentista se ve hoy en día caracterizada como un modelo?
- 10.- ¿ Crees que la odontología social (comunitaria) la están implementando las nuevas generaciones?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos del último año de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 4

RESPUESTAS DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA DE CÓMO SE CARACTERIZA HOY EN DÍA LA CARRERA Y LA IMPLEMENTACIÓN DE ODONTOLOGÍA SOCIAL EN LA NUEVAS GENERACIONES. *(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)

72



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS Nº 9 Y Nº 10

CL:CLÍNICO

SO:SOCIAL

TE:TÉCNICA

T.V:TAL VEZ

N.S:NO SABE

N.C:NO CONTESTO

·FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

·UAM XOCHIMILCO

·UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

·CENTRO UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA

·FES ZARAGOZA

·UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

FUENTE: TABLA No. 4

TABLA No. 5

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y PREVENTIVOS DE SALUD BUCAL EN LA COMUNIDAD. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS INSTITUCIONES	TOTAL DE ALUMNOS	11						12			13		
		SI	NO	T.V	N.S	N.C	SI	NO	N.C	SI	NO	N.C	
Facultad de Odontología	20	14	2	3	1	0	8	12	0	16	4	0	
UAM Xochimilco	20	11	2	6	1	0	14	6	0	19	1	0	
Universidad Intercontinental	20	11	3	3	3	0	7	12	1	16	3	1	
Justo Sierra	20	10	2	7	0	1	8	11	1	15	4	1	
FES Zaragoza	20	8	1	11	0	0	1	19	0	9	9	2	
UNITEC	20	14	0	6	0	0	5	14	1	18	2	0	
TOTAL	120	68	10	36	5	1	43	74	3	93	23	4	
%	100	56.6	8.3	30	4.1	0.83	35.8	61.6	2.5	77.5	19.1	3.3	

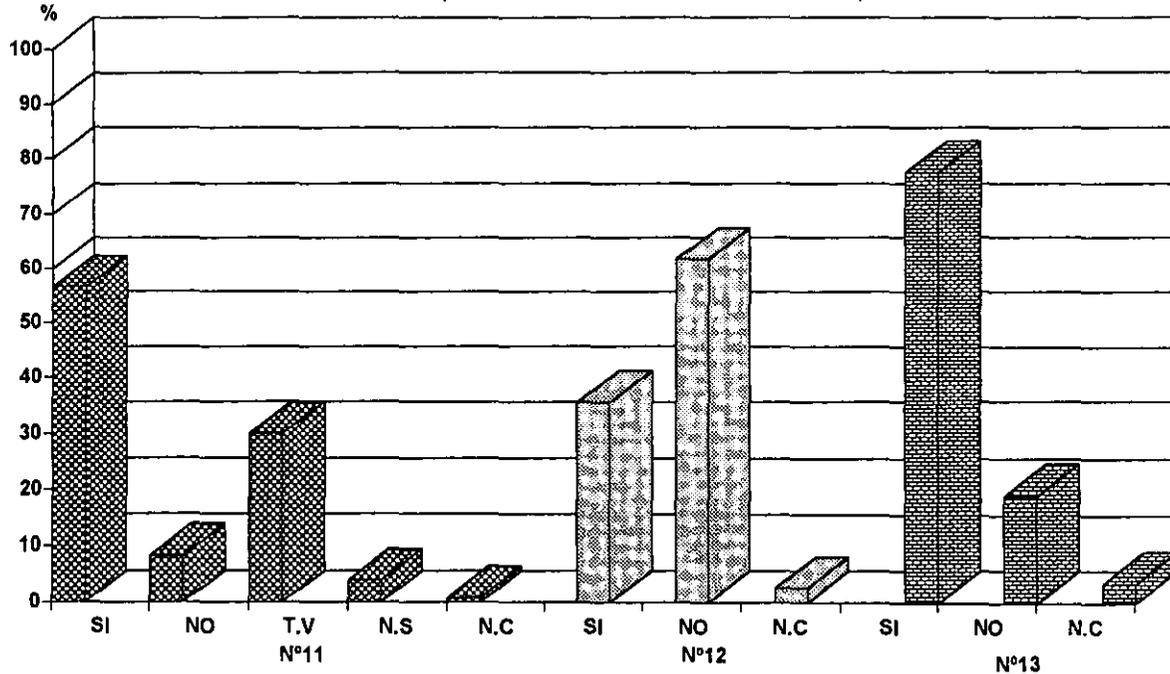
- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe
- N.C: No contesto

- 11.- ¿ Crees abordar el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático de manera integral en tu práctica privada?
- 12.- ¿ Realizas programas de educación y prevención en salud bucal, en tu comunidad?
- 13.- ¿ Crees estar capacitado psicológicamente para desarrollar y brindar programas educativos y preventivos de salud bucal en tu comunidad?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos del último año de la Carrera de Cirujano Dentista

GRÁFICO No. 5

RESPUESTAS DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y PREVENTIVOS DE SALUD BUCAL EN LA COMUNIDAD.*(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LA PREGUNTAS No.11, 12 Y 13

TV:TAL VEZ
N.S NO SABE
N.C:NO CONTESTO

- FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
- UAM XOCHIMILCO
- UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
- CENTRO UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA
- FES ZARAGOZA
- UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

FUENTE: TABLA No.5

TABLA No. 6

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA LLEVAR ACABO PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN SU COMUNIDAD. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS		14			15			16		
INSTITUCIONES	TOTAL DE ALUMNOS	IN	EQ	OT	SI	NO	N.S	IN	CO	N.C
Facultad de Odontología	20	18	1	1	20	0	0	16	1	3
UAM Xochimilco	20	16	1	3	20	0	0	11	7	2
Universidad intercontinental	20	20	0	0	19	0	1	19	0	1
Justo Sierra	20	9	10	1	18	1	1	16	3	1
FES Zaragoza	20	5	8	7	20	0	0	10	9	1
UNITEC	20	9	5	6	18	1	1	18	0	2
TOTAL	120	77	25	18	115	2	3	90	20	10
%	100	64.1	20.8	14.9	95.8	1.6	2.5	75	16.6	8.3

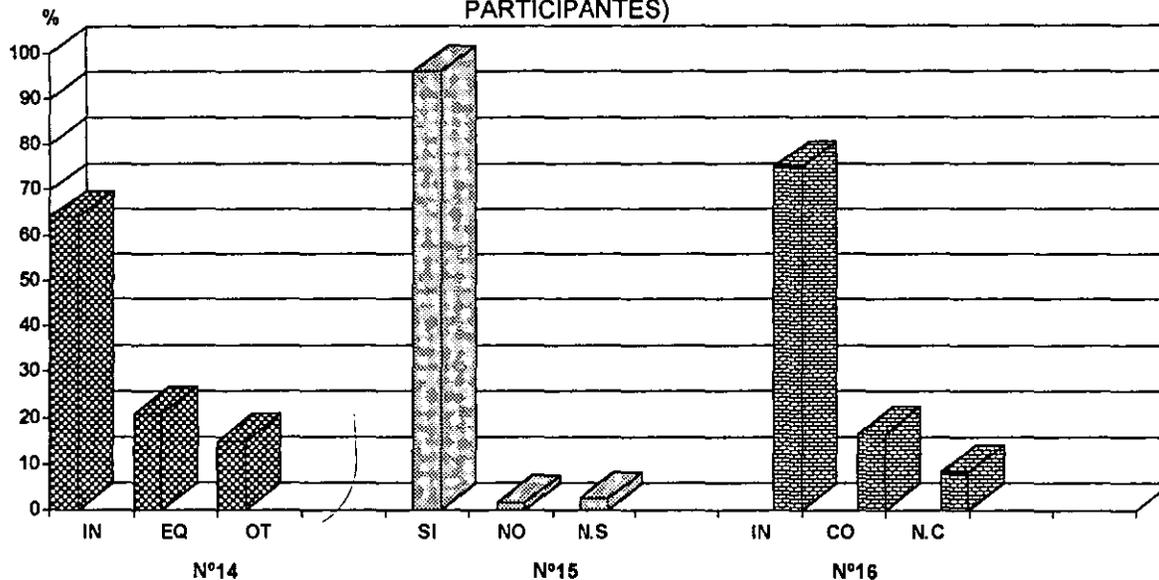
- IN: Individual
- EQ: Equipos
- OT: Otros
- N.S: No sabe
- CO: Colectivo
- N.C: No contesto

- 14.- ¿ Cómo te organizas para llevar a cabo programas educativos y preventivos de salud bucal hacia tu comunidad?
- 15.- ¿ Si tuvieras la oportunidad de participar en programas educativos y preventivos de salud bucal hacia tu comunidad, lo harías?
- 16.- ¿ Cómo realizas diagnóstico de salud bucal en tu comunidad?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 6

RESPUESTAS DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA LLEVAR A CABO PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN LA COMUNIDAD. ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO.*(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N° 14, 15 Y 16.

IN: INDIVIDUAL
 EQ: EQUIPOS
 OT: OTROS
 N.S: NO SABE
 CO: COLECTIVO
 N.C: NO CONTESTO

·FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 ·UAM XOCHIMILCO
 ·UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
 ·CENTRO UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA
 ·FES ZARAGOZA
 ·UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

FUENTE: TABLA No. 6

TABLA No. 7

**RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO
DENTISTA A LA FRECUENCIA CON QUE VISITA A SU COMUNIDAD.
SEPTIEMBRE/00**

PREGUNTAS		17								
INSTITUCIONES	TOTAL DE ALUMNOS	N.R	N.C	F.T	CM	C6	CA	IT	IS	
Facultad de odontología	20	11	1	2	1	5	0	0	0	
UAM Xochimilco	20	5	5	0	0	10	0	0	0	
U. Intercontinent	20	9	8	0	0	3	0	0	0	
Justo Sierra	20	7	1	0	4	0	3	1	2	
FES Zaragoza	20	12	3	2	0	0	3	0	1	
UNITEC	20	8	10	1	0	1	1	0	0	
TOTAL	120	52	28	5	5	19	7	1	3	
%	100	43.3	23.3	4.1	4.1	15.8	5.8	0.83	2.5	

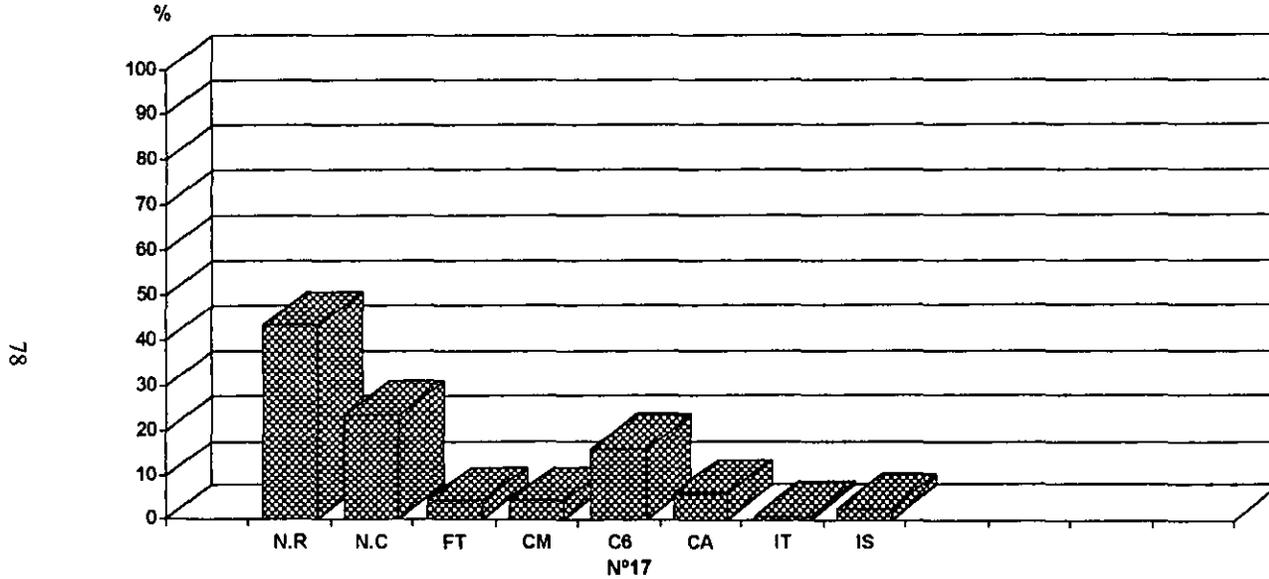
- N.R: No realiza
- N.C: No contesto
- F.T: Falta de tiempo
- CM: Cada mes
- C6: Cada 6 meses
- CA: Cada año
- IT: Institucional
- IS: Inseguridad

➤ 17.- ¿ Cada cuando visitas a las personas de tu comunidad?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos del último año de la carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 7

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA FRECUENCIA CON QUE VISITA SU COMUNIDAD .*(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LA PREGUNTA N° 17

- N.R: NO REALIZA
- N.C:NO CONTESTO
- FT:FALTA DE TIEMPO
- CM:CADA MES
- C6:CADA 6 MESES
- CA:CADA AÑO
- IT:INSTITUCIONAL
- IS:INSEGURIDAD

- FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
- UAM XOCHIMILCO
- UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
- CENTRO UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA
- FES ZARAGOZA
- UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

FUENTE: TABLA No. 7

TABLA No. 8

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO
DENTISTA A LA UBICACIÓN DE SU CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.
SEPTIEMBRE/00

PREGUNTA	TOTAL DE ALUMNOS	18					
		DO	PV	N.S	Z.M	HO	N.C
Facultad de odontología	20	10	3	6	1	0	0
UAM Xochimilco	20	3	3	2	4	0	8
Universidad Intercontinental	20	10	1	2	4	2	1
Justo sierra	20	8	4	4	1	0	3
FES Zaragoza	20	12	3	3	0	0	2
UNITEC	20	8	3	7	1	1	0
TOTAL	120	51	17	24	11	3	14
%	100	42.5	14.1	17.5	9.1	2.5	11.6

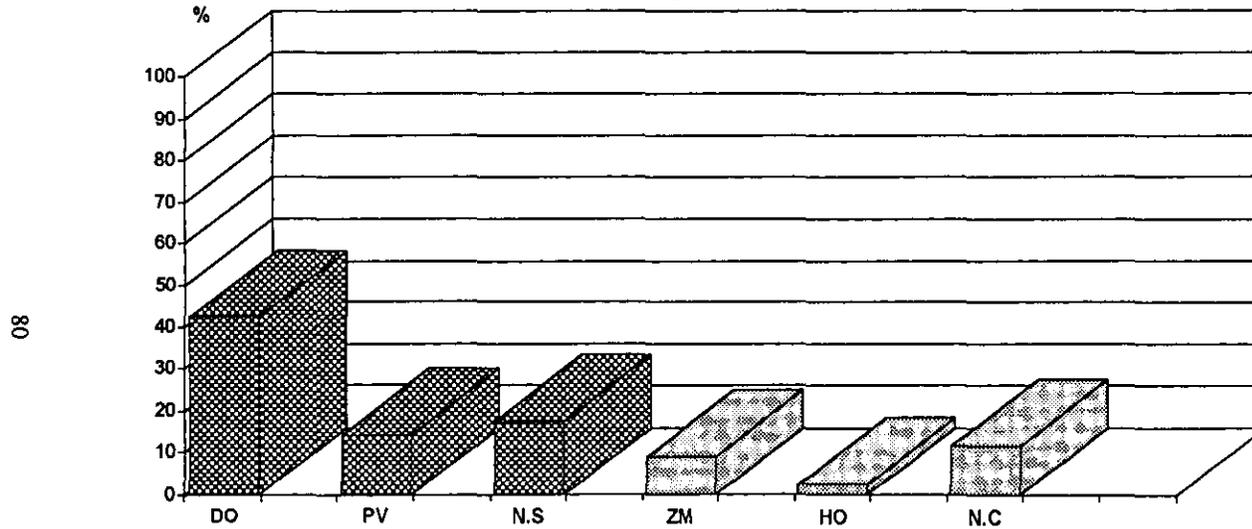
- DO: Domicilio
- PV: Provincia
- N.S: No sabe
- Z.M: Zona marginada
- HO: Hospital
- N.C: No contesto

➤ 18.- ¿ Dónde ubicarías tu consultorio odontológico?

FUENTE: Cuestionario 1 aplicado a los alumnos del último año de la carrera la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 8

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA UBICACIÓN DE SU CONSULTORIO ODONTOLÓGICO .*(UNIVERSIDADES PARTICIPANTES)



Nº18

OPCIONES DE
ACUERDO A LA
PREGUNTA
Nº 18

DO:DOMICILIO
PV:PROVINCIA
N.S:NO SABE
ZM:ZONA MARGINADA
HO:HOSPITAL

·FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
·UAM XOCHIMILCO
·UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
·CENTRO UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA
·FES ZARAGOZA
·UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

FUENTE: TABLA No.8

TABLA No. 9

RESPUESTA A LO QUE MOTIVO A LOS PROFESORES A ESTUDIAR LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTA		1						
INSTITUCIÓN DE LA CUAL EGRESO	TOTAL DE PROFESORES	B.S.P	A.S	GU	N.C	IND	TIE	
FES Zaragoza	9	1	1	3	2	1	1	
Facultad de Odontología	8	4	1	1	2	0	0	
ENEP Iztacala	2	1	1	0	0	0	0	
TOTAL	19	6	3	4	4	1	1	
%	100	31.5	15.7	21	21	5.2	5.2	

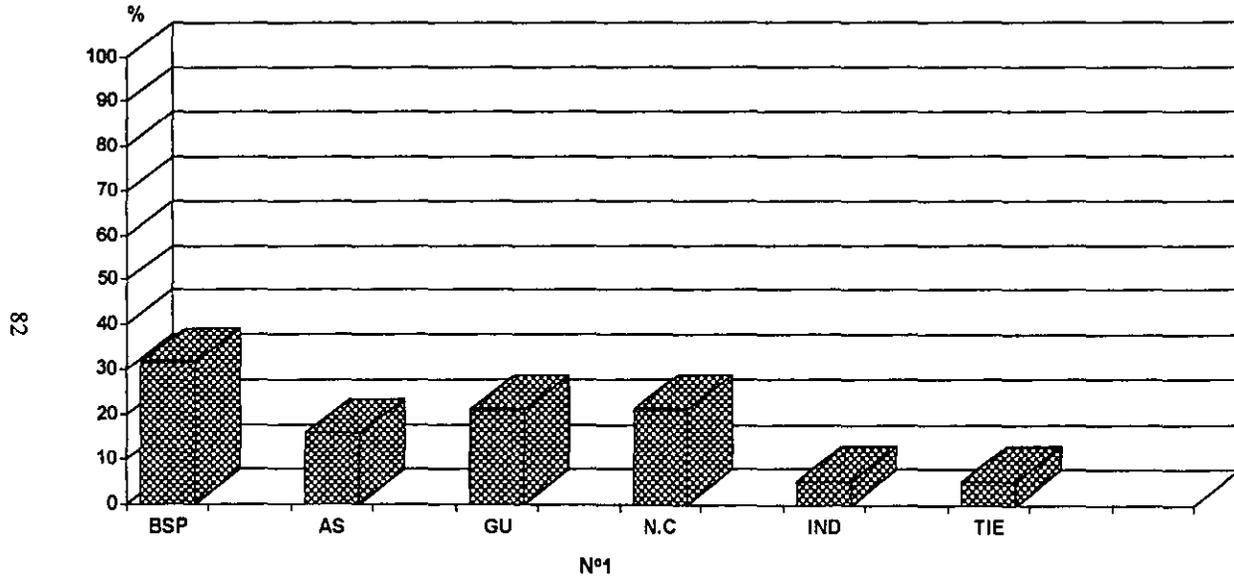
- B.P.S: Brindar Salud a la población
- A.S: Área de la salud
- GU: Gusto
- N.C: No contesto
- IND: Independencia
- TIE: Tiempo

➤ 1.- ¿ Qué lo motivo a estudiar la Carrera de Cirujano Dentista?

FUENTE: Cuestionario 2 aplicado a los profesores de la Carrera de Cirujano Dentista

GRÁFICO No. 9

RESPUESTA A LO QUE MOTIVO A LOS PROFESORES A ESTUDIAR LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA.* (FACULTADES-UNAM)



OPCIONES DE ACUERDO A LA PREGUNTA Nº 1

BSP: BRINDAR SALUD A LA POBLACIÓN

AS: AREA DE SALUD

GU: GUSTO

N C: NO CONTESTO

IND: INDEPENDENCIA

TIE: TIEMPO

-FES ZARAGOZA

-FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

-ENEP IZTACALA

FUENTE: TABLA No. 9

TABLA No. 10

RESPUESTA DE LOS PROFESORES A LA SATISFACCIÓN DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA Y SI CUENTA CON OTRO EMPLEO.

PREGUNTAS		2		3	
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA	TOTAL DE PROFESORES	SI	NO	P.P	P.I
FES Zaragoza	9	9	0	9	0
Facultad de Odontología	8	8	0	6	2
ENEP Iztacala	2	1	1	2	0
TOTAL	19	18	1	17	2
%	100	94.7	5.2	86.4	10.5

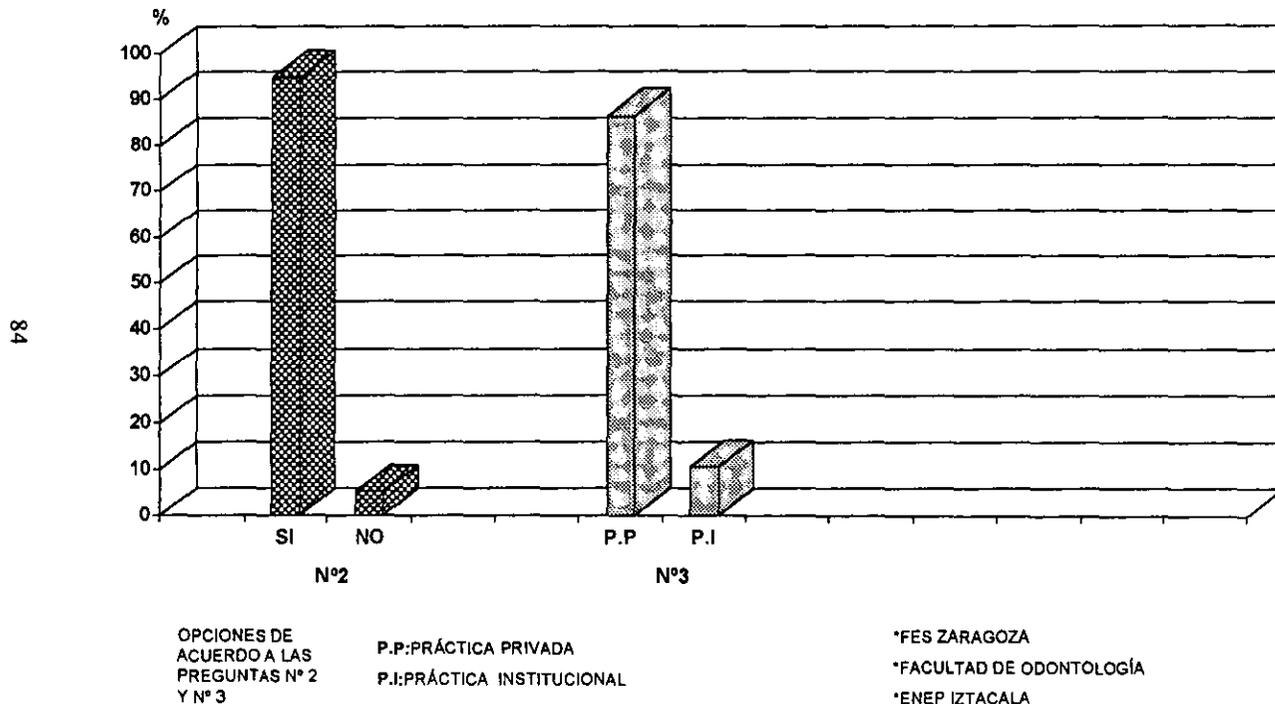
- P.P: Práctica privada
- P.I: Práctica institucional

- 2.- ¿ Se siente satisfecho con su profesión?
- 3.- ¿ Cuenta con otro empleo además de ejercer la docencia?

FUENTE: Cuestionario 2 aplicado a los profesores de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 10

RESPUESTAS DE LOS PROFESORES A LA SATISFACCIÓN DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA Y SI CUENTA CON OTRO EMPLEO.*(FACULTADES-UNAM)



FUENTE: TABLA No. 10

TABLA No. 11

RESPUESTAS A LA PREPARACIÓN PROFESIONAL DE LOS PROFESORES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA. SEPTIEMBRE/00.

PREGUNTAS		4				5			
INSITUCIÓN EN LA QUE LABORA	TOTAL DE PROFESORES	SI	NO	T.V	N.S	SI	NO	T.V	N.C
FES Zaragoza	9	6	2	1	0	6	2	1	0
Facultad de odontología	8	3	2	2	1	3	2	2	1
ENEP Iztacala	2	1	1	0	0	2	0	0	0
TOTAL	19	10	5	3	1	11	4	3	1
%	100	52.6	26.3	15.7	5.2	57.8	21	15.7	5.2

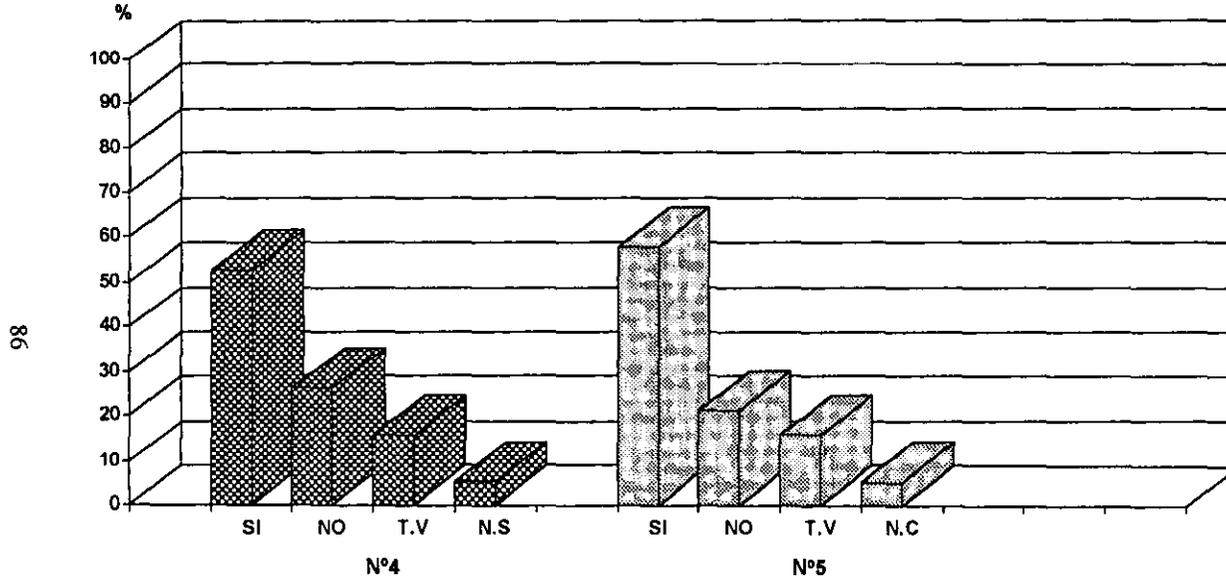
- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe
- N.C: No contesto

- 4.- ¿ Considera que la preparación que recibió fue la adecuada para solucionar problemas de salud bucal en su práctica privada?
- 5.- ¿ Considera que los objetivos contenidos en los planes de estudio que llevo fueron los adecuados para su formación profesional?

FUENTE: Cuestionario 2 aplicado a los profesores de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 11

RESPUESTA DE LA PREPARACIÓN PROFESIONAL DE LOS PROFESORES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA.*(FACULTADES-UNAM)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N°4 Y N°5

T.V:TAL VEZ
N.S:NO SABE
N.C:NO CONTESTO

*FES ZARAGOZA
*FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
*ENEP IZTACALA

FUENTE: TABLA No. 11

TABLA No. 12

RESPUESTAS DE LOS PROFESORES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA ODONTOLOGÍA SOCIAL Y SU IMPORTANCIA DENTRO DE LOS PLANES DE ESTUDIO PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS ALUMNOS. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS		6			7			8		9
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA	TOTAL DE PROFESORES	SI	NO	PR	SI	NO	N.C	SI	N.C	SI
FEZ Zaragoza	9	2	2	5	2	5	2	8	1	9
F. Odontología	8	2	0	6	2	6	0	8	0	8
ENEP Iztacala	2	0	0	2	1	1	0	2	0	2
TOTAL	19	4	2	13	5	12	2	18	1	19
%	100	21	10.5	68.4	26.3	63.1	10.5	94.7	5.2	100

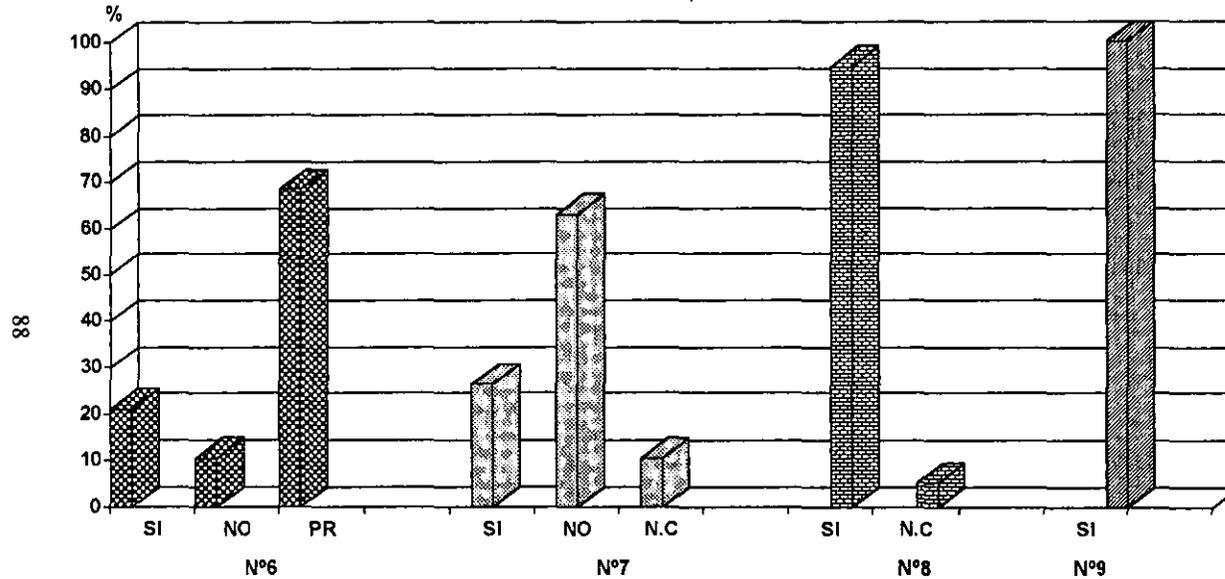
- PR: Prevención
- N.C: No contesto

- 6.- ¿ Sabe cual es la función de la odontología social (comunitaria).?
- 7.- ¿ Considera que los objetivos de odontología social (comunitaria) planteados en los programas de estudio los dirige adecuadamente hacia sus alumnos?
- 8.- ¿ Cree que sea necesario que se le realice una modificación a los planes de estudio, incluyendo o excluyendo materias de odontología social (comunitaria).?
- 9.- ¿ Cómo docente en el área de la salud considera la odontología social importante para la formación profesional de sus alumnos?

FUENTE: Cuestionario 2 aplicado a los profesores de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 12

RESPUESTAS DE LOS PROFESORES A LA ODONTOLÓGIA SOCIAL Y SU IMPORTANCIA DENTRO DE LOS PLANES DE ESTUDIO PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS ALUMNOS.(FACULTADES-UNAM)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N° 6, 7, 8 Y 9

PR: PREVENCIÓN
N.C:NO CONTESTO

*FES ZARAGOZA
*FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
*ENEP IZTACALA

FUENTE: TABLA No. 12

TABLA No. 13

RESPUESTAS DE LOS PROFESORES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA AL TIPO DE PRÁCTICA ODONTOLÓGICA QUE SE TRATA DE IMPLEMENTAR HOY EN DÍA. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS	TOTAL DE PROFESORES	10			11				12			13		
		SI	CL	SO	SI	NO	T.V	N.S	SI	NO	N.C			
FES Zaragoza	9	9	9	0	3	3	2	1	3	5	1			
Facultad de Odontología	8	8	6	2	2	5	1	0	8	0	0			
ENEP Iztacala	2	2	2	0	1	0	0	1	2	0	0			
TOTAL	19	19	17	2	6	8	3	2	13	5	1			
%	100	100	89.4	10.5	31.5	42.1	15.7	10.5	68.4	26.3	5.2			

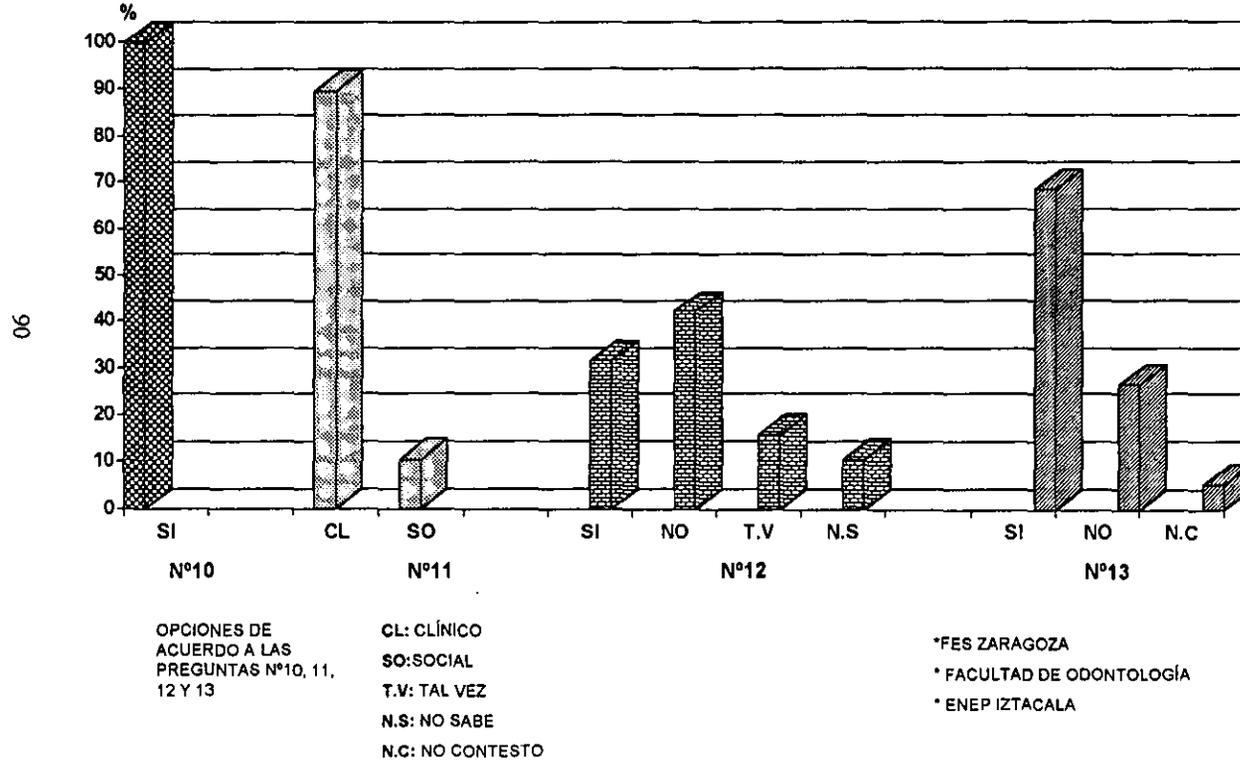
- CL: Clínico
- SO: Social
- T.V: Tal vez
- N.S: No se
- N.C: No contesto

- 10.- ¿ Fomenta en sus alumnos la capacidad de desempeñarse como odontólogos del cambio, dedicados a contribuir al estudio y solución de la problemática de salud enfermedad de nuestro país?
- 11.- ¿ Considera que la carrera de Cirujano dentista se ve hoy en día caracterizada como un modelo?
- 12.- ¿ Cree que la odontología social la están implementando en las nuevas generaciones?
- 13.- ¿ Cree abordar el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático de manerapp integral en su práctica privada?

FUENTE: Cuestionario 2 aplicado a los profesores de la Carrera de Cirujano Dentista

GRÁFICO No. 13

RESPUESTA DE LOS PROFESORES AL TIPO DE PRÁCTICA ODONTOLÓGICA QUE SE TRATA DE IMPLEMENTAR HOY EN DÍA. *(FACULTADES-UNAM)



FUENTE: TABLA No. 13

TABLA No. 14

RESPUESTAS DE LOS PROFESORES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA LLEVAR A CABO PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN LA COMUNIDAD, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS		14		15		16			17		
INSTITUCIÓN EN LA CUAL LABORA	TOTAL DE PROFESORES	SI	NO	SI	IN	I.E	N.C	SI	NO	N.C	
FES Zaragoza	9	2	7	9	4	2	3	8	0	1	
Facultad de Odontología	8	5	3	8	4	4	0	6	2	0	
ENEP Iztacala	2	0	2	2	2	0	0	1	1	0	
TOTAL	19	7	12	19	10	6	3	15	3	1	
%	100	36.8	63.1	100	52.6	31.5	15.7	78.9	15.7	5.2	

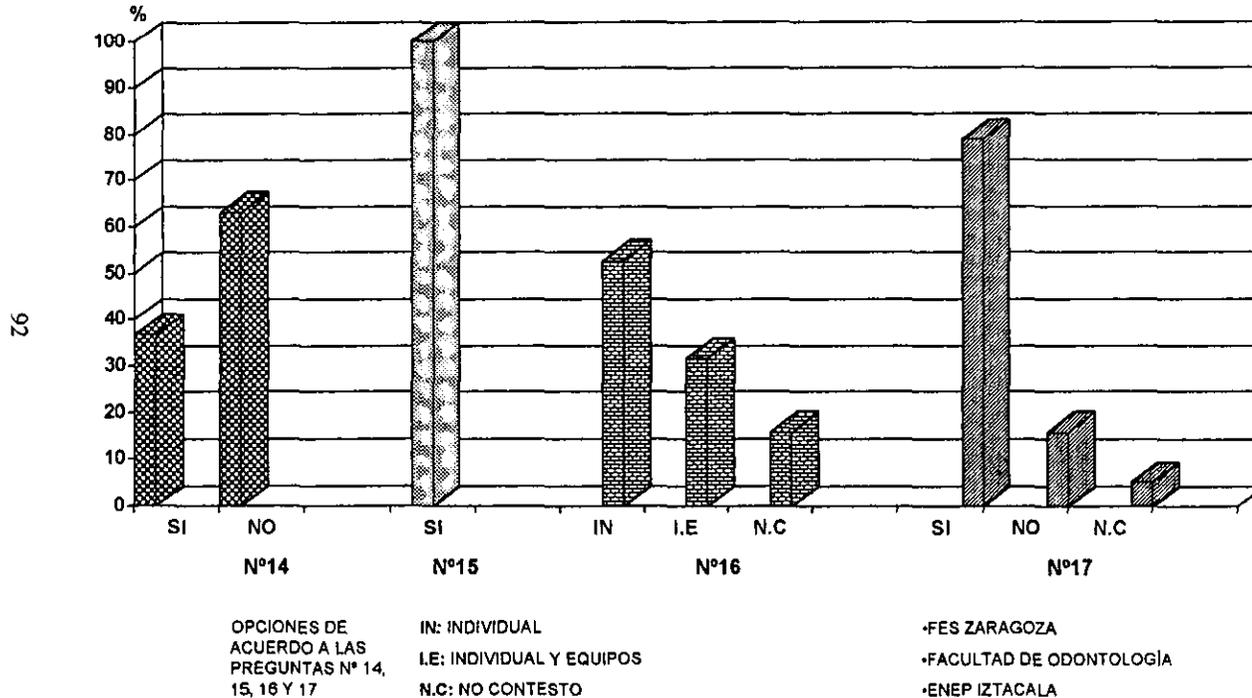
- IN: Individual
- I:E: Individual y equipos
- N.C: No contesto

- 14.- ¿ Realiza programas de educación y prevención en salud bucal, en su comunidad?
- 15.- ¿ Cree estar capacitado psicológicamente para desarrollar y brindar programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?
- 16.- ¿ Cómo se organiza para llevar a cabo programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?
- 17.- ¿ Si tuviera la oportunidad de participar en programas educativos y preventivos para beneficio de su comunidad, lo haría?

FUENTE: Cuestionario 2 aplicado a los profesores de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 14

RESPUESTAS DE LOS PROFESORES A LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA LLEVAR A CABO PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN LA COMUNIDAD, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO. *(FACULTADES-UNAM)



FUENTE: TABLA No. 14

TABLA No.15

RESPUESTA DE LOS PROFESORES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA A LA PERIODICIDAD CON QUE VISITA A SU COMUNIDAD Y DONDE SE UBICA SU CONSULTORIO ODONTOLÓGICO. SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS	TOTAL DE PROFESORES	18			19		
		NO	C3	C6	DO	N.C	Z.M
FES Zaragoza	9	7	1	1	3	4	2
Facultad de Odontología	8	6	2	0	2	3	3
ENEP Izacala	2	2	0	0	1	1	0
TOTAL	19	15	3	1	6	8	5
%	100	78.9	15.7	5.2	31.5	42.1	26.3

- N.C: No contesto
- C3: Cada 3 meses
- C6: Cada 6 meses
- DO: Domicilio
- Z.M: Zonas marginadas

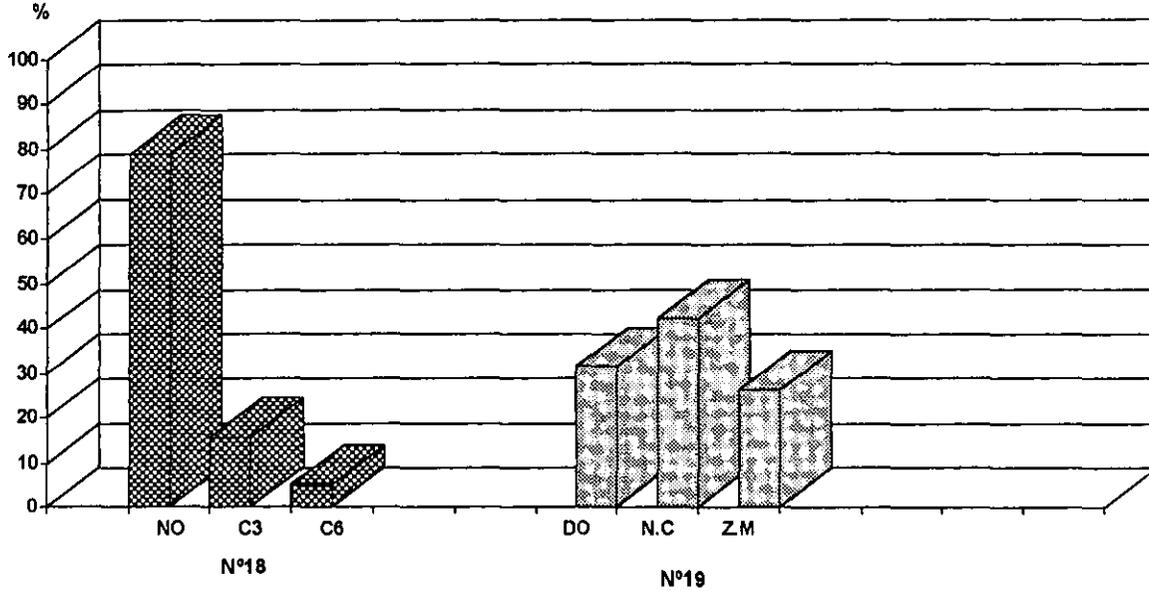
- 18.- ¿ Cada cuando visita a las personas de su comunidad?
- 19.- Dónde se ubica su consultorio odontológico?

FUENTE: Cuestionario 2 aplicado a los profesores de la Carrera de Cirujano Dentista.

GRÁFICO No. 15

RESPUESTA DE LOS PROFESORES A LA PERIODICIDAD CON QUE VISITA A SU COMUNIDAD Y DONDE SE UBICA SU CONSULTORIO ODONTOLÓGICO. *(FACULTADES-UNAM)

94



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N° 18 Y N° 19

C3: CADA 3 MESES

C6: CADA 6 MESES

DO: DOMICILIO

N.C: NO CONTESTO

Z.M: ZONAS MARGINADAS

•FES ZARAGOZA

•FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

•ENEP IZTACALA

FUENTE: TABLA No. 15

TABLA No. 16

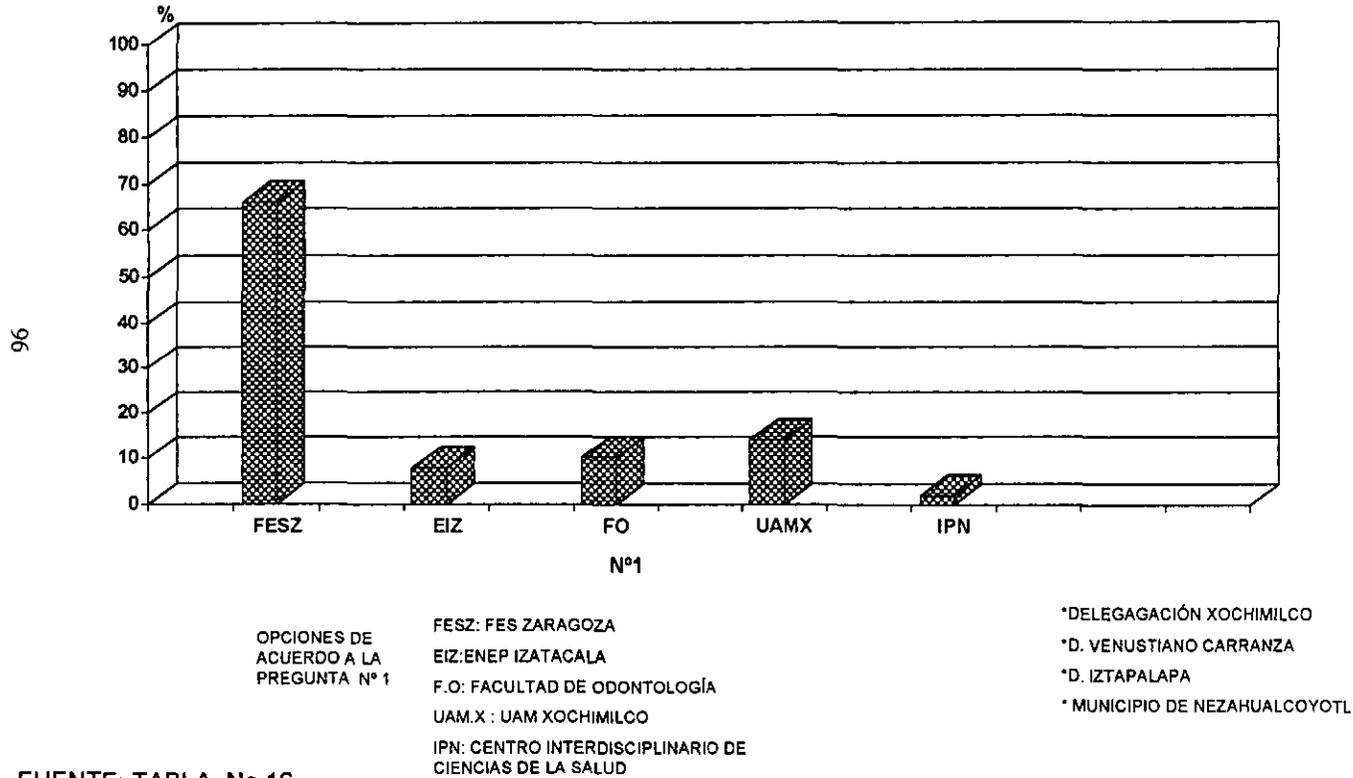
RESPUESTA AL SEXO FEMENINO O MASCULINO DE LOS CIRUJANOS
DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA*(ZONAS PARTICIPANTES).
SEPTIEMBRE/00

TIEMPO DE EJERCER LA CARRERA DE C.D.	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO
5 MESES- 1 AÑO	3	1	2
2 AÑOS - 5 AÑOS	12	6	6
6 AÑOS - 10 AÑOS	15	7	8
11 AÑOS - 15 AÑOS	9	2	7
16 AÑOS - 20 AÑOS	11	5	6
TOTAL	50	21	29
%	100	42	58

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentista de práctica privada

GRÁFICO No. 16

RESPUESTAS A LA INSTITUCIÓN DEL CUAL SON EGRESADOS LOS CIRUJANOS DENTISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA. *(ZONAS PARTICIPANTES)



FUENTE: TABLA No.16

TABLA No. 17

TIEMPO DE EJERCER LA PROFESIÓN E INSTITUCIÓN DE LA CUAL SON EGRESADOS LOS CIRUJANOS DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA. *(ZONAS PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00

PREGUNTA	TOTAL DE C.D	I				
		FES Z	ENEPI	F.O	UAM. X	IPN
5meses- 1 año	3	1	1	0	1	0
2años-5años	12	6	0	2	4	0
6años-10años	15	12	1	1	1	0
11años-15años	9	7	0	2	0	0
16años-20años	11	7	2	0	1	0
Total	50	33	4	5	7	1
%	100	66	8	10	14	2

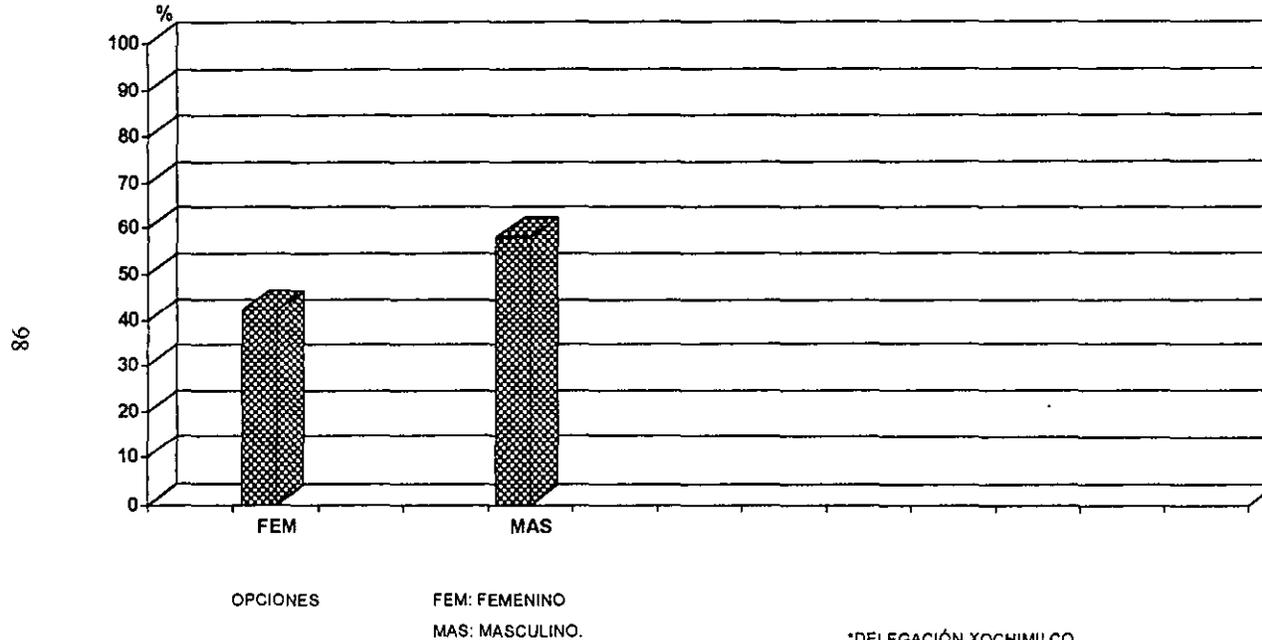
- FESZ: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- ENEPI: Escuela Nacional de Estudios profesionales Iztacala
- F.O: Facultad de odontología UNAM.
- UAMX: Universidad Autonoma Metropolitana Unidad Xochimilco
- IPN: Instituto Politécnico Nacional: Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud

- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los Cirujanos Dentistas de práctica privada.

GRÁFICO No. 17

RESPUESTA CORRESPONDIENTE AL SEXO FEMENINO Y MASCULINO EN LOS CIRUJANOS DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA.* (ZONAS PARTICIPANTES)



*DELEGACIÓN XOCHIMILCO
*D. VENUSTIANO CARRANZA
*D. IZTAPALAPA
*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 17

TABLA No. 18

RESPUESTA DE LOS PROFESIONISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA A LO QUE MOTIVO Y LA SATISFACCIÓN DE HABER ESTUDIADO LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA *(ZONAS PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS	TOTALDE C.D.	2								3	
		N.C	IN.	A.S	H.M	S.P	SE	GU	F.O	SI	NO
FES ZARAGOZA	26	5	1	8	1	2	2	3	4	3	3
ENEP IZTACALA	7	0	0	1	0	2	1	3	0	7	0
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	8	2	1	0	1	1	1	2	0	7	1
UAM XOVHILMCO	8	2	0	0	1	3	0	1	1	6	2
LP.N	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
TOTAL	50	9	2	9	3	9	4	9	5	44	6
%	100	18	4	18	6	18	8	18	10	88	12

- N.C: No contesto
- IN: Independencia
- A.S: Área de la salud
- H.M: Habilidad manual
- S.P: Servicio a la población
- SP: Superación personal y ecómica
- GU: Gusto
- F.O: Falta de orientación vocacional

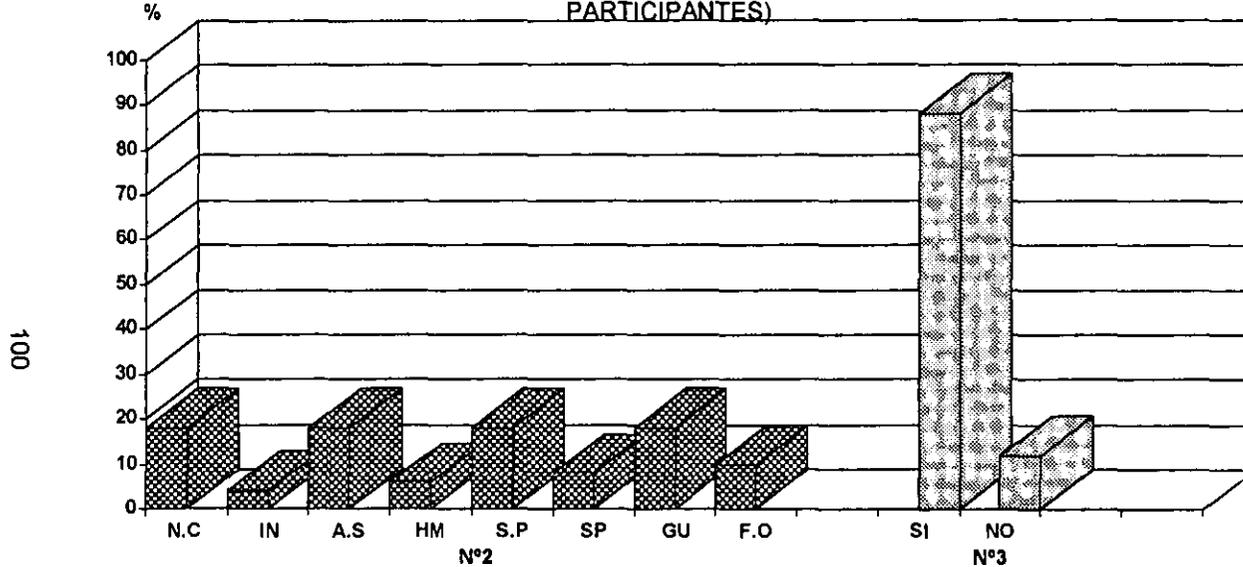
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 2.- Qué lo motivo a estudiar la carrera de cirujano dentista?
- 3.- ¿ Se siente satisfecho con su profesión?

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentistas en práctica privada

GRÁFICO No. 18

RESPUESTAS DE LOS PROFESIONISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA A LO QUE MOTIVO Y LA SATISFACCIÓN DE HABER ESTUDIADO LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA. *(ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS Nº 2 Y 3

N.C: NO CONTESTO
 IN: INDEPENDENCIA
 A.S: ÁREA DE LA SALUD
 HM: HABILIDAD MANUAL
 S.P: SERVICIO A LA POBLACIÓN
 SP: SUPERACIÓN PERSONAL Y ECONÓMICA
 GU: GUSTO
 F.O: FALTA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO
 *D. VENUSTIANO CARRANZA
 *D. IZTAPALAPA
 *MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 18

TABLA No. 19

RESPUESTAS A LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL CIRUJANO DENTISTA EN PRÁCTICA PRIVADA* (ZONAS PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS	TOTAL	4			5		
		SI	NO	T.V	SI	NO	T.V
ESCUELA DEL CUAL ES EGRESADO							
FES ZARAGOZA	26	19	5	2	20	5	1
ENEP IZTACALA	7	4	2	1	4	2	1
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	8	8	0	0	4	2	2
UAM. XOCHIMILCO	8	6	2	0	5	2	1
IPN	1	1	0	0	1	0	0
TOTAL	50	38	9	3	34	11	5
%	100	76	18	6	68	22	10

▪ T.V. Tal vez

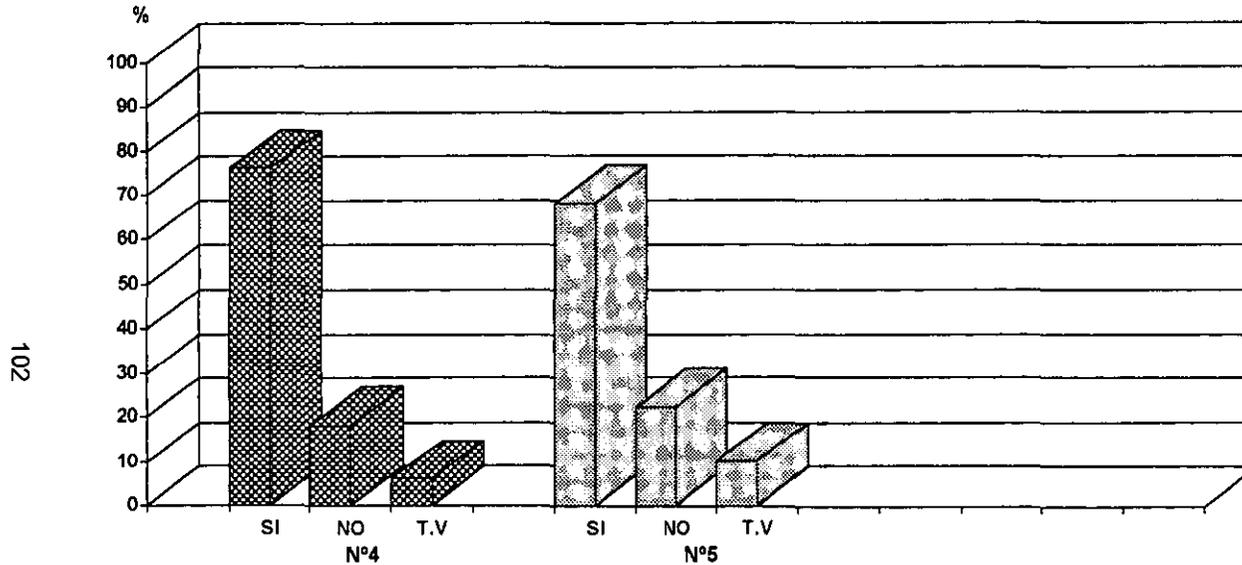
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 4.- ¿ Considera que la preparación que recibió fue la adecuada para solucionar problemas de salud bucal a nivel odontológico para su comunidad?
- 5.- ¿ Considera que los planes de estudio que llevo fueron los adecuados para su formación profesional?

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentistas en práctica privada.

GRÁFICO No. 19

RESPUESTA A LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA.
* (ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N°4 Y 5

T.V: TAL VEZ

- *DELEGACIÓN XOCHIMILCO
- *D. VENUSTIANO CARRANZA
- *D. IZTAPALAPA
- *MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No.19

TABLA No. 20

RESPUESTA DE LOS CIRUJANOS DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA A LA FUNCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL *(ZONAS PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00

PREGUNTA		6					
INSTITUCIÓN DEL CUAL ES EGRESADO	TOTAL	N.C	T.P	SI	N.S	EPS	
FES ZARAGOZA	26	5	6	1	6	8	
ENEP IZTACALA	7	2	1	0	2	2	
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	8	1	2	3	1	1	
UAM XOCHIMILCO	8	2	1	0	3	2	
IPN	0	0	1	0	0	0	
TOTAL	50	10	11	4	12	13	
%	100	20	22	8	24	26	

- N.C: No contesto
- T.P: Técnicas profilácticas
- N.S: No sabe
- EPS: Educación y promoción a la salud

- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

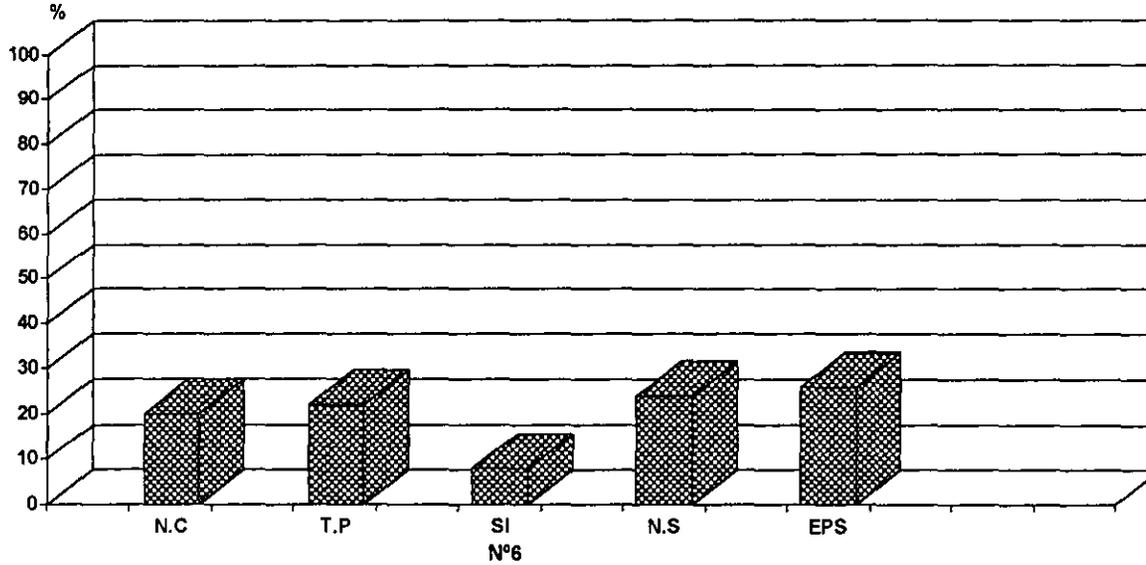
➤ 6.- ¿ Sabe cual es la función de la odontología social (comunitaria).?

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentistas en práctica privada.

GRÁFICO No. 20

RESPUESTA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA A LA FUNCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL.* (ZONAS PARTICIPANTES)

104



OPCIONES DE ACUERDO A LA PREGUNTA N°6

N.C: NO CONTESTO

T.P: TÉCNICAS PROFILÁCTICAS

EPS: EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN A LA SALUD

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO

*D. VENUSTIANO CARRANZA

*D. IZTAPALAPA

*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 20

TABLA No. 21

**RESPUESTAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA
LA ODONTOLOGÍA SOCIAL CONTENIDA EN LOS PLANES DE ESTUDIO
*(ZONAS PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00**

PREGUNTAS	TOTAL DE C.D.	7				8				9				10			
		SI	NO	T.V	N.S	SI	NO	CL	SO	TE	SI	NO	T.V	N.S			
FES ZARAGOZA	26	22	0	3	1	14	12	17	7	2	9	2	9	6			
ENEP IZTACALA	7	7	0	0	0	2	5	4	1	2	5	2	0	0			
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	8	6	1	1	0	3	5	3	2	3	5	2	1	0			
UAM. XOCHIMILCO	8	5	0	0	3	2	6	3	4	1	3	1	2	2			
C.I.C.S IPN	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0			
TOTAL	50	41	1	4	4	22	28	27	15	8	22	7	13	8			
%	100	82	2	8	8	44	56	54	30	16	44	14	26	16			

- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe
- CL: Clínico
- SO: Social
- TE: Técnica

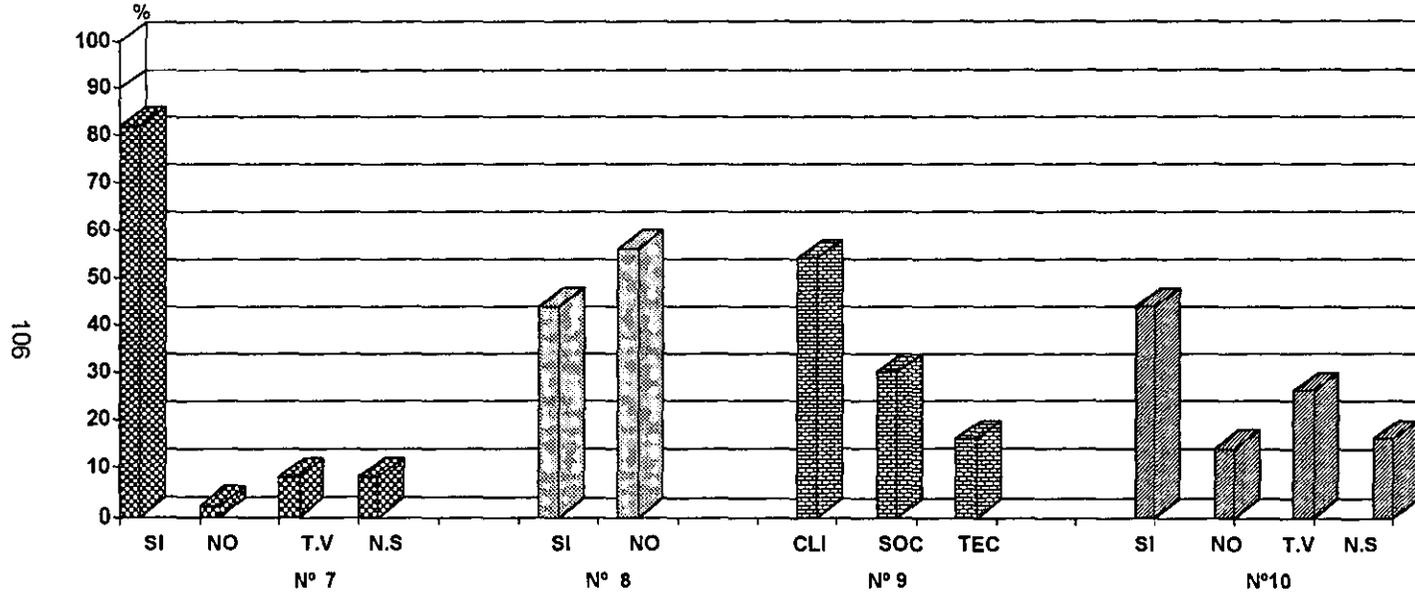
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 7.- ¿ Cómo profesional en el área de la salud considera a la odontología social (comunitaria) importante para dar solución a la problemática de salud bucal?
- 8.- ¿ Considera que los objetivos de odontología social (comunitaria) planteados en los programas de estudio que curso, fueron los adecuados para llevar a cabo programas educativos y preventivos de salud bucal hacia tu comunidad?
- 9.-¿ Considera que la carrera de cirujano dentista se ve hoy en día caracterizada como un modelo?
- 10.- Cree que la odontología social (comunitaria) la estén implementando las nuevas generaciones?

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentistas en práctica privada.

GRÁFICO No. 21

RESPUESTAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA A LA ODONTOLÓGIA SOCIAL
CONTENIDA EN LOS PLANES DE ESTUDIO.* (ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS
PREGUNTAS Nº 7,8,9 Y 10

T.V: TAL VEZ
N.S: NO SABE
CLI: CLÍNICO
SOC: SOCIAL
TEC: TÉCNICO

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO
*D. VENUSTIANO CARRANZA
*D. IZTAPALAPA
*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 21

TABLA No. 22

RESPUESTAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTA EN PRÁCTICA PRIVADA A LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y PREVENTIVOS DE SALUD BUCAL HACIA LA COMUNIDAD *(ZONAS PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS	TOTAL DE C.D.	11			12		13		
		SI	NO	T.V	NS	SI	NO	SI	NO
ESCUELA DEL CUAL ES EGRESADO									
FES ZARAGOZA	26	17	6	2	1	20	6	7	19
ENEP IZTACALA	7	5	2	0	0	6	1	6	1
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	8	4	2	2	0	6	2	6	2
UAM. XOCHIMILCO	8	7	1	0	0	7	1	5	3
C.I.C.S IPN	1	0	1	0	0	1	0	0	1
TOTAL	50	33	12	4	1	40	10	24	26
%	100	66	24	8	2	80	20	48	52

- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe

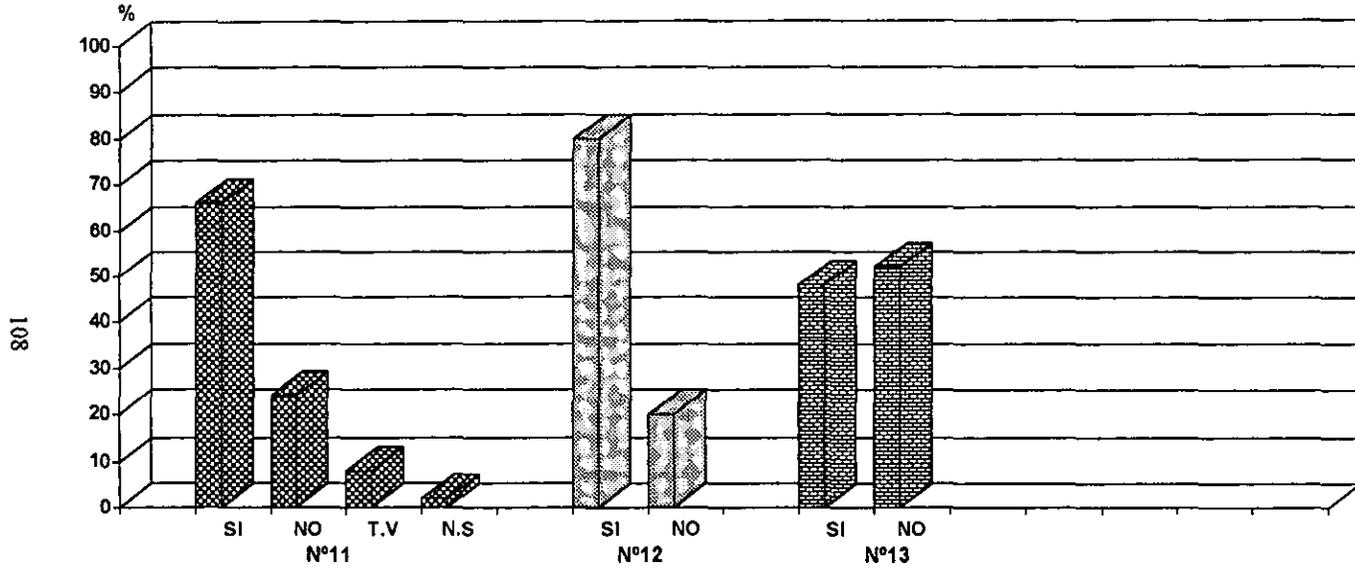
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 11.- ¿ Cree abordar el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático de manera integral en su práctica privada?
- 12.- ¿ Cree estar capacitado psicológicamente para desarrollar y brindar programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?
- 13.- ¿ Realiza programas de educación y prevención en salud bucal, en su comunidad?

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentista en práctica privada

GRÁFICO No. 22

RESPUESTAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA A LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y PREVENTIVOS DE SALUD BUCAL HACIA LA COMUNIDAD.*(ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N°11,12 Y 13

T.V. TAL VEZ
N.S: NO SABE

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO
*D. VENUSTIANO CARRANZA
*D. IZTAPALAPA
*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 22

TABLA No. 23

**RESPUESTAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA
A LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y PREVENTIVOS
HACIA SU COMUNIDAD *(ZONAS PARTICIPANTES) SEPTIEMBRE/00**

PREGUNTAS ISNTITUCIÓN DEL CUAL ES EGRESADO	TOTAL DE C.D	14			15		16	
		INDIVIDUAL.	EQUIPOS DE SALUD	NO REALIZA	SI	NO	IND.	COLEC.
FES ZARAGOZA	26	17	4	5	22	4	18	8
ENEP IZTACALA	7	5	1	1	7	0	6	1
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	8	5	1	2	5	3	6	2
UAM. XOCHIMILCO	8	5	2	1	5	3	5	3
C.I.C.S IPN	1	1	0	0	1	0	0	1
TOTAL	50	33	8	9	40	10	35	15
%	100	66	16	18	80	20	70	30

- IN: Individual
- E.S: Equipos de salud
- N.R: No realiza
- CO: Colectivo

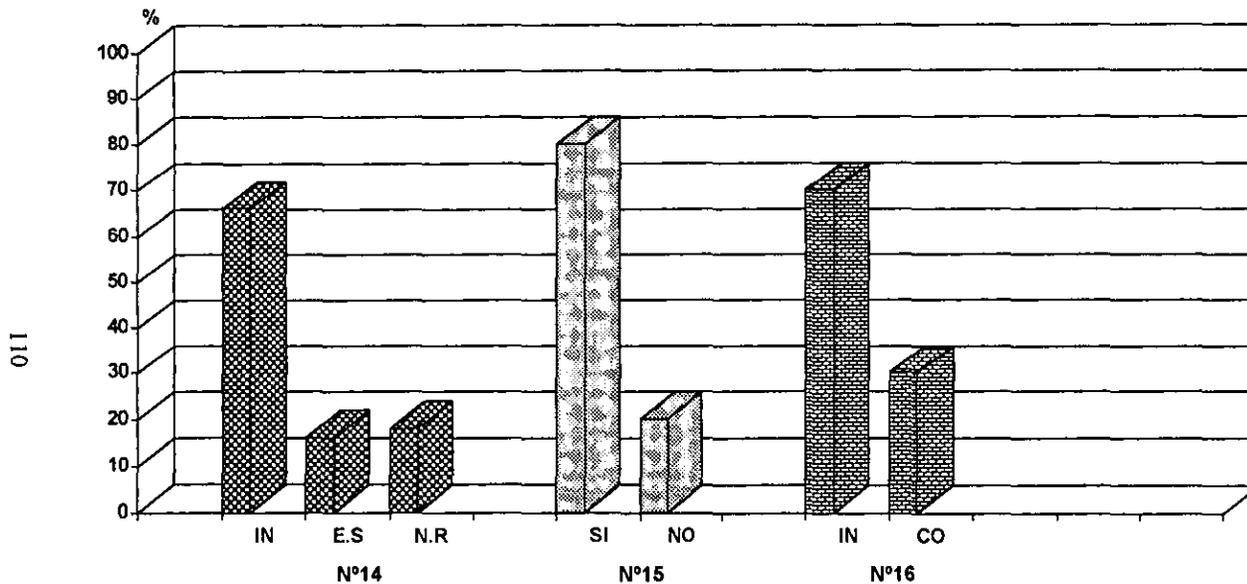
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 14.- ¿ Cómo se organiza para llevar a acabo programas educativos y preventivos de salud bucal, hacia su comunidad?
- 15.- ¿ Si tuviera la oportunidad de participar en programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad, lo haría?
- 16.- ¿ Cómo realiza diagnóstico de salud bucal en su comunidad?

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentista en práctica privada.

GRÁFICO No. 23

RESPUESTAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA A LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y PREVENTIVOS HACIA SU COMUNIDAD.*(ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N°14, 15 Y 16

IN: INDIVIDUAL
E.S: EQUIPOS DE SALUD
N.R: NO REALIZA
CO: COLECTIVO

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO
*D. VENUSTIANO CARRANZA
*D. IZTAPALAPA
*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 23

TABLA No. 24

**RESPUESTAS DE LOS CIRUJNOS DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA
A LA PERIODICIDAD CON QUE VISITA A SU COMUNIDAD Y
UBICACIÓN DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO *(ZONAS
PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00**

PREGUNTAS	17						18		
INSTITUCIÓN DE LA CUAL ES EGRESADO	TOTAL DE C.D.	DIARIO	N/R	C/15 D.	C/6 M	C/AÑO	DOMICILIO	NC	ZONA CER. DOM.
FES. ZARAGOZA	26	0	19	3	2	2	9	5	12
ENEP. IZTACALA	7	1	3	1	1	1	3	2	2
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	8	1	6	0	1	0	3	0	5
UAM. XOCHIMILCO	8	0	7	1	0	0	1	3	4
C.I.C.S. IPN	1	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	50	2	36	5	4	3	16	10	24
%	100	4	72	10	8	6	32	20	48

- DI: Diario
- N.R: No realiza
- C15: Cada 15 días
- C6 M: Cada 6 meses
- CA: Cada año
- DO: Domicilio
- N.C: No contesto
- ZC: Zona cercana a su domicilio

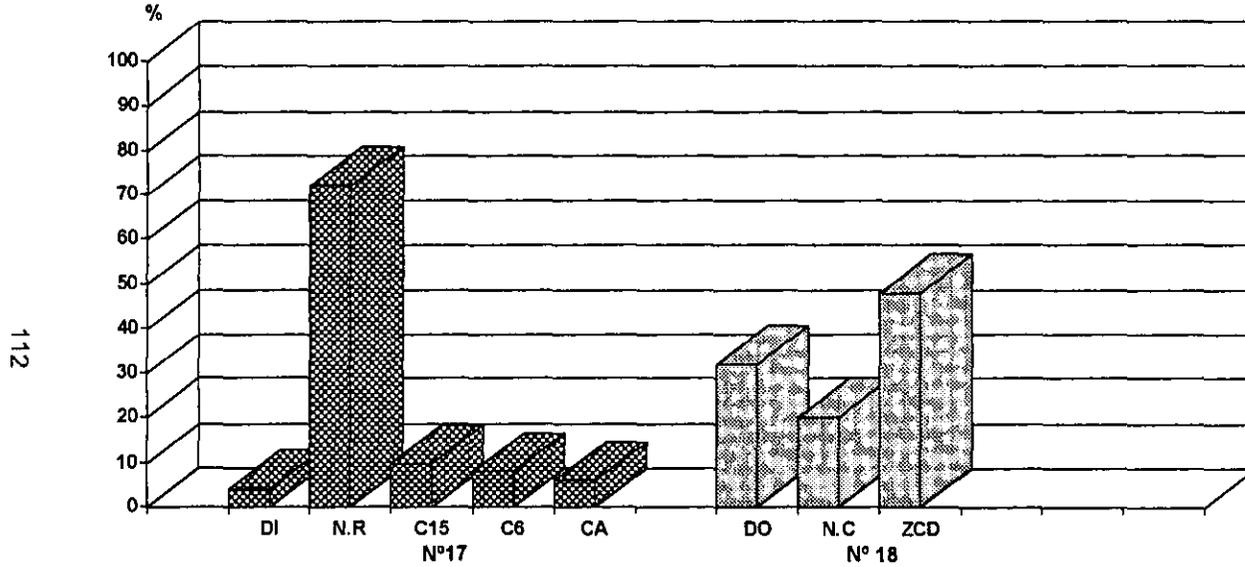
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 17.- ¿ Cada cuando visita a las personas de su comunidad?
- 18.- ¿ Porque ubico su consultorio odontológico en esta zona?

FUENTE: Cuestionario 3 aplicado a los cirujanos dentistas en práctica privada.

GRÁFICO No. 24

RESPUESTAS DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS DE PRÁCTICA PRIVADA A LA PERIODICIDAD CON QUE VISITA A SU COMUNIDAD Y UBICACIÓN DEL CONSULTORIO DENTAL.*(ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N°17 Y 18

DI: DIARIO

N.R: NO REALIZA

C15: CADA 15 DÍAS

C6: CADA 6 MESES

CA: CADA AÑO

DO: DOMICILIO

N.C: NO CONTESTO

ZCD: ZONA CERCANA A SU DOMICILIO

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO

*D. VENUSTIANO CARRANZA

*D. IZTAPALAPA

*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 24

TABLA No. 25

RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO ODONTOLÓGICO PRIVADO DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN Y TIPO DE ATENCION DE SALUD *(ZONAS PARTICIPANTES) SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS	SE XO		POBLACIÓN	1					2				3		
	F	M		TOTAL	EST.	COM.	EMP.	HOG.	NC	IMSS	SSA	OTROS	NC	SI	NO
15-20	9	0	9	4	0	3	1	1	2	2	5	0	5	4	0
21-25	9	3	12	1	2	5	4	0	3	1	7	1	3	6	3
26-30	12	2	14	0	0	6	8	0	7	2	3	2	9	3	2
31-35	4	1	5	0	0	2	3	0	1	0	1	3	2	1	2
36-40	2	2	4	0	1	1	2	0	1	1	2	0	2	2	0
41-45	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
46-50	3	0	3	0	1	1	0	1	2	0	0	1	1	2	0
51-56	2	0	2	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0	0
TOTAL	42	8	50	5	4	18	20	3	19	6	18	7	18	8	6
%	84	16	100	10	8	36	40	6	38	12	16	14	48	36	16

- ES: Estudiante
- CO: Comerciante
- EM: Empleado
- HO: Hogar
- N.C: No contesto
- IM: IMSS
- SS: Secretaria deSalubridad
- OT: Otros

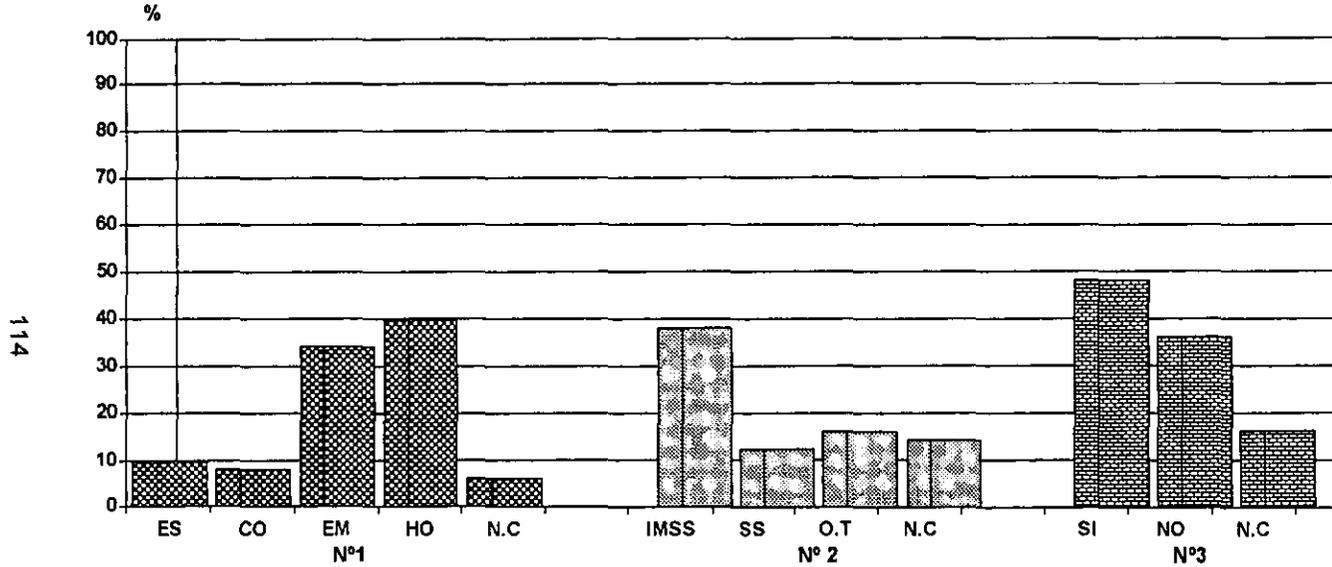
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 1.- ¿ Ocupación?
- 2.- ¿ Está asegurado por parte de alguna institución de salud?
- 3.- ¿ El servicio que brindan estas instituciones satisfacen sus necesidades?

FUENTE: Cuestionario 4 aplicado a la población.

GRÁFICO No. 25

RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO ODONTOLÓGICO PRIVADO, DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN Y TIPO DE ATENCIÓN DE SALUD. *(ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N° 1, 2 Y 3

ES: ESTUDIANTE

CO: COMERCIANTE

EM: EMPLEADO

HO: HOGAR

N.C: NO CONTESTO

IMSS: IMSS

SS: SECRETARIA DE SALUBRIDAD

OT: OTROS

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO

*D. VENUSTIANO CARRANZA

*D. IZATAPALAPA

*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No. 25

TABLA No. 26

RESPUESTAS A LA INFORMACIÓN QUE POSEE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO ODONTOLÓGICO PRIVADO SOBRE LA SALUD BUCAL Y LAS POSIBILIDADES ECONÓMICAS DE ESTA PARA SOLVENTAR ESTE SERVICIO *(ZONAS PARTICIPANTES)

PREGUNTAS	POBLACIÓN	4					5			6	
		SI	NO	TV	NS	NC	SI	NO	NC	SI	NO
RANGO DE EDAD	TOTAL										
15-20	9	0	2	6	1	0	5	3	1	5	4
21-25	12	1	4	7	0	0	2	10	0	4	8
26-30	14	5	3	6	0	0	3	11	0	6	8
31-35	5	0	2	3	0	0	0	5	0	2	3
36-40	4	0	3	1	0	0	2	2	0	1	3
41-45	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
46-50	3	0	2	0	1	0	1	2	0	1	2
51-56	2	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2
TOTAL	50	6	18	23	2	1	14	35	1	19	31
%	100	12	36	46	4	2	28	70	2	38	62

- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe
- N.C: No contesto

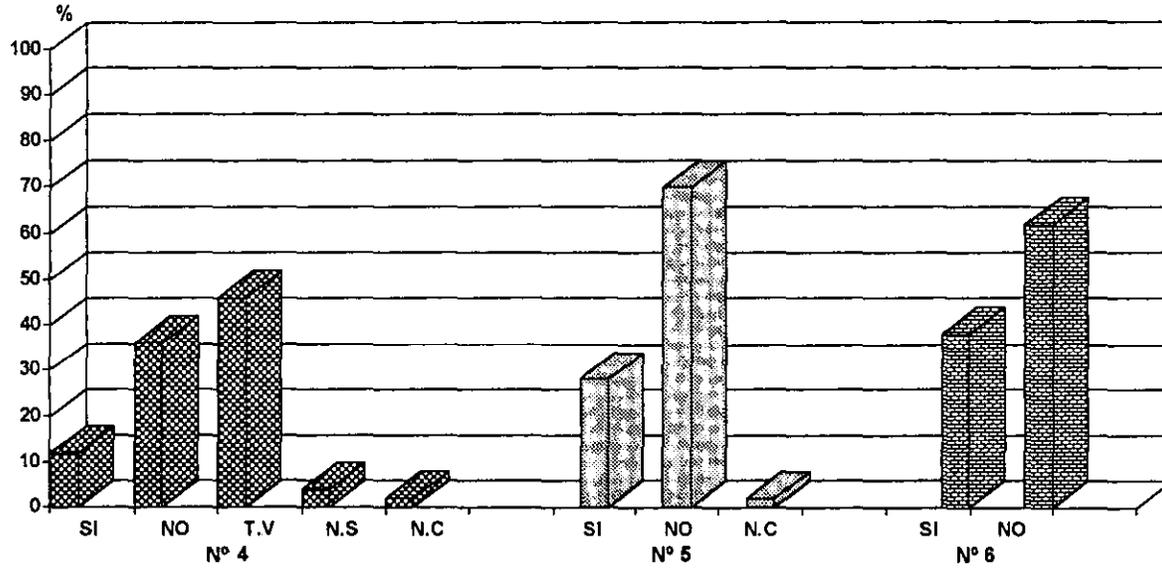
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 4.- ¿ Cree que la información que ofrecen los medios de comunicación (televisión, radio, periódico, revistas, entre otros), es la adecuada para conservar su salud bucal?
- 5.- ¿ Su dentista le ha platicado a cerca de las enfermedades bucal a usted y su familia?
- 6.- ¿ Su nivel económico le permite cubrir los gastos de la consulta privada?

FUENTE: Cuestionario 4 aplicado a la población.

GRÁFICO No. 26

RESPUESTAS A LA INFORMACIÓN QUE POSEE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO ODONTOLÓGICO PRIVADO SOBRE SALUD BUCAL Y LAS POSIBILIDADES ECONÓMICAS PARA SOLVENTAR ESTE SERVICIO.*(ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS Nº 4, 5 Y 6

T.V: TAL VEZ
N.S: NO SABE
N.C: NO CONTESTO

•DELEGACIÓN XOCHIMILCO
•VENUSTIANO CARRANZA
•IZTAPALAPA
•MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

TABLA No. 27

RESPUESTAS A LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO ODONTOLÓGICO PRIVADO A LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL *(ZONAS PARTICIPANTES), SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS RANGO DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL	7			8				9		
		SI	NO	NC	SI	NO	TV	NS	ODON.	O. TEMAS	NC
15-20	9	2	7	0	3	1	0	5	6	1	2
21-25	12	1	11	0	10	1	0	1	4	2	6
26-30	14	1	13	0	14	0	0	0	8	1	5
31-35	5	0	5	0	4	0	1	0	3	2	0
36-40	4	1	3	0	3	1	0	0	3	1	0
41-45	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
46-50	3	1	2	0	2	1	0	0	2	0	1
51-56	2	0	1	1	2	0	0	0	2	0	0
TOTAL	50	6	42	2	39	4	1	6	29	7	14
%	100	12	84	4	78	8	2	12	58	14	28

- N.C: No contesto
- T.V: Tal vez
- N.S: No sabe
- OD: Odontología
- O. T: Otros temas

- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

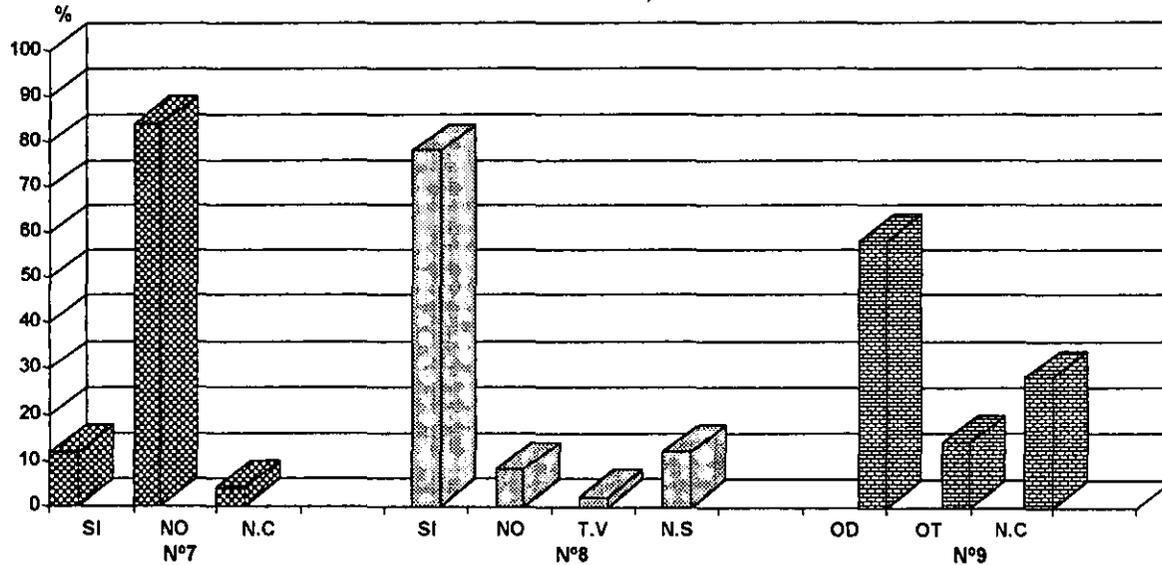
- 7.- ¿ Acude a pláticas de salud bucal en su comunidad?
- 8.- ¿ Cree conveniente que en su comunidad le brinden platicas de educación y prevención bucal, para un cambio favorable hacia sus hábitos o costumbres?
- 9.- ¿ Qué temas le gustaría que abordara el equipo de salud?

FUENTE: Cuestionario 4 aplicado a la población.

GRÁFICO No. 27

RESPUESTAS A LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO ODONTOLÓGICO PRIVADO A LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL *(ZONAS PARTICIPANTES)

118



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS Nº 7,8 Y 9

N.C: NO CONTESTO

T.V: TAL VEZ

N.S: NO SABE

OD: ODONTOLÓGIA

OT: OTROS TEMAS

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO

*VENUSTIANO CARRANZA

*IZTAPALAPA

*MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No.27

TABLA No. 28

RESPUESTAS A LA IMPORTANCIA QUE LE DA A SU SALUD BUCAL LA POBLACIÓN Y LA IMAGEN QUE TIENEN DEL CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA PRIVADA*(ZONAS PARTICIPANTES). SEPTIEMBRE/00

PREGUNTAS RANGO DE EDAD	POBLACION TOTAL	10		11				12			13				
		SI	NO	A.M	C.D	O	NC	SI	NO	NC	CAP.	NC	M	NS	MALA
15-20	9	1	8	3	6	0	0	2	7	0	7	2	0	0	0
21-25	12	0	12	8	4	0	0	4	6	2	4	3	2	2	1
26-30	14	2	12	3	10	1	0	2	11	1	7	6	0	1	0
31-35	5	1	4	2	1	1	1	3	2	0	3	1	0	0	1
36-40	4	0	4	1	2	1	0	2	2	0	1	1	1	1	0
41-45	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
46-50	3	0	3	1	2	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0
51-56	2	1	1	0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	0	0
TOTAL	50	5	45	18	27	3	2	14	32	4	27	14	3	4	2
%	100	10	90	36	54	6	4	28	64	8	54	28	6	8	4

- A: Automedicación
- C.D: Cirujano Dentista
- OT: Otros
- N.C: No contesto
- CAP: Capacitado
- M: Miedo
- N.S: No sabe
- M: Mala

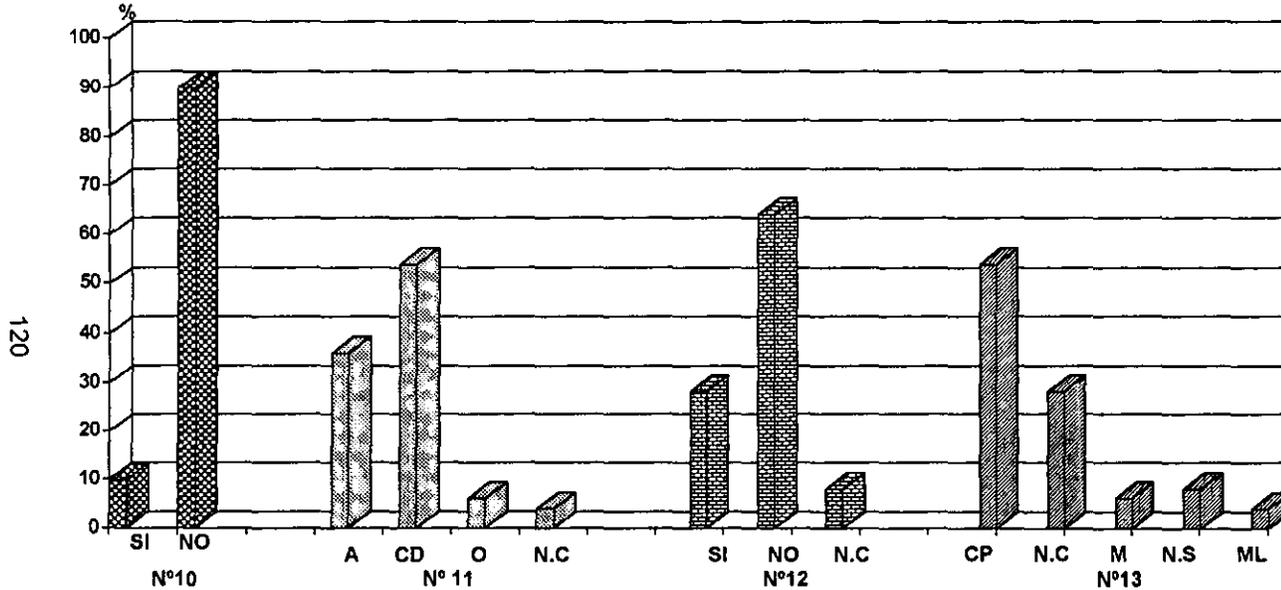
- ❖ Delegación Xochimilco
- ❖ D. Venustiano Carranza
- ❖ D. Iztapalapa
- ❖ Municipio de Nezahualcoyotl

- 10.- ¿ En su comunidad le han realizado algún tipo de cuestionario o entrevista sobre su salud bucal.?
- 11.- ¿ Cuándo presenta algún malestar bucal recurre de primera instancia a.?
- 12.- ¿ Por temor a los procedimientos realizados en el consultorio dental o por su desidia o economía, acudiría oportunamente al consultorio o dejaría avanzar su problema.?
- 13.- ¿Cuál es la imagen que usted tiene del cirujano dentista.?

FUENTE: Cuestionario 4 aplicado a la población.

GRÁFICO No. 28

RESPUESTAS DE LA IMPORTANCIA QUE LE DA A SU SALLUD BUCAL LA POBLACIÓN Y LA IMAGEN QUE TIENE DEL CIRUJANO DENTISTA. DE PRÁCTICA PRIVADA*(ZONAS PARTICIPANTES)



OPCIONES DE ACUERDO A LAS PREGUNTAS N°11,12 Y 13

A: AUTOMEDICACIÓN
 CD: CIRUJANO DENTISTA
 O: OTROS
 N.C: NO CONTESTO
 CP: CAPACITADO
 M: MIEDO
 N.S: NO SABE
 ML: MALA

*DELEGACIÓN XOCHIMILCO
 *D. VENUSTIANO CARRANZA
 *D. IZTAPALAPA
 *MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

FUENTE: TABLA No.28

CONCLUSIONES

A medida que dejamos atrás el siglo XX y enfrentamos los retos del nuevo milenio, es imperativo reflexionar respecto a como se debe acometer o abordar una nueva educación odontológica en nuestro país.

Sabiendo que históricamente el concepto salud-enfermedad ha ido evolucionando desde Hipócrates hasta la definición emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Considerando que el aspecto social es importante para está, no es algo externo e inmutable, ni mucho menos se presenta con iguales características a lo largo de la historia del hombre, ni con iguales similitudes para todos los hombre ubicados geográficamente en determinadas zonas, sino que el ámbito social tendrá un modo de influir en las interrelaciones de ellos mismos, así como los modos de producción. Sin olvidar que la salud depende en forma directa del nivel de vida e indirectamente del desarrollo social y, a su vez marcara definitivamente cada tipo de práctica dominante en el país, tanto institucional como privado.

De tal forma se llega a la conclusión de que no se desarrollan los programas educativos y preventivos en la práctica privada por el tipo de formación profesional dominante. Siendo que el número de escuelas tanto privadas como gubernamentales que imparten la carrera de cirujano dentista, que se crean en el país, crecen sin cesar y muchas de ellas parecen envejecer rápidamente a medida que las ideas individualistas y elitistas de que nacieron se van fraguando más y más, sin cambio alguno. Pues los cirujanos dentistas son el fiel reflejo de las condiciones que privan en las Instituciones, independientemente de las intenciones u orientaciones teóricas de los planes de estudio.

Tampoco se da la realización de programas educativos y preventivos por la actitud del cirujano dentista de práctica privada. Además que, desafortunadamente una de las formas de dominación que ha tenido la odontología a través de su evolución histórica ha sido la médica, fenómeno que caracteriza tanto la educación como la práctica y que se sigue considerando hoy en día cientificista y flexneriana, entendida como práctica profesional de universalidad biológica, orientada a la rehabilitación del daño, caracterizándola por su naturaleza individualista, por la selectividad de sus clientes, por la exclusión de formas de alternativa de práctica, todas éstas impiden comprender al odontólogo el fenómeno de salud-enfermedad, como un proceso que es producto de las condiciones histórico sociales que prevalecen.

Sabiendo que entorno a la práctica odontológica giran las determinantes tanto académicas, sociales, económicas y políticas de una población, ya que el mundo

va cambiando y con el ha de variar también los planes de estudio para satisfacer las nuevas necesidades de la población. Y para que estos planes de estudio permitan atender del mejor modo posible las necesidades de los alumnos, de los docentes que la impartirán y de la sociedad a la que en última instancia tanto unas como otras pertenecen. La teoría entonces de los planes de estudio exige que el proceso de planificación sea continuo, dinámico y sin fin.

La realización de programas educativos y preventivos en la práctica odontológica privada no se da, independientemente de la ubicación de los consultorios odontológicos.

Por tal motivo es necesario reformar el modelo de atención a la salud bucal en México, en el seno mismo de dicha práctica profesional. La participación de los docentes juega un papel importante para la formación profesional de sus alumnos ya que deben incitarlos, motivarlos, sensibilizarlos, que sean críticos entre otros, para que puedan confrontar la enseñanza recibida en las aulas con los problemas que a su vez abran de afrontar en el mundo real. Y que los alumnos en formación tengan la visión y capacidad necesaria para identificar, analizar y resolver problemas de salud bucal para beneficio de la sociedad.

Considerando a la odontología social como una base fundamental para este fin, y no solamente la aplicación de selladores de fosetas y fisuras, la técnica de cepillado como una prevención única.

Aunado a esto la educación para la salud debe ser un instrumento útil y necesario para la práctica médica, y que su propuesta educativa, participación y compromiso sea capaz de incorporar al educando activamente en el contexto de una sociedad evolutiva. Ya que la educación para la salud contempla como base fundamental las ciencias de la conducta, en donde la comunicación, motivación y aprendizaje interactúen entre sí para obtener resultados favorables hacia una cultura preventiva.

Dado que no solo contribuye a incrementar el nivel de salud de las poblaciones, sino que prepara a la población para el ejercicio de una función crítica y le habilita mediante la socialización del saber, para participar efectivamente en la creación de una alternativa comunitaria más justa y solidaria y sobre todo que la población hoy en día puede aceptar este cambio.

Por ello, las Instituciones que imparten la carrera de cirujano dentista deben rescatar la importancia de la odontología social (comunitaria) y no relegarla de su función principal para la cual ha sido creada, y así fomentar la adecuada preparación profesional de sus alumnos y tomar en cuenta que estos serán los profesionistas que se encontraran en un futuro al frente de una práctica privada que necesita un cambio.

PROPUESTAS

- 1.- Implementar dentro de los planes de estudio de las diferentes instituciones que imparten la carrera de cirujano dentista a la odontología social(comunitaria) como una asignatura obligatoria hasta el termino de esta.
- 2.- Capacitación y actualización constante de los profesores que se encuentran a cargo de la asignatura de odontología social (comunitaria) para unificar criterios y dirijan adecuadamente los objetivos de esta, hacia sus alumnos.
- 3.- Impulsar hacia una nueva perspectiva de cambio en la formación profesional de los alumnos de la carrera de cirujano dentista para la solución de los problemas de salud bucal, con bases clínicas pero sobre todo con fundamentos de odontología social (comunitaria), dado que se encontraran en un futuro en una práctica profesional privada.

ANEXOS

CUESTIONARIO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas, contestando con la mayor veracidad posible, a cada una de ellas

Institución en la que estudias _____

1.- ¿ Qué te motivo a estudiar la carrera de cirujano dentista?

2.- ¿ Te sientes satisfecho con tu profesión? _____

3.- ¿ Consideras que los planes de estudio que llevas son los necesarios para tu formación profesional?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

4.- ¿ Sabes cual es la función de la odontología social (comunitaria)?

5.- ¿ Consideras que los objetivos de odontología social (comunitaria) planteados en el programa de estudios son dirigidos adecuadamente por parte de tu profesor?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

6.- ¿ Cómo estudiante en el área de la salud consideras la odontología social (comunitaria) importante para tu formación profesional?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

7.- ¿ Crees Que sea necesario que se le realice una modificación a los planes de estudio incluyendo o excluyendo materias de odontología social (comunitaria)?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

8.- ¿ Consideras que la preparación que recibes es la adecuada para solucionar problemas de salud bucal en tu comunidad?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

9.- ¿ Consideras que la carrera de cirujano dentista se ve hoy en día caracterizada como un modelo?

CLINICO _____ SOCIAL _____ TÉCNICO _____

10.- ¿ Crees Que la odontología social (comunitaria) la estén implementando las nuevas generaciones?

SI ____ NO ____ TAL VEZ ____ NO LO SE ____

11.- ¿ Crees abordar el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático de manera integral en tu práctica privada?

SI ____ NO ____ TAL VEZ ____ NO LO SE ____

12.- ¿ Realizas programas de educación y prevención en salud bucal en tu comunidad?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

13.- ¿ Crees estar capacitado psicológicamente para desarrollar y brindar programas educativos y preventivos de salud bucal hacia tu comunidad?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

14.- ¿ Cómo te organizas para llevar acabo programas educativos y preventivos de salud bucal hacia tu comunidad?

INDIVIDUAL ____ EQUIPOS DE SALUD ____

15.- ¿ Si tuvieras la oportunidad de participar en programas educativos y preventivos de salud bucal hacia tu comunidad lo harías?

SI ____ NO ____ TAL VEZ ____ NO LO SE ____

PORQUE _____

16.- ¿ Cómo realizas diagnóstico de salud bucal en tu comunidad?

INDIVIDUAL ____ COLECTIVO ____

17.- ¿ Cada cuando visitas a las personas de tu comunidad? _____

18.- ¿ Dónde ubicarías tu consultorio odontológico? _____

PORQUE _____

ELABORADO POR: LÓPEZ SALVADOR GABRIELA
RODRÍGUEZ ESTRADA MARÍA ELENA

CUESTIONARIO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA" CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas, contestando con la mayor veracidad posible, a cada una de ellas

Tiempo de ejercer la profesión _____

Institución del cual es egresado _____

1.- ¿ Qué lo motivo a estudiar la carrera de cirujano dentista?

2.- ¿ Se siente satisfecho con tu profesión?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

3.- ¿ Cuenta con otro empleo además de ejercer la docencia?

4.- ¿ Considera que la preparación que recibió fue la adecuada para solucionar problemas de salud bucal en su práctica privada?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

5.- ¿ Considera que los objetivos contenidos en los planes de estudio que llevo fueron los adecuados para su formación profesional?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____

6.- ¿ Sabe cual es la función de la odontología social (comunitaria)?

7.- ¿ Considera que los objetivos de odontología social (comunitaria) planteados en el programa del plan de estudio los dirige adecuadamente a sus alumnos?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

8.- ¿ Cree que sea necesario que se le realice una modificación a los planes de estudio incluyendo o excluyendo materias de odontología social (comunitaria)?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

9.- ¿ Cómo docente en el área de la salud considera la odontología social (comunitaria) importante para la formación profesional de sus alumnos?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

10.- ¿ Fomenta en sus alumnos la capacidad de desempeñarse como odontólogos del cambio, dedicados a contribuir al estudio y solución de la problemática de salud enfermedad de nuestro país?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

11.- ¿ Considera que la carrera de cirujano dentista se ve hoy en día caracterizada como un modelo?

CLINICO ____ SOCIAL ____ PORQUE _____

12.- ¿ Cree que la odontología social la estén implementado en las nuevas generaciones?

SI ____ NO ____ TAL VEZ ____ NO LO SE ____

13.- ¿ Cree abordar el proceso de salud enfermedad del proceso estomatognático de manera integral en su práctica privada?

SI ____ NO ____ TAL VEZ ____ NO LO SE

14.- ¿ realiza programas de educación y prevención en salud bucal en su comunidad?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

15.- ¿ Cree estar capacitado psicológicamente para desarrollar y brindar programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

16.- ¿ Cómo se organiza para llevar acabo programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?

INDIVIDUAL ____ EQUIPOS DE SALUD ____

17.- ¿ Si tuviera la oportunidad de participar en programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad lo haría?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

18.- ¿ Cada cuando visita a las personas de su comunidad?

19.- ¿ Dónde se ubica su consultorio odontológico?

ELABORADO POR: LÓPEZ SALVADOR GABRIELA
RODRÍGUEZ ESTRADA MARÍA ELENA

CUESTIONARIO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas, contestando con la mayor veracidad posible, a cada una de ellas

SEXO F() M()

Tiempo de ejercer la profesión _____ Generación _____

1.- ¿ Institución del cual es egresado? _____

2.- ¿ Qué te motivo a estudiar la carrera de cirujano dentista?

3.- ¿ Se siente satisfecho con tu profesión?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

4.- ¿ Considera que la preparación que recibió fue la adecuada para solucionar problemas de salud bucal en su práctica privada?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

5.- ¿ Considera que los planes de estudio que llevo fueron los adecuados para su formación profesional?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

6.- ¿ Sabe cual es la función de la odontología social (comunitaria)?

7.- ¿Cómo profesional en el área de la salud considera la odontología social (comunitaria) importante para dar solución a la problemática de salud bucal?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

8.- ¿Considera que los objetivos de odontología social planteados en los programas de estudio que curso, fueron los adecuados para llevar acabo programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

9.- ¿ Considera que la carrera de cirujano dentista se ve hoy en día caracterizada como un modelo?

CLINICO _____ SOCIAL _____ TÉCNICO _____

10.- ¿ Cree que la odontología social la estén implementado en las nuevas generaciones?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

11.- ¿ Cree abordar el proceso de salud enfermedad del proceso estomatognático de manera integral en su práctica privada?

SI _____ NO _____ TAL VEZ _____ NO LO SE _____

12.- ¿ Cree estar capacitado psicológicamente para desarrollar y brindar programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

13.- ¿ Realiza programas de educación y prevención en salud bucal en su comunidad?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

14.- ¿ Cómo se organiza para llevar acabo programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad?

INDIVIDUAL _____ EQUIPOS DE SALUD _____

15.- ¿ Si tuviera la oportunidad de participar en programas educativos y preventivos de salud bucal hacia su comunidad lo haría?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

16.- ¿ Cómo realiza diagnóstico de salud bucal en su comunidad?

INDIVIDUAL _____ COLECTIVO _____

17.- ¿ Cada cuando visita a las personas de tu comunidad?

18.- ¿ Porque ubico su consultorio odontológico en esta zona?

ELABORADO POR: LÓPEZ SALVADOR GABRIELA
RODRÍGUEZ ESTRADA MARÍA ELENA

CUESTIONARIO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas, contestando con la mayor veracidad posible, a cada una de ellas

SEXO F () M ()

1.- ¿ Ocupación? _____

2.- ¿ Está asegurado por parte de alguna institución de salud?

I.M.S.S ____ I.S.S.S.T.E ____ S.S ____ OTROS ____

3.- ¿ El servicio que le brindan estas instituciones satisfacen sus necesidades?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

4.- ¿ Cree que la información que ofrecen los medios de comunicación (televisión, radio, periódico, revistas, otros) es la adecuada para conservar la salud bucal?

SI ____ NO ____ TAL VEZ ____ NO LO SE ____

5.- ¿ Su dentista le a platicado acerca de las enfermedades bucales a usted y su familia?

SI ____ NO ____

6.- ¿ Su nivel económico le permite cubrir los gastos de la consulta privada?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

7.- ¿ Acude a platicas de salud bucal en su comunidad?

SI ____ NO ____ PORQUE _____

8.- ¿ Cree Conveniente que en su comunidad le brinden platicas de educación y prevención bucal para un cambio favorable hacia sus hábitos o costumbres?

SI ____ NO ____ TAL VEZ ____ NO LO SE ____

9.- ¿ Qué temas le gustaría que abordara el equipo de salud?

10.- ¿ En su comunidad le han realizado algún tipo de cuestionario o entrevista sobre su salud bucal?

SI _____ NO _____ NO LO SE _____

11.- ¿ Cuando presenta algún malestar bucal recurre de primera instancia a?

Automedicación _____

HIERBEROS _____

Cirujano Dentista _____

Otros _____

12.- ¿ Por temor a los procedimientos realizados en el consultorio dental o por su desidia o economía, acudiría oportunamente al consultorio o dejaría avanzar su problema?

SI _____ NO _____ PORQUE _____

13.- ¿Cuál es la imagen que tiene usted del cirujano dentista?

ELABORADO POR: LÓPEZ SALVADOR GABRIELA
RODRÍGUEZ ESTRADA MARÍA ELENA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA (1978-1998)

PROGRAMA DE ESTUDIO DEL PRIMER AÑO DE LA CARRERA

MÓDULOS:

- Clínica en Prevención
- Bases para el diagnóstico del Sistema Estomatognático
- Prevención en Estomatología
- Sistema Estomatognático
- Introducción al Proceso Salud- Enfermedad, Nutrición, Metabolismo y Bases Farmacológicas
- Estomatología Social I
- Metodología de la Investigación I

PROGRAMA DE ESTUDIO DEL SEGUNDO AÑO DE LA CARRERA

MÓDULOS:

- Clínica Estomatológica Integral I
- Estomatología I
- Sistemas de Mantenimiento, Regulación y Relación del Organismo Humano
- Mecanismos de Control de Infección
- Psicología Social y Clínica I
- Estomatología Social II
- Metodología De la Investigación II

PROGRAMA DE ESTUDIO DEL TERCER AÑO DE LA CARRERA

MÓDULOS:

- Clínica Estomatológica Integral II
- Estomatología II
- Alteraciones Bucales
- Mecanismos Infecciosos y Respuesta Inmune del Sistema Estomatognático
- Psicología Social y Clínica II
- Estomatología Social III
- Metodología de la Investigación III

PROGRAMA DE ESTUDIO DEL CUARTO AÑO DE LA CARRERA

MÓDULOS:

- Clínica Estomatológica Integral III
- Estomatología III
- Manejo Estomatológico del Paciente Geriátrico
- Gerontología Social
- Estomatología Integral
- Metodología de la Investigación IV

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

PRIMER AÑO

- Anatomía Dental
- Anatomía Humana
- Bioquímica
- Educación para la Salud Bucal
- Histología, Embriología y Genética
- Materiales Dentales
- Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal I
- Oclusión (segundo semestre)

SEGUNDO AÑO

- Fisiología
- Microbiología
- Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal II
- Operatoria Dental
- Patología General e Inmunología
- Radiología
- Anestesia (segundo semestre)
- Emergencias Médico- Odontológicas (segundo semestre)
- Propedéutica Médico - Odontológica (primer semestre)
- Técnicas Quirúrgicas (primer semestre)

TERCER AÑO

- Clínica Integrada de Endodoncia
- Clínica Integrada de Operatoria Dental
- Clínica Integrada de Parodoncia
- Exodoncia
- Farmacología
- Patología Bucal
- Prostodoncia Total
- Prótesis Dental Parcial , Fija y Removable

CUARTO AÑO

- Clínica de Prótesis Dental Parcial, Fija y Removable
- Clínica de Prostodoncia Total
- Clínica Integrada
- Ortodoncia

- Medicina Bucal
- Cirugía Bucal
- Odontopediatría

QUINTO AÑO

- Clínica Integral Adultos
- Clínica Integral Niños

TEMAS SELECTOS

- Seminario de Nutrición (primer semestre)
- Seminario de Oclusión (primer semestre)
- Seminario de Administración (segundo semestre)
- Seminario de Deontología (segundo semestre)
- Seminario de Historia de la Odontología (segundo semestre)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO CAMPUS IZATACALA

PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

1er. SEMESTRE

- Generalidades
- Introducción
- Instrumentación
- Odontología Preventiva I
- Anatomía dental
- Materiales Dentales

2do. SEMESTRE

GRUPOS NONES

- Laboratorio I
- Sistema Masticatorio
- Relación y Control
- Operatoria Dental I
- Odontología Preventiva II
- Radiología I
- Int. Inv. Bibliográfica

GRUPOS PARES

- Laboratorio II
- Nutrición y metabolismo
- Transporte y Defensa
- Operatoria Dental I
- Odontología Preventiva II
- Radiología I
- Int. Inv. Bibliográfica

3er. SEMESTRE

GRUPOS NONES

- Laboratorio II
- Nutrición y metabolismo
- Transporte y Defensa
- Operatoria Dental II
- Prótesis P.F.R.I.
- Anestesia
- Radiología II

GRUPOS PARES

- Laboratorio I
- Sistema masticatorio
- Relación y Control
- Operatoria Dental II

- Prótesis P.F.R. I.
- Anestesia
- Radiología II

4º SEMESTRE

- Iniciación a la Clínica
- Operatoria Dental III
- Prostodoncia Total I
- Prótesis P.F. y R. II
- Exodoncia I
- Psicología Médica
- Nutrición

5º. SEMESTRE

- Exodoncias II guardias
- Operatoria Dental IV
- Prostodoncia Total II
- Prótesis P.F. y R. III
- Técnicas Quirúrgicas
- Terapéutica Médica
- Emergencias Médico Dentales

6º. SEMESTRE

- Endodoncia
- Exodoncias III Guardias
- Operatoria Dental V
- Parodoncia
- Prostodoncia Total. III
- Prótesis P.F y R. IV
- Neoplasias Orales

7º. SEMESTRE

- Cirugía Bucal
- Clínica Integral I
- Medicina Estomatológica
- Odontología infantil
- Oclusión I
- Odontología Legal

8º. SEMESTRE

- Cirugía maxilofacial
- Clínica Integral II
- Medicina Estomatológica
- Oclusión II
- Ortodoncia
- Organización de Consultorios

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA (CIRUJANO DENTISTA)

1.- PRIMER NIVEL: TRONCO GENERAL

1.1 Primer Subnivel: Tronco Interdivisional

Trimestres: Uno (I)

- Conocimiento y Sociedad

1.2 Segundo Subnivel: Tronco Divisional

Trimestres: Dos (II,III)

- Procesos Celulares Fundamentales
- Energía y Consumo de Sustancias Fundamentales

2.- SEGUNDO NIVEL: TRONCO BASICO PROFESIONAL

ETAPA I: "Mecanismos de Interacción de los Elementos del Proceso Salud-Enfermedad"

Trimestre: Dos (IV,V)

- Salud Bucal
- El Hombre y su Medio Interno

ETAPA II: "Crecimiento y Desarrollo Biológico y Social del Individuo"

Trimestre: Tres (VI,VII,VIII)

- Dentición Primaria Unidad Fisiológica de la Oclusión
- Crecimiento y Desarrollo Prenatal
- Crecimiento y Desarrollo Escolar

ETAPA III: "La Salud-Enfermedad A través de la Actividad Productiva del Hombre"

- Integración del Aparato Estomatognático: Factores Biológicos
- Integración del Aparato Estomatognático: Sociales

ETAPA IV: "Planeación y Administración de los Programas Básicos de Atención a la salud"

Trimestre: Dos (XI,XII)

- Modelos de servicio en Estomatología en la Práctica Privada
- Modelos de Servicio en Estomatología en la Práctica Estatal y Paraestatal

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA

TRONCO COMÚN

PRIMER SEMESTRE

- Taller de incorporación al CICS
- Sociedad y salud
- Psicología y salud
- Hombre y naturaleza
- Taller de informática en el área de la salud I

SEGUNDO SEMESTRE

- Mecanismos de agresión y defensa
- Introducción a la investigación científica
- Práctica comunitaria integrativa
- Taller de informática en el área de salud II
- Taller de técnicas didácticas en educación para la salud

ESPECÍFICO DE ODONTOLOGÍA

TERCER SEMESTRE

- Ciencias básicas en estomatología
- Diagnóstico en estomatología
- Taller de análisis de artículos científicos

CUARTO SEMESTRE

- Estomatología en salud pública
- Terapéutica farmacológica
- Taller de fotografía clínica

QUINTO SEMESTRE

- Patología
- Rehabilitación estomatognática I

SEXTO SEMESTRE

- Rehabilitación estomatognática II

SÉPTIMO SEMESTRE

- Rehabilitación Estomatognática III
- Taller temas selectos de estomatología

OCTAVO SEMESTRE

- Aspectos integrales en estomatología

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE MÉXICO

PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

— :
:

PRIMER SEMESTRE

- Anatomía Humana
- Histología y Embriología
- Odontología Preventiva
- Anatomía Dental
- Materiales Dentales
- Bioestadística (optativa)

:

SEGUNDO SEMESTRE

- Operatoria Dental I
- Odontología Preventiva II
- Fisiología
- Radiología I
- Microbiología I
- Patología General
- Sicolología Médica (optativa)

TERCER SEMESTRE

- Operatoria Dental II
- Bioquímica
- Prótesis Parcial, Fija y Removable I
- Patología Bucodental
- Farmacología
- Radiología II
- Fotografía Clínica (optativa)

CUARTO SEMESTRE

- Iniciación a la Clínica
- Operatoria Dental III
- Prótesis Parcial, Fija y Removable II
- Anestesia
- Prostodoncia Total I
- Exodoncia I
- Introducción a la Investigación Bibliográfica

QUINTO SEMESTRE

- Operatoria Dental IV
- Prótesis Parcial, Fija y Removible IV
- Protopdoncia Total II
- Exodoncia II (guardias)
- Terapéutica Médica
- Endodoncia
- Historia de la Odontología (optativa)

SEXTO SEMESTRE

- Operatoria Dental V
- Protopdoncia Total III
- Prótesis Parcial, Fija y Removible V
- Exodoncia III (guardias)
- Parodoncia
- Técnicas Quirúrgicas
- Introducción a las Ciencias Políticas (optativa)

SÉPTIMO SEMESTRE

- Clínica Integral I
- Cirugía Bucal
- Odontología Infantil
- Medicina Estomatológica
- Oclusión I
- Organización de Consultorios (optativa)

OCTAVO SEMESTRE

- Clínica Integral II
- Cirugía Maxilo - Facial
- Ortodoncia
- Medicina estomatológica II
- Oclusión II
- Odontología Forense (optativa)

CENTRO CULTURAL UNIVERSITARIO JUSTO SIERRA

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA (CIRUJANO DENTISTA)

1º. CICLO SEMESTRAL

- Anatomía Humana
- Histoembriofisiología
- Odontología Preventiva I
- Anatomía Dental
- Materiales Dentales
- Optativa

2º. CICLO SEMESTRAL

- Operatoria Dental I
- Odontología Preventiva II
- Radiología Dental
- Microbiología
- Patología General
- Optativa

3º. CICLO SEMESTRAL

- Operatoria Dental III
- Bioquímica
- Prótesis Parcial, Fija y Removable I
- Farmacología
- Patología Oral
- Optativa

4º. CICLO SEMESTRAL

- Iniciación a la clínica
- Exodoncia I
- Operatoria Dental III
- Prótesis Parcial, Fija y Removable II
- Anestesia
- Prostodoncia Total I
- Optativa

5º. CICLO SEMESTRAL

- Operatoria Dental IV
- Prótesis Parcial, Fija y Removable III
- Prostodoncia Total II
- Exodoncia II
- Endo-Perlo
- Técnicas Quirúrgicas
- Optativa

6°. CICLO SEMESTRAL

- Operatoria Dental V
- Prostodoncia Total III
- Prótesis Parcial, Fija y Removible IV
- Endodoncia
- Parodoncia
- Exodoncia III
- Optativa

7°. CICLO SEMESTRAL

- Clínica Integral I
- Cirugía Oral
- Odontología Infantil I
- Medicina Estomatológica I
- Oclusión I
- Ortodoncia I
- Optativa

8°. CICLO SEMESTRAL

- Clínica Integral II
- Cirugía Maxilofacial
- Ortodoncia II
- Odontología Infantil II
- Medicina Estomatológica II
- Oclusión II
- Optativa

OPTATIVA

- Inglés I, II, III, IV, V y VI
- Informática I, II, III y IV
- Odontología Forense
- Seminario de Tesis

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA

PRIMER SEMESTRE

- Clínica Operatoria I
- Anatomía Dental I
- Odontología Preventiva I
- Materiales Dentales
- Anatomía Humana I
- Fisiología
- Histología
- Bioquímica

SEGUNDO SEMESTRE

- Clínica Operatoria II
- Anatomía Dental II
- Odontología Preventiva II
- Anatomía Humana II
- Farmacología
- Embriología
- Patología General I
- Clínica Radiológica I
- Seminarios

TERCER SEMESTRE

- Clínica Operatoria III
- Clínica Endodóncica I
- Clínica Parodencia I
- Clínica de Prostodoncia Parcial, Fija y Removable I
- Oclusión I
- Diagnóstico I
- Anestesia
- Clínica Radiológica II
- Patología General II
- Patología Bucal I
- Seminarios

CUARTO SEMESTRE

- Clínica Operatoria IV
- Clínica Endodóncica II
- Clínica Parodencia II
- Clínica de Prostodoncia Parcial, Fija y Removable II
- Clínica de Prostodoncia Total I
- Oclusión II

- Diagnóstico II
- Técnica Quirúrgicas
- Patología Bucal II
- Seminarios

QUINTO SEMESTRE

- Clínica Operatoria V
- Clínica Endodóncica III
- Clínica Parodencia III
- Clínica de Prostodoncia Parcial, Fija y Removible III
- Clínica de Prostodoncia Total II
- Clínica de Cirugía Bucal I
- Clínica de Odontología Infantil I
- Clínica de Ortodoncia I
- Semiología y Diagnóstico III
- Seminarios

SEXTO SEMESTRE

- Clínica Operatoria VI
- Clínica Endodóncica IV
- Clínica Parodencia IV
- Clínica de Prostodoncia Parcial, Fija y Removible IV
- Clínica de Prostodoncia Total II
- Clínica de Cirugía Bucal II
- Clínica de Odontología Infantil II
- Clínica de Ortodoncia II
- Semiología y Diagnóstico IV
- Seminarios

SÉPTIMO SEMESTRE

- Iniciación a la Clínica Integral "A" I
- Iniciación a la Clínica Integral "B" I
- iniciación A la Clínica Integral "C" I
- Iniciación a la Clínica de Diagnóstico V
- Clínica de Cirugía Maxilofacial I
- Clínica De Odontología Infantil Integral III
- Clínica Ortodóncica III
- Medicina Estomatológica I
- Seminarios

OCTAVO SEMESTRE

- Iniciación a la Clínica Integral "A" II
- Iniciación a la Clínica Integral "B" II
- Iniciación a la Clínica Integral "C" II
- Iniciación a la Clínica de Diagnóstico VI
- Clínica de Cirugía Maxilofacial II
- Clínica de Odontología Infantil Integral IV
- Clínica de Ortodoncia IV
- Medicina de Estomatológica
- Seminarios

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Álvarez Alba, Rafael. Educación para la Salud. Ed. Manual Moderno. ed. 1ª México 1995. pp. 45-64.
- 2.- Álvarez alba, Rafael. Salud Pública. Medicina preventiva. Ed. Manual Moderno. ed. 2ª México 1998. pp. 40-66.
- 3.- Araujo Bernal, Leopoldo. Llorens Figueroa José. La Lucha por la Salud en Cuba. Ed. Siglo XXI Editores. ed. 1ª México 1985. pp. 161-165.
- 4.- Crevanna, pedro. Medicina y salud. Pensamiento Social. Ed. Culturas Populares. ed 1ª. México 1978 .pp. 9-21, 33-41, 111-125.
- 5.- Díaz Moreno, Rosa María. Martínez Sánchez Carlos. ¿ Los odontólogos educan a sus pacientes? Revista adm. XLV/5 octubre-noviembre 1988. pp 317-320.
- 6.- Estrategias Educativas para Profesores de la Salud. Cuadernos de Salud Pública No. 61, OMS. Ginebra. 1975. pp. 9-28, 51-60, 62-74, 111-119.
- 7.- Fonseca, Martha. Proceso Salud Enfermedad. Una Experiencia Docente – Investigativa. Revista de la Federación Odontológica Colombiana, Colombia. Enero-febrero 1995 No- 184. pp. 73-77
- 8.- Hernández de Canales, Francisca. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. Ed. Limusa . Grupo Noriega Editores. ed. 1ª México 1992. pp. 71-75, 85-100, 105-115, 131-190.
- 9.- Hescot Patrick. Conferencia para la Promoción de la Salud Bucodental Mundial. Revista FDI WORLD-julio-agosto 1997. pp. 18-19.
- 10.- Huerta Peña, José. La Práctica odontológica: Problemas y Alternativas. Revista Práctica odontológica. Vol. 13 No.4 1992, pp. 13-20.
- 11.- Ibrahim Michel. La Epidemiología y su aplicación a los servicios de salud. Revista Directivo médico. Mayo-junio 1997. pp. 21-25.
- 12.- Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática, Censos de Servicios, Censos Económicos. 1994 XI, pp. 229-230.

- 13.- Ley del Seguro Social. México, 1973.
- 14.- Lipkin, Gladis. Cohen. G. Roberta. Atención Emocional del Paciente. Ed. Ediciones Científicas, La Prensa Médica. ed 1ª. 1984. pp. 12-24.
- 15.- Laurel, Cristhina. Investigación en Sociología Médica. 1ª y 2ª parte. ed 1ª México 1989. pp. 66-81.
- 16.- Morales Ríos, Elsa Silvia, Ortiz Medina, Juan de Dios. Material de apoyo del Modulo de seminario de Integración 7º Semestre Odontología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza. ed. 1ª México 1988. Septiembre. pp. 83-84, 85-90, 124-142, 398, 400-403.
- 17.- Montes Campuzano, Víctor. La Salud Oral ante el cambio. Revista de la Federación Odontológica Colombiana Colombia, Marzo 1993 No. 179. pp. 11-13.
- 18.- Nava Romero Joel. Conceptos Modernos en la Prevención y Tratamiento de Caries dental. Revista Práctica Odontológica, México 1996 Vol. 17 No. 4 abril, pp. 26-29.
- 19.- Pérez Borrego, Amparo. Estudio Comparativo del Nivel de Educación para la Salud de Maestros de Enseñanza Primaria y Media. Revista Cubana de Estomatología. Cuba. 1989 Vol. 26 No. 4 octubre-diciembre. pp. 268-276.
20. Susan. López, Ana Luisa. Como Investigar en Ciencias Sociales. Editorial Trillas. ed 1ª. 1979 pp. 122-127.
- 21.- Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista. UNAM, Campus Iztacala, 1993, pp. 1-20, 33-36.
- 22.- Plan de Estudios del Centro Cultural Universitario Justo Sierra. México, pp. 41-42.
- 23.- Plan de Estudios del CICS. Instituto Politécnico Nacional. México. pp. 43-44.
- 24.- Plan de Estudios de la Facultad de Estudios Superiores ZARAGOZA. Tomo I y Tomo II. México, 1998. pp 11-17, 45
- 25.- Plan de Estudios de la Universidad Autónoma Metropolitana, México. Unidad Xochimilco. División de las Ciencias Básicas y de la Salud. pp. 1-9.
- 26.- Plan de Estudios de la Universidad Tecnológica de México. pp. 12-14.

27.- Portillo Robertson, Javier. Panorama de salud bucal en México. Revista Práctica Odontológica. México 1998. julio Vol.19 No. 7 pp. 22-23

28.- La preparación para el Ejercicio de la Medicina General. Documentos presentados en una Conferencia Europea sobre la Preparación del Médico para la práctica en la colectividad. Edimburgo, 1961 OMS. pp. 9-19, 52-57, 60-73.

29.- Quintana Díaz, Juan Carlos. Nivel de Educación para la Salud en Estomatología de Educadoras y Auxiliares Pedagógica de círculos infantiles. Revista Cubana Estomatológica. Cuba, julio-diciembre 1993 Vol.30 No.2. pp. 121-128.

30.- San Martín, Hernán. Tratado de la Salud en las Sociedades Humanas. Ed. Ediciones Científicas la prensa Medica Mexicana S.A C.V. tomo I México 1992. pp. 3-13.

31.- Serrano González María. Educación para la Salud y participación Comunitaria. Ed. Díaz de Santos. ed. 1ª México 1990, pp. 25-41, 125-127.

32.- Stein Gemora, Eduardo. La Enseñanza de la odontología y su proyección en el siglo XXI . Reflexiones para su cambio e innovación. II. Los Objetivos de salud Bucal, diseño de instrucción y la tecnología educativa. Revista Práctica odontológica . 1988 Vol.19 No.5 pp. 14-18

33.- Trapaga Delfín, Liliana. Guía de la facultad de Odontología. UNAM, México. 1993, pp. 135-146.

34.- Vargas Domínguez, Armando. Educación para la salud. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. ed. 1ª México 1993, pp. 3-6.

35.- Vargas Luis Alberto. La Cultura y la Educación en temas de Salud. Revista adm. Vol. XLV/4 pp. 269-271. julio-agosto 1988.

36.- Vega Franco Leopoldo. García Manzanedo, Héctor. Bases Esenciales de Salud Pública. Ed. La prensa Médica Mexicana, S.A de C.V. ed. 13ª reimpresión México, 1992. pp. 6,7,97-99.