



01461
1971
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROGRAMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

T E S I S

PRESENTADA COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ODONTOLOGÍA

P O R

C. D. J. ANTONIO GARCÍA CONTRERAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DICIEMBRE 1982



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|----------------------------------|-----|
| INTRODUCCION | 1 |
| REVISION DE LITERATURA | 2 |
| MATERIALES | 85 |
| RESULTADOS | 91 |
| CONCLUSIONES | 101 |
| BIBLIOGRAFIA | 104 |
| RESUMEN | 103 |
| CURRICULUM VITAE | 105 |

INDICE DE GRAFICAS

| | |
|---|----|
| GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS DENTARIOS CARIADOS . SEXO MASCULINO | 93 |
| GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS DENTARIOS CARIADOS. SEXO FEMENINO | 94 |
| GRAFICA REPRESENTATIVA DE ELEMENTOS DENTARIOS PERDIDOS. SEXO MASCULINO | 95 |
| GRAFICA REPRESENTATIVA DE ELEMENTOS DENTARIOS PERDIDOS . SEXO FEMENINO | 96 |
| GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS DENTARIOS OBTURADOS . SEXO MASCULINO | 97 |
| GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS DENTARIOS OBTURADOS . SEXO FEMENINO | 98 |

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

Todo Plan de Salud contempla como prioridad el incluir el programa correspondiente a la Salud Bucal, la justificación no es otra que reiterar que la caries y las padontopatías, en nuestro País, se elevan al rango de problema de Salud Pública, ya que su incidencia se manifiesta en el 95% de la población aproximadamente. Los grupos más afectados son el escolar, el preescolar y el adolescente .

Los factores que determinan estas afecciones - son entre otras :

- falta de higiene bucal
- mal nutrición (consumo excesivo de azúcares).

En base a estas consideraciones, todo programa de Salud Bucal debe cubrir invariablemente los siguientes puntos :

- Odontología Preventiva que comprende :
 - Educación para la salud
 - Educación Nutricional
 - Terapia con fluor
 - Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

En esta tesis se desarrolló especialmente este último punto, con la presentación de un Programa de Salud Bucal .

REVISION DE LA LITERATURA

Citando a Reyes Ponce, A.,^{(1)*} de su libro Administración de Empresas, diré que la Planeación determina con precisión lo que va a hacerse, fija el curso concreto de acción estableciendo los principios que habrán de orientarlos, la secuencia y los tiempos .

Planear es hacer que ocurran cosas que de otro modo no hubieran ocurrido, es trazar los planes para fijar dentro de ellos nuestra futura acción .

Todo plan debe mejorar los resultados, porque si no, no se justifica el esfuerzo ni el costo. Hay que comprometerse a la acción, no debe ser una esperanza ni una declaración .

Los Principios de la Planeación :

Principio de Precisión : Los planes no deben ser conceptos vagos ni genéricos, sino deben hacerse con la mayor precisión posible; siempre habrá algo que no se podrá planear en los detalles, pero cuanto mejor fijemos los planes, menor será ese campo eventual .

Principio de la Flexibilidad : Todo plan debe dejar margen para los cambios que pueden surgir. Inflexible es lo que no puede amoldarse a cambios accidentales y, flexible es lo que tiene una dirección básica pero permite pequeñas adaptaciones pudiendo volver a su dirección inicial .

(1) Reyes Ponce, A. .

* Interpretación hecha del Autor .

Todo Plan preciso debe prever los cambios que pueden ocurrir fijando :

- a) Máximos y mínimos de una tendencia central.
- b) Previendo de antemano caminos de substitución para circunstancias especiales que se presenten .

Principio de la Unidad : Los planes deber estar - todos coordinados e integrados.

Reglas sobre Política : Las políticas son los criterios generales que tienen por objeto orientar la acción, responderán a la pregunta estratégica: ¿ Hacia dónde vamos?.

El objetivo fija las metas concretas; respondería a la pregunta: ¿ Cómo vamos a llegar ahí ? .

Reglas y Normas indican algo imperativo, no hay elección.

Por su forma de originarse, se dividen en reglas:

- a) Externamente impuestas: por ejemplo por la Constitución, por el Sindicato, Etc. .
- b) Políticas de apelación: son las que se forman por consulta entre los jefes intermedios superiores .
- c) Políticas expresamente formuladas: son las que rigen los términos generales .

Reglas sobre las Políticas :

- 1) En su fijación: debe cuidarse que todas las políticas que han de influir en una actividad determinada, queden claramente fijadas, de preferencia por escrito .

- 2) En su difusión: las políticas deber ser debidamente conocidas en todos los niveles y este conocimiento se difundirá por medios morales .
- 3) En su coordinación : debe cuidarse que alguien coordine la aplicación de las políticas para que no sean contradictoriamente aplicadas. Como las políticas no son normas concretas, sino principios generales por su amplitud, se corre el peligro de que unos jefes las entiendan de un modo y otros de otro, por ello tiene que haber algún encargado de interpretarlas oficialmente .

Reglas sobre los Procedimientos : Procedimientos son los planes que señalan la secuencia cronológica más eficiente.

Reglas sobre los procedimientos :

- 1) Los procedimientos deben fijarse por escrito, de preferencia gráficamente .
- 2) Los procedimientos deber ser periódicamente - revisados para evitar su ritmo o la superespecialización .
- 3) Se debe evitar la duplicación innecesaria de procedimientos, por ejemplo que dos personas estén haciendo lo mismo, enfocándolo bajo - distinto ángulo .

Reglas sobre programas y presupuesto : Un programa, deberá especificar qué hacer, cómo hacerlo, cuándo y quién lo hará. Los programas son aquellos planes en los que se fijan los objetivos, las secuencias y especialmente el tiempo requerido. O sea que las políticas orientan en general la acción, los procedimientos, la secuencia de las acciones, - los programas se caracterizan en la fijación del tiempo necesario.

Los programas pueden ser generales o particulares, ya sea que se refieran a toda la empresa o a un departamento en particular. Los programas también pueden ser a corto y a largo plazo; corto plazo se considera de un mes a un año, largo plazo de uno hasta quince años .

Reglas para los programas :

1) Todo programa debe contar con el apoyo y - aprobación de la autoridad; no sólo hace falta conseguir - la aprobación de un programa por parte de la autoridad, sino que esté plenamente convencida de ello. Para obtener la aprobación es necesario :

- a) Presentar los programas con todos sus detalles y dar todos los datos y respuestas a - sus observaciones.
- b) Fijar siempre la relación costo-beneficio, - determinado en dinero .
- c) Fijar un tiempo mínimo para que se produzcan los resultados, porque de lo contrario se - querrá exigir el resultado antes de tiempo .

2) Se debe esperar el momento oportuno para iniciar un programa .

Presupuesto : Es una determinación cuantitativa de el programa. Se llaman programas financieros, cuando se ha ce un detalle monetario del costo, pedidos, datos; no finan ciosos, cuando se detalla no en dinero sino en cantidades - de producción, horas-hombre; pronósticos, cuando se estable ce la cantidad que se espera vender, gastar, producir, basa do fundamentalmente en experiencias pasadas .

Capítulo II

Organización de la Comunidad : no
ción de desarrollo, noción de comu
nidad, metodología del desarrollo
de la comunidad, cómo realizar una
investigación social en una comuni
dad, localización, marco histórico,
estructuras físicas, infraestructu
ra, población, tasas, nivel sanita
rio .

Noción de Desarrollo .

Citando a Ezequiel Ander Egg, ^{(2)*}, de su libro *Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*, diré - que: Desde que aparece la problemática de los países pobres con su contraste frente a los países ricos, se han escrito diferentes expresiones para designar el fenómeno: naciones ricas, naciones pobres, países de centro y países de periferia, países industriales y países de economía atrasada. Finalmente, hacia 1947 la Escuela de Economía Austriaca, - comenzó a utilizar las expresiones desarrollo y subdesarrollo, términos que se incorporan al uso internacional en el seno de las Naciones Unidas para designar dos categorías o tipos de países, conforme a cierta expresión del desarrollo económico y, han sido aceptadas de una manera más o menos universal .

Por la connotación peyorativa que se atribuye al - término subdesarrollo, algunos autores han considerado preferible hablar de países desarrollados y de países en vía de desarrollo .

" La teoría de la dependencia estructural " que - tanta importancia adquiriera en la segunda mitad de la década del 60, sostiene como tesis central la existencia de vínculos causales o circulares entre el subdesarrollo latinoamericano y el desarrollo de los países capitalistas: "El desarrollo histórico del sistema capitalista ha generado - el subdesarrollo de los países periféricos" . Sin negar - la importancia y el peso que tiene la situación de dependencia sobre el subdesarrollo latinoamericano, el colonialismo no explica todo nuestro subdesarrollo; la dependencia no va necesariamente de la mano del subdesarrollo.

(2) Ander Egg, E. .

* Interpretación hecha del Autor

Esto se puede ilustrar históricamente: E.E.U.U., es un exdominio Británico, Canadá es un país altamente dependiente y es considerado entre los países desarrollados; Etiopía, Liberia e Irán salvo en periodos muy cortos, no fueron países colonizados y están subdesarrollados. Ni una potencia colonial es necesariamente un País desarrollado; la dependencia está ligada al subdesarrollo latinoamericano, la necesidad de superar esta situación es absolutamente necesaria pero la dependencia no lo explica todo, ni el subdesarrollo se explica sólo por la existencia de países colonizados .

Necesidad de un enfoque global y dialéctico del desarrollo: Este punto de partida presupone considerar el desarrollo como un problema ligado a una interrelación completa de factores políticos, económicos, sociales, culturales y tecnológicos. Pueden distinguirse, por razones analíticas, seis aspectos principales ligados entre sí :

Histórico :

El problema debe estudiarse como un hecho histórico que se da contemporáneamente a la aparición del capitalismo y la revolución industrial, acompañado de un rápido progreso de los países del centro a costa de los países periféricos .

Científico :

La sociología del campo es el marco teórico más general dentro del cual corresponde analizar el problema, desde el punto de vista de la ciencia social .

Filosófico :

La cuestión desborda lo estrictamente científico para plantear dos tipos principales de problemas filosóficos: Uno, de filosofía de la historia, otro de tipo antropológico o sea, la idea que se tiene del hombre y de inserción en el mundo .

Ideológico :

Se trata del modo en que se explica la realidad mediante un sistema de creencias, ideas, opiniones, fundándose en un sistema de valores .

Político :

Puesto que un programa de desarrollo es un proyecto nacional y éste en última instancia depende de opciones, de decisiones y acciones políticas .

Su carácter impreciso :

No se puede hablar de los países subdesarrollados - como si todos y cada uno de ellos tuvieran una realidad homogénea: Brasil y Haití son países subdesarrollados, pero - cada uno de ellos tiene características y posibilidades muy diferentes. Se puede presentar una serie de submodelos :

1. Demografía :

- países superpoblados
- países con óptimo nivel de población
- países subpoblados
- países con lento crecimiento demográfico .

2. Recursos :

- países con recursos agrícolas y ganaderos
- países con recursos energéticos
- países con recursos del subsuelo
- países con variedad de recursos

- países monoprodutores
- países con escasa variedad de recursos.

Noción de Comunidad :

El término comunidad, es uno de los más utilizados en las Ciencias Sociales; el término designa una amplísima gama de realidades; desde un pequeño grupo, pasando por el barrio, el pueblo, el municipio, la provincia, la nación, - hasta llegar al conjunto de la humanidad .

A veces cuando se habla de comunidad, el término de signa una localidad o área geográfica. También se habla de comunidad, la estructura social de un grupo. A veces se em plea el término comunidad como equivalente de sociedad .

Se ha dicho que comunidad es una agrupación de personas, organizada de tal modo que se perciben como una unidad social. La idea de personas vinculadas entre sí, nos da la idea de comunidad como podrían ser los habitantes del barrio, aldea o pueblo, cuyos miembros participan de algún interés, objetivo o función común; con conciencia de pertenencia. Para formar parte de una comunidad, hay que tener conciencia de pertenecer a ella; no es indispensable ser miembro activo de ella; que se hallen situados en una determinada área geográfica: toda comunidad ocupa siempre un de terminado territorio, aunque sea transitorio, como en el ca so de una tribu nómada .

De lo antes dicho, podríamos establecer la siguien te noción de Comunidad : La Comunidad, es una agrupación de personas, organizada de tal modo, que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo ó función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica, -

en la cual debido a la pluralidad de personas, éstas interaccionan más intensamente entre sí que en otro contexto .

Es evidente que esta noción es amplísima, pero a - nuestro entender sólo así puede ser aplicable, igualmente a unidades tan distintas en características y extensión como los grupos de monjes que viven reclusos en sus conventos, o a grupos que comparten todo lo que tienen: una colonia, un municipio, una región, una nación o la comunidad internacional . A todos estos niveles es aplicable el término de comunidad . En todas estas unidades hay un conjunto de personas que reúnen las características descritas en este concepto . La amplitud del término exige precisar cuál es la comunidad a que se refiere cada vez que se utiliza el término; lo que tiene gran importancia práctica en todo programa de desarrollo comunitario; si esto no se hace, no identificaremos el sujeto y objeto del desarrollo de la comunidad .

Desarrollo de la Comunidad

El desarrollo de la comunidad, es definido como un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con la participación activa de ésta y la mayor confianza posible de su iniciativa. ⁽²⁾

Siguiendo al mismo autor citado anteriormente, Anders Egg, ⁽²⁾ podemos señalar que los elementos fundamentales del desarrollo comunal son :

- Las actividades que se emprenden deben tener como objeto satisfacer necesidades fundamentales de la comunidad; los primeros proyectos deben iniciarse atendiendo a los deseos expresados por la población/.

- En las primeras etapas, el cambio de actitud es tan importante como las realizaciones materiales de los proyectos de desarrollo .
- El desarrollo de la comunidad tiene por objeto lograr una mejor y mayor participación de la población en los asuntos locales, revitalizar el gobierno local y servir de transición hacia una administración local eficaz - en los lugares donde no existe .
- La identificación, el estímulo y la formación de dirigentes locales, deben constituir un objetivo esencial del programa .
- La mayor participación de las mujeres y los jóvenes en los proyectos de la comunidad, robustecen los programas de desarrollo y les dan bases más amplias; también aseguran un proceso duradero .
- Los proyectos emprendidos por esfuerzos de la propia comunidad, requieren la ayuda intensa y amplia del gobierno .
- La ampliación de un programa de desarrollo de la comunidad a escala nacional, requiere la adopción de normas oportunas, disposiciones administrativas concretas, contratación y capacitación del personal, movilización de los recursos locales y nacionales y, la organización de investigaciones, experimentos y evaluaciones .

- Los recursos no gubernamentales sino voluntarios, deben aprovecharse plenamente en los programas de desarrollo de la comunidad, en el plano local, nacional e internacional .
- El progreso económico y social en el plano comunal, exige desarrollo paralelo más amplio en escala nacional .

Un índice evidente de estas preocupaciones, se refleja en las nuevas orientaciones de los organismos especializados de Naciones Unidas para canalizar los programas de auto ayuda. La UNESCO orienta y promueve programas de educación fundamental; como resultado de esto tenemos la creación de Centros Especializados en Educación Fundamental. En 1951, fue fundado el CREFAL en México (Pátzcuaro, Michoacán), que ha ejercido su influencia en todo el ámbito del continente latinoamericano, preparando dirigentes en educación de adultos, educación fundamental y desarrollo de la comunidad. Hasta enero de 1969 se habían graduado en CREFAL 1,410 profesionales .

La OMS tiene proyectos demostrativos de saneamiento rural .

Aparecen proyectos específicos de desarrollo comunal, que podríamos resumir en lo siguiente :

- educación fundamental
- promoción de pequeñas industrias rurales
- fomento de cooperativas
- extensión agrícola
- economía doméstica y demostración del hogar
- saneamiento rural .

En este complejo proceso intervienen dos elementos esenciales : la participación de la población misma en los esfuerzos para mejorar su nivel de vida, dependiendo todo lo posible de su propia iniciativa; y el suministro de servicios técnicos y de otro carácter, en forma que simulen la iniciativa y el esfuerzo propio .

Para que pueda darse este proceso, a la vez educativo y de organización, es necesario que se cumplan dos condiciones :

- Tener en cuenta las necesidades de la población y,
- Prestar asistencia técnica y financiera a la comunidad .

En cuanto a los servicios de sanidad, se puede mencionar una serie de medidas básicas consistentes en: creación de servicios para proteger y mejorar el estado de salud de madres y niños, prevención de enfermedades contagiosas, saneamiento del medio ambiente, tratamiento y reeducación de enfermos e incapacitados y educación higiénica del pueblo. Estos servicios sanitarios se consiguen organizarlos con la participación de la comunidad y la intervención de trabajadores sanitarios, enfermeros, parteras y personal de centros de sanidad, que llevan a cabo una tarea educativa con los miembros de las familias de las comunidades .

Otro autor, Murray Ross⁽³⁾ * en su obra (Organization Community), define el desarrollo de la comunidad " como un proceso por el cual una comunidad identifica sus necesidades en objetivos, los ordena y clasifica, hacia los recursos internos ó externos para enfrentarse con estas necesidades y alcanzar sus objetivos y al hacerlo así, desarrolla la comunidad actitudes cooperadoras, colaboradoras y formas de actuar "

(3) Ross, M. .

* Interpretación hecha del Autor .

Según Marco Marchioní,^{(4)*} cuya influencia en los programas de desarrollo comunal en Italia y España se hizo notar, definen desarrollo de comunidad, como " un proceso de modificación y mejora de una comunidad local (pueblo, aldea, núcleo), que se encuentren en una situación de subdesarrollo o de insuficiente utilización de los recursos disponibles. Este proceso de modificación de la realidad, es llevado a cabo por los propios miembros de la comunidad " .

Según el Report of the Mission on Rural Community, Organization and Development in the Caribbean Area and Mexico, 1953, una comisión de las Naciones Unidas, definió el desarrollo de la comunidad como " El proceso mediante el cual los miembros de una comunidad discuten cuidadosamente; primero definen lo que quieren y después planean y actúan en conjunto para satisfacer sus deseos " .

En la obra de Caroline Ward^{(5)*} (Organización de la Comunidad para el Bienestar Social, Unión Panamericana - Washington, 1954) se define, a la Organización de la Comunidad como " Un proceso para suscitar grupos funcionales de ciudadanos capaces de ser los agentes activos y responsables de su propio progreso usando para ello la investigación en común de los problemas locales, el planeamiento y la ejecución por sí mismos de las soluciones que antes con vinieron y, la coordinación voluntaria con los demás grupos y con las autoridades oficiales, de modo que se obtenga el bienestar total de la comunidad " .

Después de examinar las definiciones propuestas, - nos encontramos con que la expresión " Desarrollo de la Comunidad " , se extiende con dos alcances diferentes :

(4) Marchioní, M. .

(5) Ward, C. .

* Interpretación hecha del Autor .

- como proceso
- como técnica social

Según el autor Ander Egg⁽²⁾, interesa estudiar el desarrollo de la comunidad fundamentalmente como técnica social, o sea, como conjunto de procesos operativos destinados a desarrollar la o las comunidades en donde se aplica esta metodología; pero la aplicación de la misma, origina siempre un proceso .

O sea, que por lo planteado anteriormente y siguiendo al mismo autor, se puede decir que el desarrollo de la comunidad es una técnica o práctica social. No es una filosofía, ni es una ciencia; está en el plano de la praxis, de la acción social, entendiéndose por técnica social un conjunto de reglas prácticas y sistemáticas, cuyos procedimientos, al ser aplicados, se traducen en acciones mediante las cuales se modifica o transforma, algún aspecto de la sociedad. Como toda técnica social, se apoyan en conocimiento científico de lo social y en los marcos teóricos interpretativos que proporcionan las ciencias sociales (sociología, antropología, economía, ciencias políticas, pedagogía, psicología social) . Para aquellos que actúan con una coherencia más global, la acción social se sustenta también en una ideología, filosofía o cosmovisión, en cuanto ésta proporciona los principios rectores que concierne a la forma en que debe ser organizada y debe funcionar la sociedad .

(2) Ander Egg, E. .

Características del Desarrollo de la Comunidad

Se diferencia de otras técnicas sociales, por el objetivo que persigue, su modalidad operativa y el nivel en que funciona.

En cuanto a sus objetivos, lo caracterizamos como una técnica social de promoción del hombre y de movilización de recursos humanos e institucionales, mediante la participación activa de la población, en el estudio, planeamiento y ejecución de programas, a nivel de comunidades de base, destinados a mejorar los niveles de vida, cambiando las situaciones que son próximas a las comunidades locales .

En cuanto a las modalidades operativas, el desarrollo de la comunidad no es tanto una acción sobre la comunidad, sino una acción de la comunidad; se trata de esfuerzos y de acciones de base, organizados con iniciativa y dirección de estas mismas bases, aunque hayan necesitado de una acción exterior .

Respecto del nivel en que funciona, se trata de una metodología de trabajo que desde la base actúa fundamentalmente a nivel psico-social, mediante un proceso educativo que desarrolla potencialidades en individuos, grupos y comunidades, para mejorar sus condiciones de existencia .

Como todas las técnicas sociales operativas, la metodología y práctica del desarrollo de la comunidad, está configurada por la integración y fusión de cuatro componentes :

- el estudio de la realidad, de sus problemas, necesidades, recursos y conflictos
- la programación de las actividades
- la acción social conducida de manera racional
- la evaluación de lo realizado

Metodología del Desarrollo de la Comunidad

1. Investigación preliminar, aproximación a la problemática de la comunidad, captación de los problemas obvios vividos por la comunidad .
2. Diagnóstico preliminar; captación de situaciones, problemas más evidentes que permiten una acción inmediata .
3. Planificación de las acciones preliminares .
4. Ejecución del plan preliminar para abordar la solución de los problemas obvios .
5. Evaluación preliminar .
6. Investigación general por realizarse mientras se ejecuta el plan preliminar .
7. Diagnóstico general.
8. Planificación del plan general .
9. Ejecución del plan general .
10. Evaluación general .

Algunos de los problemas de las comunidades urbanas o rurales son demasiado evidentes y urgentes como para esperar la conclusión de estudios previos exhaustivos y la elaboración de proyectos específicos.

Determinación y elección de la muestra .

Por lo general resulta imposible encuestar a todos los individuos de un barrio o de una ciudad; mucho menos cuando se trata de una provincia, estado, región o país. Ello demandaría un gasto extraordinario en tiempo y dinero. En razón de este problema ha surgido el método de muestreo. Este método consiste en obtener un juicio sobre un total - que se denomina "conjunto" o "universo" (ya sea de individuos o de elementos), mediante la recopilación y examen de una parte denominada "muestra", que se selecciona por procedimientos científicos que reciben el nombre de "muestreo ".

COMO REALIZAR UNA INVESTIGACION SOCIAL EN UNA COMUNIDAD

Siguiendo a Ander Egg⁽²⁾, a continuación se desarrollará una guía práctica para la búsqueda de datos útiles para un programa de desarrollo de la comunidad; con el criterio del "mayor ritmo al menor costo", se buscó reducirlo a lo indispensable dentro de un esbozo muy general, indicando que deberá hacerse, la adaptación según el tipo de programas o proyecto concreto que se vaya a realizar .

Se propone una investigación general que abarque los siguientes aspectos :

(2) Ander Egg, E. .

1. Localización
2. Marco histórico
3. Estructuras físicas fundamentales
4. Infraestructura y equipamiento
5. Estudio y movimiento de la población
6. Niveles de vida
7. Organización social
8. Percepción del cambio social
9. Recursos y potencialidades

1. LOCALIZACION

La localización se efectuará de acuerdo con el caso concreto que se desea estudiar; puede ser una comunidad, colonia, ciudad perdida, Etc.; una gran ciudad o un pequeño pueblo, un conglomerado dentro de una zona o un conjunto rural. En todos los casos, la localización se hará en forma descriptiva, indicando límites geográficos y utilizando mapas. Se procederá igualmente a ubicar esa comunidad en un contexto más amplio.

2. MARCO HISTORICO

Esto nos ayuda a ubicar a la comunidad en el tiempo, como la localización geográfica lo hace en el espacio, siguiendo los siguientes criterios: cuándo surgió la comunidad; bajo qué circunstancias; qué grupos fueron los primeros habitantes de la comunidad; qué grupos siguieron; - ¿ algunos grupos se separaron? ¿ por qué razones? ; ¿ en qué períodos puede dividirse la historia de la comunidad? y, ¿ qué características tiene cada período?.

3. POBLACION

Es necesario tener un conocimiento extenso y concreto de la población, cuántos son, cómo crecen o decrecen, Etc. . Este estudio se puede realizar en un aspecto estático determinando volumen, composición y distribución, según características de edad, sexo, ocupación, Etc.; o en un aspecto dinámico, que estudia a la población por sus fases vital tales, como son matrimonio, nacimiento, defunciones ó bien, por movimientos migratorios de inmigración o emigración .

A) Por el aspecto estático :

1. Total de la población: se pueden obtener estos datos a través de los centros ya existentes, siempre que estén actualizados. Sólo cuando se trate de una comunidad muy pequeña, conviene efectuar el recuento total de la población .

2. Densidad de la población. Este indicador expresa el número de habitantes por kilómetro cuadrado. Alta densidad no es sinónimo de riqueza, y baja densidad no es sinónimo de subdesarrollo. La fórmula para calcular la densidad de la población es :

$$\frac{\text{Número de habitantes}}{\text{Sup. en Km. cuadrados}}$$

3. Distribución. Esta puede ser por sexo, que es la definición más simple que puede hacerse de la población.
 Por edades, donde podemos obtener los siguientes datos :

- Proporción de personas en edad de tr
bajar.
 - Proporción de los que constituyen ca
ga económica .
 - Previsión de la futura oferta de mano
de obra .
 - Previsión de los futuros escolares Etc.
4. Población ejidal y urbana. Generalmente se ha aceptado que es suficiente el empleo de - una dicotomía simple estableciendo sólo dos clases, la rural y la urbana, el campo y la ciudad, teniendo en cuenta además los cin
trones de las grandes ciudades, que son una yuxtaposición de géneros de vida .
5. Población económicamente activa y no activa. Se distinguen dos categorías básicas y sus - respectivos grupos componentes :
- a) Población económicamente activa:
 - personas ocupadas
 - personas desocupadas
 - b) Población económicamente no activa:
 - personas al cuidado del hogar
(amas de casa y otros parientes)
 - estudiantes
 - personas que dependen de institu-
ciones
 - personas que han dejado de ser ac
tivas y reciben ingresos (pensio-
nes, rentas, jubilaciones, Etc.)
 - Otros casos .

B) Por el aspecto dinámico

1. Natalidad . Hace referencia a la frecuencia de nacimientos en una población global determinada:

$$\text{Tasa bruta anual de natalidad efectiva} = \frac{\text{Número de nacidos vivos en la población de una zona geográfica en un año dado}}{\text{Estimación de la población de esa misma zona a la mitad del mismo año.}} \times 1000 =$$

2. Mortalidad infantil . Esta tasa indica el número de defunciones de niños menores de un año de edad, por cada 1000 nacidos vivos. Pertenece por lo tanto al grupo de tasas específicas de mortalidad según edades. La fórmula para hallar esta tasa es la siguiente :

$$\text{Tasa anual de mortalidad infantil} = \frac{\text{Número de defunciones de menores de un año, en la población de una zona geográfica, en un año dado.}}{\text{Número de nacidos vivos en la población de esa misma zona, durante el mismo año .}} \times 1000 =$$

3. Morbilidad. Bajo este rubro se estudia la incidencia de la enfermedad sobre la población utilizando la siguiente fórmula general:

$$\text{Tasa anual de morbilidad} = \frac{\text{Número de nuevos casos de enfermedad en la población de una zona geográfica durante un año dado}}{\text{Estimación de la población de la misma zona a la mitad de ese mismo año}} \times 1000 =$$

4. NIVELES DE VIDA

Hay que tener en cuenta las siguientes premisas :
 No basta medir los aspectos materiales y económicos.

Es insuficiente establecer los niveles de vida individuales o familiares, por ello es menester estudiar cuál es el nivel de vida colectivo .

NIVEL SANITARIO

A. SITUACION

1. Condiciones Demográficas :
 - natalidad
 - mortalidad general
 - mortalidad específica
 - mortalidad infantil
 - morbilidad

2. Geografía Sanitaria :
 - epidemias
 - endemias
 - enfermedades parasitarias
 - enfermedades sociales y mentales
 - intoxicaciones
 - enfermedades carenciales

3. Condiciones de Higiene :
 - agua potable
 - hábitos de higiene
 - porcentaje de letrinas

4. Cultura Sanitaria :
 - índice de educación sanitaria

- frecuencia de visitas al médico
 - frecuencia de curaciones y remedios caseros
5. Medicinas Sociales
- proporción de afiliados a la seguridad social
6. Nivel Nutricional
- nivel de calorías por habitante
 - nivel proteínico por habitante
 - hábitos alimenticios
 - análisis de la mala nutrición

B. EQUIPAMIENTO

- Sala de primeros auxilios
- hospitales y número de camas
- número de médicos y localización
- número de dentistas, farmacéuticos, parteras, enfermeras
- número de psiquiatras
- maternidades
- asistencia pre-natal y pos-natal
- distribución geográfica de los servicios
- instrumentos, medicamentos disponibles en los hospitales
- posibilidad práctica de las gentes de menores ingresos de ser hospitalizados y tipo de atención que reciben
- medios de transporte para trasladar enfermos y heridos
- gastos públicos en servicios sanitarios
- gastos privados en servicios sanitarios .

Capítulo III

Proceso en el diseño de un programa.
Programación, principios básicos de la programación, proceso de la programación, principales criterios y pautas para la programación del desarrollo de la comunidad, proposición de objetivos y metas, jerarquización, recursos disponibles, tiempos y ritmos del programa. Esquema fundamental de presentación de un programa y proyecto. Ejecución y dirección. Organigrama, preparación de la comunidad para llevar adelante el programa. Líderes .

1. QUE ES PROGRAMAR .

Programar consiste en decidir anticipadamente lo que hay que hacer. Se trata de prever un futuro deseado y señalar los medios para alcanzarlo .

La tarea de programación se apoya en los resultados del diagnóstico (modelo analítico y tiene como referencia la situación definida como meta), (modelo normativo). O sea que el modelo analítico expresa una situación dada, lo que hoy existe y el modelo normativo, indica los objetivos alcanzados, a los que aspiramos llegar - realizando lo que hemos programado.

Qué se quiere hacer y con qué finalidad; programar es dar respuesta adecuada a esas preguntas :

- Tipo de Proyecto: Su naturaleza (origen y objetivo del mismo); tamaño (volumen y capacidad); ubicación dentro - del programa (cómo se inserta o se relaciona con otros proyectos); destino del programa.
- Actividades a realizarse: En algunos casos la tarea a realizar consiste en programar un conjunto de actividades. Dónde se va a hacer (localización geográfica y relación con el área mayor inmediata) .
Cómo se va a hacer (medidas que se han de tomar para llevar a cabo el proyecto) .

- Administrativas : Disposiciones legales, reglamentarias, organización del trabajo.
- Financieras : Elaboración del presupuesto, con análisis de costos .
- Tecnológicas : Materiales, máquinas, herramientas, equipos, estableciendo las técnicas que se han de utilizar.

Cuándo debe hacerse (proceso o etapas para su realización) :

Las acciones y actividades previstas deben realizarse en un proceso continuo y progresivo, con un ritmo condicionado a la misma comunidad, grupo, organización o institución en que se realice. Esto supone :

- Programar cada actividad: La secuencia operativa expresa las diferentes tareas y etapas del trabajo.
- Distribuir y articular las actividades : Esto puede expresarse en un cronograma que permite visualizar el conjunto de la tareas a ejecutar.
- Establecer un ritmo de ejecución : Una trayectoria que indique los tiempos, de acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos, financieros y técnicos. Teniendo en cuenta las resistencias y dificultades que pueda encontrar el proyecto, tanto de grupos o sectores cuyos intereses puedan ser afectados, como por parte de los mismos interesados .

- Cómo se va a costear : Fuente y monto de recursos.
- Suficiencia o insuficiencia de los recursos propios.
- Quién o quiénes lo van a hacer : Distribución de las responsabilidades de ejecución.
- Es necesario evaluar la disponibilidad del personal para la realización del proyecto o las posibilidades de contratarlo. Muy ligado a esto hay que tener en cuenta la infraestructura con que ya se cuenta, la cual determinará la capacidad operativa, el ritmo, el estilo, Etc. .
- Quién lo va a dirigir, coordinar y supervisar (la distribución de las responsabilidades) .
- Es necesario establecer claramente las responsabilidades ya sean personales e institucionales. Hay dos instrumentos idóneos para ser usados en los casos en que hay responsabilidades compartidas :
 - El Funciograma. Que sirve para establecer la distribución orgánica de responsabilidades de cada institución en la realización de actividades y tareas ;
 - El Coordinograma . Destinado a establecer responsabilidades en coordinación institucional en las áreas que realizan conjuntamente más de una entidad u organismo.

2. PRINCIPALES CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA PROGRAMACION DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD .

Cuando se trate de elaborar un programa, cualquiera que sea el contenido del mismo, es necesario trabajar con arreglo a determinados criterios y pautas que la práctica de la planificación ha ido estableciendo, con el fin de prever y organizar el futuro . Aplicadas estas pautas a los programas de desarrollo de la comunidad, la experiencia parece indicar como los más importantes a tener en cuenta, - los siguientes criterios :

- A. Definir y enunciar claramente los objetivos y metas.
- B. Proponer objetivos y metas realistas (viables y operativos) .
- C. Establecer una jerarquización de objetivos.
- D. Seleccionar los proyectos iniciales con arreglo a exigencias propias del desarrollo comunal.
- E. Determinar los recursos disponibles .
- F. Proveer de los instrumentos y medios adecuados a los fines .
- G. Establecer el tiempo y ritmo del programa .
- H. Proponer una estrategia de acción .

- A. Definir y enunciar claramente los objetivos y las metas.

Los objetivos de un programa pueden definirse como los propósitos o límites que se desea alcanzar dentro de un período determinado, a través de acciones organizadas en proyectos. Para decirlo brevemente, se trata de lo que se quiere hacer .

Sin embargo, los objetivos pueden quedar en simples enunciados, en propósitos plausibles, pero no operativos. A los objetivos hay que traducirlos cuantitativamente, y esto es lo que se llama meta. Los objetivos son expresión cualitativa de ciertos propósitos, las metas su traducción cuantitativa. Afirmar por ejemplo: " Disminuiremos el analfabetismo ", es un modo de enunciar un objetivo, pero con ello no basta. Es preciso determinar dónde, cuánto (en que proporción en este caso) y cuándo (en qué plazo) se preten de hacerlo. Si queremos traducir el objetivo antes enunciado en una meta, se podría expresar de la siguiente manera : " Disminuiremos el analfabetismo en el estado de Puebla, del 14% al 7%, en el término de tres años " . El objetivo así definido, precisado en tiempo, lugar y resultado, es lo que se denomina meta .

En la práctica, los objetivos y metas de los programas de desarrollo de la comunidad, se establecen por la convergencia de los tres agentes que intervienen en este tipo de programas : Comunidad, Técnicos y Autoridad .

- La comunidad expresa los problemas y las necesidades consideradas como más importantes.
- Los objetivos propuestos por los técnicos como consecuencia de los problemas descubiertos en la investigación .
- Los objetivos propuestos por la autoridad .

En la práctica puede haber confrontación técnica.

B. Proponer objetivos y metas realistas.

El realismo de los objetivos y las metas, constituyen un aspecto fundamental y decisivo de la tarea del planificador. Todo programa debe ser viable y operativo en cuanto a objetivos y metas, a medios, e instrumentos. Esto quiere decir que el programa debe ser realizable y operable dentro del marco de posibilidades del contexto social, político institucional y humano para el que fue concebido y elaborado .

C. Establecer una jerarquización de los objetivos .

No todas las metas y objetivos establecidos tienen igual importancia. De ello surge la necesidad de establecer un orden de preferencias o prioridades. El otorgar preferencias a un determinado objetivo o meta, surge del hecho de que esa necesidad o problema se encuentra en una situación más deficitaria y peligrosa y, sirve mejor al logro de los fines propuestos .

D. Seleccionar los proyectos iniciales con arreglo a exigencias propias del desarrollo comunal .

El punto de partida del o de los proyectos de acción comunitaria es una situación problema. Todo programa de desarrollo de la comunidad debe comenzar desde aquello que es existencialmente significativo para la gente .

Técnicamente no hay razón que desaconseje la iniciación paralela o simultánea de dos o más proyectos importantes, o de un proyecto y otros proyectos secundarios .

Teniendo en cuenta :

1. El proyecto inicial debe ser respuesta a una necesidad o a un problema sentido por la comunidad, y que esta lo considere de urgente satisfacción .
2. En una primera etapa, lo que más incita a la población para mejorar su situación, es la satisfacción de necesidades económicas básicas o aspiraciones - como la educación .
3. El proyecto debe dar oportunidad de participación decisiva de la mayor parte de la comunidad que va a ser afectada por esto.
4. El proyecto inicial debe tener éxito asegurado y - mostrar resultados en un plazo relativamente breve; esto produce auto afirmación en la gente de la comunidad y sirve de impulso para la acción futura .
5. El proyecto inicial debe ser la base para nuevos - proyectos .

E. Determinar los recursos disponibles .

Todo programa tiene un costo; necesita se medios e instrumentos para alcanzar determinados objetivos, se requieren recursos humanos, financieros, materiales y técnicos. Si no se dispone de estos recursos, puede producirse una serie de brechas o desfases por falta de medios técnicos, insuficiencia de recursos humanos o escasez de medios materiales.

F. Proveer los instrumentos y los medios adecuados a los fines .

Con alguna frecuencia, los llamados programas no - son otra cosa que una declaración de fines y propósitos, -

porque no existe ninguna indicación de los medios para alcanzarlos. Lo importante en las tareas del programador, no es el establecer fines, sino encontrar y determinar los medios y los instrumentos necesarios para alcanzar esos fines.

G. Establecer el tiempo y ritmo del programa.

Se trata de precisar el tiempo requerido para realizar cada actividad y, el tiempo total de ejecución de cada proyecto que forma parte del programa .

H. Proponer una estrategia de acción .

La estrategia es el conjunto de otorgaciones (cu so s de acción y procedimiento) que se establecen durante la programación, con la intención de lograr los objetivos propuestos. Una estrategia es buena cuando permite alcanzar los objetivos con medios acordes, a un mejor costo social humano y financiero .

3. GUIA PARA EL DISEÑO Y ELABORACION DE PROYECTO

Cabe advertir que antes de iniciar la tarea de ela bo ra ci o n de un proyecto, se ha pasado por la fase de elec ci o n de proyecto, de acuerdo con las prioridades estab le ci da s desde un punto de vista político y técnico .

ESQUEMA FUNDAMENTAL DEL DOCUMENTO DE PRESENTACION DE UN PROYECTO

1. Denominación del Proyecto .

La denominación del proyecto se hace de manera sin tética, mediante un título que indica aquello de que se trata (organización en curso de educación de adultos, con strucción de un camino, ETC.) .

Además se hace referencia a la institución, agen cia u organismo responsable de su ejecución. Si el proyec to fuese parte de uno mayor, es necesario hacer referencia al programa de que forma parte .

2. Naturaleza del proyecto.

Para explicar la naturaleza de un proyecto es nece sario desarrollar los siguientes aspectos :

- A. Fundamentación : La fundamentación de un proyecto se hace explicitando dos cuestiones principales:
- Por qué se hace : origen de la idea o necesidad que lo origina, incluyendo datos del diagnóstico que fundamenta la necesidad de re alizarlo .
 - Para qué se hace : indicación del destino del proyecto y de los objetivos y finalidades que se pre tenden alcanzar con la realización del mismo. Se trata de especificar el objetivo principal y los objetivos complementarios.

Todo proyecto adquiere su pleno significado, a partir de una clara definición o reconocimiento de los objetivos alcanzados. Los objetivos complementarios, en algunos casos, son pasos para alcanzar o consolidar el objetivo principal.

B. Servicios que prestará el proyecto: Consiste en indicar la magnitud o volumen de servicios que se espera prestar con la realización del proyecto, especificando la población que será atendida o beneficiada o el área que abarcará.

C. Localización física del Proyecto : La localización consiste en determinar el área donde se ubicará el proyecto; esta localización se hace en doble nivel :

- Macro-localización : Esto es, la ubicación geográfica del proyecto dentro del área, zona, conjunto rural, Etc. .
- Micro-localización : Estos es, - identificar dentro del conjunto, - el sector o barrio en donde se desarrollará el proyecto .

En uno y otro nivel, la localización se presenta en el documento por medio de mapas .

3. Determinación de las actividades y tareas a realizar.

La determinación de actividades a realizar, en cuanto a organización, ordenación y coordinación, en el tiempo y en el espacio, de todas las tareas que hay que realizar para el logro de los objetivos del proyecto son :

- Especificación e inventario de las actividades a realizarse .
- Sincronización de las diferentes actividades.
- Distribución de tales actividades con una secuencia operativa, donde se señala la fecha de inicio y la fecha de término de las actividades .
- Curso progresivo o trayectoria en función del ritmo de operaciones.
- Indicación de los recursos humanos y demás insumos involucrados en cada operación .

4. Cálculo de los costos de ejecución .

La realización de un proyecto, supone siempre un costo. Un proyecto que no haya previsto recursos es una propuesta irrealizable.

Los costos directos se relacionan directamente con el proyecto, los costos indirectos son los que corresponden a los servicios complementarios que puedan prestarse. Para determinación del costo se consideran tres elementos: los diversos factores que lo componen; la cantidad usada de cada uno de los factores; el valor o precio de cada uno de los factores .

5. Determinación de los recursos necesarios .

Todo proyecto requiere para su realización de una - serie de recursos : humanos, materiales, técnicos y financieros .

Humanos : Para ejecutar cualquier tipo de proyecto, hay que disponer de personas adecuadas y capacitadas para - realizar las tareas previstas. Esto significa especificar - la cantidad de personal y la función a realizarse, o la necesidad de capacitar a los recursos humanos que exige la realización del proyecto .

Materiales : Es indicar los equipos, instrumentos, Etc., necesarios para llevar a cabo el proyecto .

Técnicos : Establecer las alternativas técnica elegidas y la tecnología a utilizar .

Financieros : Sobre la base de los cálculos de ejecución antes indicados, se realiza una estimación de los ingresos, de la fuente de esos ingresos, créditos, Etc. . Teniendo en cuenta que haya una nivelación entre los gastos e ingresos

6. Determinación de los plazos: Calendario de Actividades.

La duración de las actividades es un elemento esencial en la elaboración del proyecto. Es necesario establecer un plazo o serie de plazos, para realizar determinadas actividades; también el momento en que debe iniciarse cada operación y la duración de las mismas .

EJECUCION Y DIRECCION

Siguiendo al mismo autor, Ander Egg⁽²⁾, podemos citar que teniendo en cuenta la secuencia lógica de la metodología y práctica del desarrollo de la comunidad, una vez realizado el estudio, investigación, diagnóstico, elaborado el programa y diseñado el proyecto, es necesario pasar a la acción. El diagnóstico sirve para determinar cuáles son los problemas, necesidades más importantes y cuáles las más urgentes. La programación establece qué se quiere hacer, cómo, cuándo, por qué, dónde, quiénes y el costo de realizar, hacer o ejecutar lo que se ha establecido en la planificación, sobre la base de los resultados obtenidos en la investigación .

Son cinco las etapas de la ejecución :

1. Administración de programas de desarrollo de la comunidad .
2. Preparación de la comunidad para llevar adelante el programa de su participación .
3. Formación de los trabajadores en desarrollo de la comunidad .
4. Participación y formación de líderes locales .
5. Coordinación con organismos existentes .

1. Administración de Programas de Desarrollo de la Comunidad

La ejecución de un programa de desarrollo de la comunidad es fundamentalmente una tarea de administración, o sea, cursar instrucciones para que se lleven a cabo determinadas acciones, asegurar su cumplimiento y controlar; si es necesario introducir algunas medidas correctivas .

(2) Ander Egg, E. .

En general se suelen distinguir cinco funciones básicas del proceso de administración :

- A. Planificar
- B. Organizar
- C. Coordinar
- D. Dirigir
- E. Controlar

A. Planificar

El conjunto de líneas de acción quedan establecidas durante la fase de programación. Dentro del proceso administrativo se incluye la planificación, que es disponer de una estructura operativa que permite tomar las decisiones de cada día y fijar los procedimientos específicos a realizar y evaluar las diferentes acciones según el programa establecido .

B. Organizar

Es precisar las funciones de cada persona, definir las líneas de mando y asesoría, establecer unidades cooperativas (agrupar actividades), describir cargos, distribuir recursos, Etc. . Cuando dos o mas personas actúan juntas para lograr un objetivo, es necesario determinar la tarea de cada una de ellas y definir las relaciones. Es agrupar actividades diferentes y necesarias para la realización de una empresa común .

Para la organización del trabajo humano la ciencia de la administración indica cuatro instrumentos principales: Organigrama, Manual de Organización, Niveles de Autoridad y Manual de Procedimientos .

Organigrama. Es la manera más sencilla de describir una -

estructura de organización. Se representan gráficamente los principales puestos, las unidades de organización y los niveles y relaciones jerárquicas. Un organigrama permite visualizar de una manera sencilla y esquemática, la estructura organizativa y las líneas de autoridad y comunicación .

Manual de Organización . Sirve para describir los diferentes puestos, indicando lo que debe hacer cada uno y cuáles son sus deberes y responsabilidades. A veces incluyen también alguna información sobre los objetivos y las políticas generales de organización .

Nivel de Autoridad. Se trata de un documento que sirve para describir la naturaleza de la autoridad y para especificar quién toma decisión . El manual debe especificar: completa libertad para tomar decisiones; libertad para tomar decisiones, pero con obligación de informar sobre la decisión tomada; autoridad para tomar decisiones sólo bajo consulta y aprobación prevista .

Manual de Procedimiento . Indica cómo se debe de desempeñar el trabajo y cuáles son los procedimientos a seguir.

Por último se debe señalar, que la organización de la cual no podemos prescindir, nunca debe convertirse en un fin en sí mismo .

C. Coordinar .

Si las tareas y actividades no se relacionan y coordinan, podría ocurrir que se realizaran algunas simul

tficamente, otras superpuestas y, que otras no se realizaran en tiempo oportuno. Coordinar es la ordenación metódica y armoniosa de actividades, servicios y hombres, para alcanzar un objetivo determinado, dentro de condiciones permanentemente cambiantes. La coordinación, puede ser preventiva, o sea previa a la actividad; o correctiva, durante la ejecución, para mantener la armonía en situaciones coyunturales, o imprevistas. La coordinación es mucho más eficaz si se realiza mediante un trabajo en equipo, con reuniones semanales, en las que se intercambia información se detectan problemas, y se proponen soluciones a corto o mediano plazo.

D. Dirigir

La tarea de dirigir consiste esencialmente en emitir instrucciones a cada uno de los responsables para que las tareas y actividades individuales o grupales, se orienten a alcanzar los objetivos o metas del programa.

Dirigir es :

- Obtener un resultado de otro (hacerlo, hacer)
- Ser responsable de lo que otros hacen o no hacen.

Para dirigir bien, hay que :

1. Conocer los hechos
2. Proponer metas y objetivos
3. elegir los medios
4. Definir la estructura de la responsabilidad
5. Guiar la acción
6. Controlar lo que se hace

Las cualidades de un buen director son :

1. Saber tomar decisiones
2. Capacidad de diálogo
3. Madurez emocional (comportarse equilibradamente respecto a los demás)
4. Aportación creadora para solucionar problemas y explorar nuevas posibilidades

En la dirección de programas de desarrollo de la comunidad hay dos cuestiones que tienen particular importancia: la participación en el diálogo y, la delegación y descentralización .

Participación y Diálogo.

Participar es tomar parte en todo aquello en lo - que uno está implicado; dialogar es contar con la opinión de los otros y saber enriquecerse con las diferencias. En la medida en que se toma parte, en que se asume la participación en el programa, se participa . Y en la medida en - que se intercambian puntos de vista para buscar mejores al ternativas de acción, se dialoga .

Delegación y Descentralización .

Estos son dos objetos importantes en la administra ción de programas de desarrollo comunal: la delegación se refiere a las personas, la descentralización se refiere a la estructura .

Delegación .

Delegar una responsabilidad, es confiara un subordinado la misión de conseguir un objetivo, dejándole una - cierta iniciativa en la elección de los medios. Para que una delegación de responsabilidades sea eficaz se debe :

- Definir concretamente las metas y objetivos que -

tienen que alcanzar aquéllos a quienes se les ha delegado autoridad y responsabilidad .

- Precisar sus atribuciones y responsabilidades, -- dar directivas sobre el modo de proceder, pero dejar al subordinado la iniciativa de la realización efectiva .
- No intervenir en su ámbito de acción y responsabilidad sino en circunstancias excepcionales.
- No desautorizar lo que realiza la persona delegada (dentro de su ámbito de atribución), especialmente cuando las circunstancias requieran tomar decisiones y acciones no previstas ; en algunos casos puede ser necesario respaldar su actuación.
- Prever el modo de informar acerca de la misión o actividad confiada .
- Supervisar la actividad delegada ya sea para coordinar, orientar o corregir las actividades que se realizan.

E. Controles.

Administrar no es sólo guiar una organización hacia el logro de determinados objetivos, sino también controlar en qué grado o medida se están alcanzando o no, esos objetivos .

Esta fase, llamada también, control operacional, consiste en disponer de un mecanismo que sirva para medir y examinar los resultados obtenidos en relación a los resultados previstos y, para establecer las acciones correctoras, cuando fuere necesario .

Los procedimientos para llevar a cabo el control

son :

- Contactos directos : Se trata de la observación personal y valuar in situ los resultados obtenidos.
- Informe escrito : En el que se constata lo que se hace y sus resultados de una manera concreta, sintética y precisa .
- Análisis de lo realizado : Aquí se comparan los resultados obtenidos con las metas y objetivos establecidos. Se analizan las desviaciones y se interpretan las causas por las cuales se han producido las mismas.
- Acción correctiva : Todo lo anterior no tendría ningún resultado si no se llevan a cabo acciones correctivas para introducir modificaciones .

Preparación de la Comunidad para llevar adelante el Programa

Preparar a una comunidad para que participe en un programa de desarrollo comunal, es parte de la estrategia de acción a desarrollar. Toda estrategia se apoya en el conocimiento de un cuadro de situación, de ahí que se tendrá en cuenta una serie de factores que influyen en la vida de cada comunidad en particular .

Habra que conocer :

- Las expectativas, aspiraciones y necesidades sentidas.
- Las prioridades asignadas para la satisfacción de necesidades.
- La existencia o no de organizaciones de base.
- El nivel de vida material.

- Las formas de caciquismo o de dominación .
- La actividad o pasividad de la gente .
- La actitud frente al programa (confianza, indiferencia, desconfianza) .

La preparación de la comunidad para buscar y aceptar nuevas soluciones, es tarea fundamentalmente educativa, y no debe realizarse de modo estandarizado, como si la comunidad fuera un todo homogéneo. Habrá que adecuar en forma apropiada esa preparación, según el grupo al cual vaya dirigida :

- A los funcionarios de la comunidad, que deben saber qué se va a hacer en ella, sobre todo si se trata de un programa que no es patrocinado directamente por un organismo gubernamental.
- A las Instituciones de las cuales debe lograr colaboración, en algunos casos coordinación .
- A los beneficiarios directos del programa.
- Al público en general .

Esta tarea consiste ante todo, en crear motivaciones eficaces, para superar la resistencia al cambio que pueda hallarse en la comunidad. En cuanto a los medios pueden ser :

- Realización de reuniones informativas.
- Utilización de la prensa oral y escrita.
- Afiches - carteles y folletos de divulgación.
- Conferencias y mesas redondas.
- Reuniones con líderes de la comunidad .
- Medios audiovisuales en general .

Personal.

Se recomienda la participación de profesionales con conocimientos especiales en todo lo referente a los problemas de planificación y organización. En cuanto al personal

técnico será diferente, según la índole de los procesos específicos que se desarrollen dentro del programa .

Líderes.

Un líder es alguien a quien la gente sigue y que - ejerce influencias sobre el funcionamiento y actividades de el grupo. No siempre esa influencia es positiva. Las características más sobresalientes de un auténtico líder son:

- Es la persona de mayor confianza en el grupo o la comunidad .
- Tiene la mayor capacidad de trabajo y demuestra el mayor entusiasmo en las obras de interés común .
- Hace de los intereses y de las aspiraciones de la comunidad su propia causa.
- Está dispuesto a representar a su grupo o comunidad y a consagrarle el tiempo necesario, aún con el sacrificio de sus ocupaciones .
- Dispone de un gran espíritu de tolerancia y comprensión .
- Da muestras de integridad, por lo cual las gentes confían en él y están convencidas que no aprovechará el esfuerzo de la comunidad en su propio beneficio.
- Trata cortés y comprensivamente a los demás y, les delega responsabilidades .
- Fomenta el surgimiento de otros líderes y no impone su decisión a la comunidad .
- Está siempre dispuesto a reconocer sus errores y aceptar las responsabilidades .
- Consulta la comunidad cada vez que tiene que tomar una determinación importante .

Concretando esta introducción al tema central de esta Tesis " Programación en Salud Pública ", proseguiremos, ya adentrándonos en el tema, citando, de los Cuadernos de la Coordinación de los Servicios de Salud del Dr. Guillermo Soberón Acevedo^{(6)*}, lo siguiente :

De lo más destacado de este informe podemos citar: En el marco conceptual de dicho sistema se establecen cuatro dimensiones, una de ellas es la económica, que implica la definición de una estrategia de desarrollo y en donde tiene cabida el Plan Global. La coordinación se ha vinculado a esta dimensión con el fin de alcanzar el objetivo nacional de "proveer a la población empleo y mínimos de bienestar atendiendo con prioridad las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda ". En este mismo sentido, se recogen de los 22 puntos básicos de la estrategia del Plan Global aquéllos que inciden de manera directa en las tareas que tenemos encomendadas y que se refieren a facilitar el acceso de la población a los servicios de salud.

Atención Médica.

Se define como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover, sostener y restaurar su salud. Los niveles de atención se han ligado íntimamente al proceso de regionalización, sobre todo en las instituciones de seguridad social. El tipo de unidad, en tamaño y recursos, depende del nivel de los servicios impartidos y del número de personas por atender. La atención primaria ocurre en el hogar, en consultorios, clínicas o centros de salud, localizados, a menudo, cerca del sitio donde viven o trabajan las personas .

(6) Soberón Acevedo, G.

* Interpretación hecha del Autor .

La atención secundaria presta servicios a poblaciones referidas de una zona de influencia más amplia y se imparte en hospitales regionales o distritales, con recursos especializados de personal, equipo e instalaciones .

La atención terciaria sólo se presta en unas cuantas ciudades donde ha sido factible establecer estos servicios, en centros médicos o en hospitales de alta especialización, que funcionan como unidades de concentración .

Diagnóstico de Salud del País: La planeación y toma de decisiones debe apoyarse en un diagnóstico permanentemente - actualizado, de las condiciones de salud que imperan en el país, basado en información oportuna, suficiente y confiable .

Los servicios sanitarios de muchos países se han - establecido de manera desordenada y no planificada con el solo objeto de atender problemas apremiantes. Hasta cierto punto era inevitable que así ocurriera porque la deci-sión de actuar y el financiamiento dependían del interés o de la preocupación que suscitara en la opinión pública un sector sanitario u otro y de los progresos dispersos de la investigación médica. En los últimos decenios, la complejidad de los adelantos en las ciencias médicas, las repercusiones recíprocas y cada vez más manifiestas entre el estado sanitario de la colectividad y las condiciones sociales, económicas y culturales y el perfeccionamiento de las técnicas de intervención en la economía nacional permiten y aconsejan a la vez que se dé una forma metódica y ordenada al desarrollo de los servicios de sanidad, como uno de los elementos propios de la explotación eficaz y nacional de los recursos de la comunidad .

La planificación es en realidad la primera fase de un proceso administrativo que comprende además la organización, la ejecución y la evaluación. Sus fines, según se ha dicho son "Racionalizar las Actividades que la hacen -necesaria, someter a cálculo lo que antes se abandonaba al azar, organizar lo que no estaba organizado y sustituir -unas adaptaciones espontáneas por la intervención deliberada". Podría afirmarse, en consecuencia, que la planificación de los servicios de Salud Pública consisten en un análisis inteligente y cuidadoso y en un desarrollo metódico de esos servicios en conformidad con los conocimientos modernos y las experiencias recientes para atender las necesidades sanitarias.

En cuanto a la Programación de la Salud Pública -Dental, podemos citar a los autores Freed, J.R.^{(7)*} y Matthias, R.E.^{(8)*}, estos autores hacen crítica de los trabajos publicados sobre programas de educación dental en lo que se refiere a la falta de descripción de tipo demográfico, así como de los recursos humanos y físicos que participan en el proceso.

Recomiendan una descripción previa de las poblaciones involucradas, incluyendo tamaño de la muestra, medidas de control, seguimiento y características generales del diseño del estudio y del análisis estadístico para medir la eficacia del programa.

Se hace énfasis en la evaluación final de los programas que consideran muy importante esta parte final especialmente donde se desarrollaban varios programas, para demostrar el más eficiente.

(7) Freed, J.R. .

(8) Matthias, R.E. .

* Interpretación hecha del Autor.

Los autores discuten las bases del establecimiento de programas de salud bucal en lo que se refiere principalmente a prioridades, metas y costos. De los enfoques que a su parecer son los más adecuados para la solución de las necesidades de los núcleos de población atendidos, así como ventajas y limitaciones de los programas de Salud Bucal.

La estimación de las necesidades de atención odontológica las basan en una encuesta preliminar que precisa el diagnóstico situacional del núcleo de población, las que, en consecuencia, precisan el grado de necesidad de esa atención.

Estos estudios los enfocan principalmente a caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión. En el mismo artículo presentan reflexiones sobre el futuro de estos programas desde el punto de vista de normar los conceptos en lo que se refiere a necesidades, demanda de servicios y características que deben tener los programas para un mayor éxito .

Los autores expresan sus experiencias con programas de salud dental de tipo preventivo en lo que se refiere a la obtención de fondos, la participación del Gobierno Federal y de otras Instituciones para llevar a cabo esos programas. De igual manera se refieren a la importancia de la participación de la comunidad y de la obtención de asistencia técnica especializada para la planeación, organización y dirección de esos programas .

Este artículo también cita lo que considera la OMS medios preventivos odontológicos como dar educación dental al paciente, educación a la comunidad para el uso

adecuado de los servicios dentales existentes, uso del fluor, uso de protectores bucales en el trabajo y deportes y la - información de la relación del cigarrillo con la incidencia de cáncer oral .

Aquí se insiste en la participación de la comunidad en los planes de salud pública odontológica, en el análisis de la situación actual y en la proposición de soluciones; - también se considera de importancia la participación de la comunidad en educación para la salud, orientaciones hacia - la prevención y criterios para regular el funcionamiento de las instituciones y servicios. También en éste artículo se destaca la necesidad de planificar toda acción y de tener - en cuenta las prioridades antes de su implementación .

Los autores se refieren a la importancia de instituir programas de higiene y atención dental en escuelas primarias. Relatan que en los E.E.U.U., ha habido poco éxito en establecer éstos programas debido a la presión en contra de ellos por parte de los dentistas. Sin embargo refiere que los - hay en países como Suecia, Noruega, Dinamarca, Austria, Nueva Zelanda, Canadá, Inglaterra, entre otros .

Los autores consideran que éstos programas han dado resultados muy satisfactorios, no solamente por la detección temprana de problemas dentarios y de la boca en general, - sino porque, además contribuyen efectivamente a la educación higiénica y en la concientización de niños y jóvenes sobre la importancia del cuidado de los dientes .

Siguiendo con el tema, de la Programación de la Salud Pública Dental y citando al Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Higiene Dental⁽⁹⁾, diremos que :

La Salud, según la definición de la OMS, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Dentro de esta noción positiva y unitaria de la salud, la salud dental constituye un elemento inseparable de la salud general y, en consecuencia, adquiere una importancia mayor. La salud dental puede definirse como un estado de completa normalidad anatómica y funcional de los dientes y del perodocio, así como de las partes vecinas de la cavidad bucal y de las diversas estructuras relacionadas con la masticación y que forman parte del complejo maxilofacial.

En algunos países estos profesionales se llaman es tomatólogos y estomatológico u odontoestomatológicos a los servicios que prestan, pero en casi todo el mundo, las palabras dentista y dental se emplean con un significado prácticamente equivalente .

Por servicios de higiene dental se entienden las actividades y prestaciones destinadas a favorecer, preservar o restablecer la salud dental. En ello se incluyen en proporciones variables, las actividades de carácter educativo, preventivo y curativo. Las actividades educativas son las que tienen por objeto informar a los individuos y a las colectividades de la importancia que tiene la salud dental para la salud general, de la forma como ésta se puede conseguir y conservar y de los medios de prevenir las afecciones bucodentarias.

(9) OMS

* Interpretación hecha de los autores .

Con ellas se trata también de fomentar entre los individuos y las colectividades la práctica de las nociones que se les inculcan. Las actividades preventivas están encaminadas a impedir la aparición o el desarrollo de las afecciones bucodentarias. Las actividades curativas, por último, tienen por objeto descubrir precozmente las afecciones bucodentarias, limitar su evolución, reparar los daños que hayan causado y restablecer la eficiencia funcional del aparato bucodental .

La salud oral es parte del bienestar personal y colabora al desarrollo como factor de producción y en el mejoramiento del nivel de vida de la población .

Lograr estos objetivos ante la actual situación de desequilibrio entre las necesidades y los recursos, es difícil; aumentarlos al nivel óptimo es imposible y reprimir las aspiraciones de la población, sería inmoral .

El único sistema racional para aliviar esta situación consiste en el uso adecuado de los recursos disponibles para obtener de ellos un mejor rendimiento, lo cual es el resultado de la planificación de los servicios .

Por no existir una metodología de planificación para salud oral, se ha tratado de seguir la metodología de la OMS, para describir el servicio de odontología social, dando las explicaciones necesarias y haciendo un pronóstico de sus resultados. También se ha propuesto un plan para mejorar la forma de estructurar una metodología. La situación encontrada es similar a la de cualquier servicio donde las necesidades exceden a los recursos y cuyas características específicas principales son :

- A. El promedio de cada paciente del servicio ha perdido el 58% de sus dientes y tienen 3.84 piezas por obturar y 1.87 por extraer; el 56% perderá sus piezas a causa de periodontopatías por no atenderse esta patología .
- B. Cada paciente recibe menos de una consulta anual .

Se pronostica que el servicio se deteriorará, y para evitarlo se proponen ciertas modificaciones que los racionalarán. También se propone estructurar una metodología de planificación que tenga en cuenta la fuerza de trabajo odontológico y la capacidad instalada de recursos materiales .

Citando a Allukian, M. (10)*, se pueden hacer las siguientes y últimas recomendaciones :

El autor de este artículo recomienda un programa a nivel nacional, orientado a la Odontología Preventiva, en base a los siguientes puntos :

Primera recomendación : fluoruración del agua que se bebe. Esta recomendación se basa en que este método está perfectamente probado; es seguro, efectivo, económico y práctico, y en que la caries dental se reduce en los niños hasta en un 70%. En EEUU ya 105 millones de personas disfrutan de este beneficio .

Segunda recomendación : se deberá dar prioridad en el nivel nacional, a programas de salud dental en escuelas primarias y secundarias, de modo especial a aquellas poblaciones que no cuenten con fluoruración del agua potable. La fluoruración tópica, el enjuague con soluciones fluoradas, y la evaluación de alimentos que contengan flúor, así como la higiene bucal, son fundamentales .

Tercera recomendación : el establecimiento de programas, a nivel nacional, de odontología preventiva: higiene dental, control de alimentos cariogénos, exámenes dentales periódicos, enseñanza de cepillado dental correcto, así como metodología preventiva en general, resulta indispensable en las escuelas primarias y secundarias .

Cuarta recomendación : desarrollo de mecanismos y estrategias para el establecimiento de programas que den prioridad a la investigación y tratamiento de enfermedades dentales en escuelas, a través del gobierno federal, o de otras instituciones descentralizadas .

(10) Allukian, M.

* Interpretación hecha del Autor .

En lo que se refiere a tratamientos, el autor hace las siguientes recomendaciones :

1o. El cuidado dental deberá ser un componente integral en la promoción de la salud .

2o. Los programas de tratamiento dental deberán diseñarse de tal manera que incluyan a todos aquellos individuos que actualmente no reciban los beneficios del cuidado dental .

3o. Se deberán diseñar procedimientos de pago de servicios dentales a profesionales del sector salud que tengan orientación más hacia la prevención que a la enfermedad.

En lo que se refiere a investigación, el autor recomienda :

Investigar y evaluar la salud dental en todos los niveles de los programas de promoción de la salud que incluyan las diversas enfermedades de la boca además de las ya conocidas, como caries, enfermedad periodontal, maloclusión, labio y paladar hendido, cáncer oral, accidentes orofaciales y lesiones de tejidos blandos en la boca. Costos y calidad de los servicios y programas de salud bucal .

PROGRAMACION EN SALUD PUBLICA ODONTOLOGICA

Planificar en Salud, es cualquier medio o acción que una vez adoptada resulte o deba resultar :

1. En la prevención de la ocurrencia de una enfermedad
2. En la limitación del daño causado y en la
3. rehabilitación del individuo atacado por ella .

NIVELES DE PREVENCIÓN

Según Leavell y Clark, ^{(11)*} el término prevención, en medicina y odontología, no debe ser considerado en sentido estricto de prevención pura, prevención de la ocurrencia de las enfermedades .

Toda enfermedad tiene su manera propia de evolucionar, cuando es abandonada a su propio curso, constituyendo historia natural de la enfermedad en cuestión . Nuestra interferencia en el desarrollo de cualquier dolencia, puede ser considerada, como la interposición de barreras en distintas etapas de su ciclo evolutivo. Las etapas en que podemos actuar, en que podemos oponer nuestro obstáculo a la progresión de la enfermedad, se denominan " niveles de prevención ", y son los siguientes :

1. FOMENTO A LA SALUD

En este nivel procuramos crear las condiciones más favorables que nos sea posible para que el individuo esté en condiciones de resistir al ataque de una enfermedad o grupo de enfermedades. En este grado de actuación, nuestra labor no es específica. Procuramos aumentar la resistencia del individuo y colocarlo en un ambiente favorable a la salud .

(11) Leavell y Clark

* Interpretación hecha del Autor .

2. PROTECCION ESPECIFICA .

Aquí, nos encontramos ya protegiendo al individuo específicamente contra una determinada enfermedad. Actuamos ahora con métodos positivos, comprobados, y de eficacia mesurada. En este grupo caben medidas como la vacunación, yodación de la sal y fluoración del agua .

3. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES.

En las enfermedades que no fueron evitadas, ya sea porque no existen métodos para la actuación en nivel anterior o porque no fueron aplicados los existentes, nuestra actuación deberá orientarse en el sentido de identificarlas y tratarlas lo más temprano posible. En el cáncer oral, el diagnóstico y tratamiento precoces, constituyen la mejor forma para hacer frente al problema.

4. LIMITACION DEL DAÑO

Cuando fallamos en aplicación de medidas en los niveles anteriores, debemos procurar, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, la limitación del daño causado o sea, evitar un mal mayor: una intervención en el conducto, al tratar un conducto infectado, estamos procurando evitar un mal mayor: una infección periapical; al extraer un diente portador de una infección periapical crónica, estamos evitando un mal mayor, una repercusión a distancia, en un órgano importante de la infección localizada en el ápice dental; al restituir, mediante recursos protéticos, un diente extraído estamos evitando un mal mayor: disminución de la capacidad masticatoria, migraciones dentales, pérdida de puntos de contacto, Etc. .

En suma, nuestras intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora, tienen una finalidad preventiva, cuando se considera la prevención en un sentido amplio .

5. . REHABILITACION DE INDIVIDUOS .

Llegamos así al último nivel de prevención. Nos enfrentamos ya con el hecho consumado, la enfermedad evolucionó, hasta su fase final, y nos hallamos frente a un individuo lesionado por la dolencia, portador de sus secuelas, e incapacitado parcial o totalmente. La forma de prevencción de quinto y último nivel, es la que se denomina - rehabilitación .

La prevención, en su sentido amplio, comprende nuestra actuación en cualquier fase de la evolución de la enfermedad. La odontología preventiva, en sentido amplio, es sinónimo de odontología integral, o sea la mejor odontología que pueda aplicarse en un momento dado .

En sentido estricto, la odontología preventiva es aquella que se aplica en el período de prepatogénesis - (prevención primaria) y, la odontología curativa o restauradora la que se practica en el período de evolución - de las enfermedades dentales o después de ellas (prevención secundaria y terciaria).

El ideal de la Odontología consiste en la prevencción, interpuesta lo más pronto posible, a la historia natural de cada enfermedad .

El ideal de la Odontología Sanitaria y de la Salud Pública, es la atención primaria; sólo en la imposibilidad de ésta, debe acudirse a la prevención secundaria o terciaria .

| PREPATOGENESIS | | FASE CLINICA | | SECUELAS |
|---|---|--|--|---|
| Condiciones generales del individuo o del ambiente que predispone a una o varias enfermedades. | La presencia de una serie de factores causales en un instante dado favorece la aparición de una enfermedad. | De la situación anterior resultó una enfermedad cuyas primeras señales y síntomas se hacen aparentes | La dolencia sigue su evolución propia, terminando con la muerte, la cura completa o dejando secuelas | Las secuelas o consecuencias de la enfermedad pueden ser reparadas con mayor o menor eficacia permitiendo la rehabilitación del individuo |
|  HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD | | | | |
| Posición de las barreras que podemos oponer a la marcha de la enfermedad | | | | |
|  | | | | |
| 1er. Nivel FOMENTO DE LA SALUD | 2o. Nivel PROTECCION ESPECIFICA | 3o. Nivel DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES | 4o. Nivel LIMITACION DEL DAÑO | 5o. Nivel REHABILITACION DEL INDIVIDUO |
| Prevención Primaria | | Prevención Secundaria | | Prevención Terciaria |

RELACIONES ENTRE NIVELES DE PREVENCIÓN Y NIVELES DE APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE SALUD PÚBLICA

En cuanto a los niveles de prevención, el segundo y tercero son los de mayor valor para Salud Pública. La prevención en primer nivel es genérica de trabajosa medición y, con frecuencia, vinculada a factores difíciles de modificar. La prevención en cuarto y quinto nivel resulta costosa y, constituye la zona de actuación predominante de la clínica particular .

CARIES DENTAL

En la lucha contra el problema de la caries dental, han sido empleados o indicados los siguientes métodos :

Primer Nivel de Prevención (fomento de la salud).
Nutrición Adecuada .

Se trata de un método genérico dirigido hacia un logro y mantenimiento de la salud plena del individuo, y por lo tanto, de la salud oral como parte integrante de aquélla. Los dientes bien formados resisten necesariamente mejor el ataque de la caries dental. A pesar de dicha generalización se ha podido establecer la existencia de una relación perfectamente definida entre la nutrición y la caries dental determinada por la presencia de un elemento, el flúor en cantidad adecuada, durante el período de formación de los elementos dentales. El suministro de este elemento, cuando hace falta, se convierte en método de protección específica adecuado para el segundo nivel .

En lo que respecta al calcio, fósforo y vitamina D, tienen relación con la formación de los elementos dentarios y la buena constitución de las estructuras de implantación de los mismos y no como una protección específica .

La consistencia de la dieta también puede ser considerada como elemento importante para el fomento de la sa lud oral. Una dieta resistente, fibrosa, estimula la función y facilita la limpieza de la superficie dental. No se trata de una protección específica y por esa razón la - situamos en este nivel .

Cepillado.

Continuamos en el nivel primero. El cepillado de los dientes aún no puede ser considerado como medio de pro tección específica contra la caries dental. Por ahora, se consideran los hábitos de higiene oral, incluyendo el cepi llado y, desde el punto de vista de la caries dental, como métodos de fomento de la salud .

Oclusión normal.

Una mala oclusión dificulta la masticación y la - autolimpieza, favorece la retención de residuos alimenticios y hace al individuo más susceptible a la caries dental. La relación no es directa, de causa a efecto, pero sí directa, de acondicionamiento. La ortodoncia interceptiva y el tratamiento ortodóncico, al mejorar las relaciones interdenciales e intermaxilares, constituye una medida no específica del primer nivel en la lucha contra la caries. Pero desde el punto de vista de su aplicación, es de tercer nivel, porque exige la participación del profesional y muchas veces la del especialista .

Segundo Nivel de Prevención (Prevención específica) .

En este nivel es donde encontramos las mejores posibilidades en la lucha contra la caries dental. Se trata de medidas positivas que, aplicadas oportunamente, reducen, en proporción significativa, la incidencia de la enfermedad. En el primer nivel se trataba de métodos relacionados principalmente con causas predisponentes o coadyuvantes; en éste vamos a enfrentarnos con métodos que actúan más eficientemente. Fundamentalmente, los métodos de protección específica son dos grupos distintos: Los que aumentan la resistencia del esmalte dental al ataque de la caries y, los que disminuyen o debilitan ese ataque .

Se puede disminuir o debilitar el ataque de la caries al esmalte dental :

- A. Reduciendo los azúcares presentes en la dieta .
- B. Procurando eliminar los residuos alimenticios después de la ingestión de azúcares .
- C. Procurando reducir la flora bucal determinante en la formación de ácido.
- D. Procurando inhibir la formación de ácidos por las bacterias, impidiendo que el Ph de la placa baje más allá del nivel crítico y,
- E. Neutralizando el ácido inmediatamente después de su formación .

Entre los métodos que alimentan la resistencia del esmalte dental al ataque de la caries podemos citar: fluoración del agua, aplicaciones tópicas y comprimidas conteniendo flúor .

Tercer Nivel de Prevención (Diagnóstico y tratamiento precoces)

Para descubrir las lesiones en su inicio, es indispensable un examen periódico a intervalos cortos, principalmente durante las épocas de la vida en que el ataque es más intenso. Este método diagnóstico y tratamiento de lesiones en su inicio, ofrece posibilidades inmensas para que se aparten del problema de la caries dental que no conseguimos prevenir .

También en este nivel debemos incluir la llamada -odontología profiláctica. Consiste ésta en la obturación sistemática de ciertos surcos y fisuras, altamente susceptibles a la caries, antes de que presenten lesiones clínicas evidentes. La odontología profiláctica sólo puede ser incluida en el tercer nivel de prevención, puesto que constituye una forma de tratamiento que es hecho antes de que la lesión se inicie .

Cuarto Nivel de Prevención (Limitación del daño) .

Estamos ahora en lo que se denomina odontología curativa. Su labor se extiende a : Operatoria Dental, Endodoncia, Parodencia, Prótesis y Extracciones Dentarias .

Quinto Nivel de Prevención (Rehabilitación del individuo) .

El concepto de rehabilitación es un concepto psicosomático. El individuo que necesita ser rehabilitado por haber sufrido un ataque intenso y prolongado de caries dental, es aquél cuya dentadura fue seriamente atacada y que

presenta problemas de orden mecánico (masticación), fisiológicos (dinámica articular, oclusión, fonación), es téticos y psicológicos, en diferentes proporciones. Nece sita una rehabilitación oral .

PARODONTOPATIAS

Primer Nivel de Prevención (Fomento de la salud) .

Nutrición, carácter físico de la dieta.

La consistencia del alimento ingerido, a condición de que sea fibroso, resistente, que ofrezca estímulos a los tejidos pardontales y favorezca la auto limpieza, constituye un método de fomento de la salud del parodonto. Esto está estrechamente vinculado a las características culturales y socio económicas de cada comunidad .

Oclusión normal.

Una buena función masticatoria crea condiciones favorables a la salud parodontal. En este sentido la corrección ortodóndica de las anomalías de posición de los dientes y de las relaciones intermaxilares, o la prevención de los mismos defectos (ortodoncia interceptiva), - constituye un método de prevención de las parodontopatías.

Segundo Nivel de Prevención (Protección específica) .

Los métodos en este nivel serían los siguientes:

1. Prevención de la caries dental y tratamiento incremental .

2. Odontología restauradora de alto nivel.
3. Remoción de tártaro.
4. Cepillado y masaje gingival .

Tercer Nivel de Prevención (Diagnóstico y tratamiento precoz) .

En este nivel, nos hallamos ante una fase de afecciones en estado inicial, la mayoría de las cuales podrían y deberían ser tratadas por métodos relativamente simples que, en conjunto, constituyen lo que podríamos calificar - de tratamiento parodontal menor, y que incluiría: raspado subgingival, desgaste selectivo y corrección de posibles - factores generales predisponentes .

Cuarto Nivel de Prevención (Limitación del daño)

En este nivel nos encontramos con la enfermedad parodontal ya en fase más avanzada, después de haber producido destrucción de consideración. El tratamiento aquí tiene que ser necesariamente aplicado por un especialista.

Quinto Nivel de Prevención (Rehabilitación del individuo)

La enfermedad parodontal, abandonada a su propio - curso por largos periodos de tiempo, puede llevar a grandes destrucciones de hueso alveolar, con la consiguiente pérdida de gran número de elementos dentarios. En algunos casos es necesario todo un trabajo completo de rehabilitación oral y/o confección de prótesis .

PRIMER ETAPA DEL PLANEAMIENTO : ESTUDIO DE LA SITUACION
EXISTENTE

Aspectos específicos de la Odontología .

Dentro de nuestro campo, colocaríamos en primer lugar los problemas de Odontología Sanitaria, las necesidades, como los métodos que vienen siendo utilizados, los re cursos y sistemas de trabajo .

Por lo general, no se realizan encuestas sobre caries, parodontopatías y mal oclusiones, a no ser que alguna autoridad del programa así lo solicite, porque se sabe de antemano , que la primera constituye nuestro problema número uno. Se tratarán de conseguir los datos de encuestas anteriores, o pequeñas encuestas con índices simplifi cados, servirán para confirmar estas sospechas .

El Odontólogo procurará familiarizarse completamente con la situación de su comunidad. A través de pequeñas encuestas, averiguará las necesidades de tratamiento de - los diferentes grupos; localizará las áreas más necesitadas; comprobará la calidad de los servicios que vienen - siendo prestados; estudiará los recursos humanos existentes. Tratará igualmente de ponerse al corriente acerca de la situación del servicio odontológico del hospital, del - Seguro Social, (si lo tuviera) .

En cuanto a los recursos materiales, tiene que ponerse al corriente sobre cuál es el estado de las clínicas existentes; si hay necesidad de renovar el equipo y los - materiales de consumo .

Indagará si existen otros programas; la posibilidad de expansión de alguno de ellos; cuál es la proporción de familias que recurren a los odontólogos particulares; - qué porcentaje de indigentes habrá que considerar. No se pretenden datos rigurosos, pero sí, buenas apreciaciones .

Siguiendo el complejo estudio de circunstancias - que constituyen la situación, se tendrá que saber cuales - son las barreras para el tratamiento odontológico; si tienen una base cultural o una base económica; qué importancia es atribuida a la salud bucal; cuál es la estructura de poder de la comunidad; quiénes son los diez individuos, aproximadamente, capaces de influenciar el modo de pensar - del resto de la población sobre un programa determinado; - qué personas contribuyen para las obras en común de la comunidad .

Este es el trabajo de diagnóstico de la comunidad que tiene que ser hecho con toda diplomacia y la mejor técnica de relaciones humanas, para que no seamos acusados de interferencias en las actividades ajenas. Este tipo de - trabajo debe ser prácticamente anónimo. Si algo se hace, no fuimos nosotros desde luego quienes lo hicimos; pues - el alcalde o la directora del grupo escolar, deben - crear hábitos de trabajo de grupo. Puede ser oportuna la creación de una comisión local pro fluoruración .

SEGUNDA ETAPA DEL PLANEAMIENTO : DETERMINACION DE OBJETIVOS
Y ESTRUCTURACION POLITICA.

Después del estudio de la situación existente hecha en el etapa anterior, entraremos en la etapa que marcará - los rumbos que serán seguidos por el programa de Odontología Sanitaria .

En esta etapa, que puede ser llamada fase subjetiva el planificador somete los datos obtenidos en la primera - etapa a un análisis profundo, que podríamos, para fines de sistematización, dividir en tres partes :

- Enunciación de los problemas.
- Ordenamiento de los problemas .
- Selección de la solución más adecuada para cada problema .

Ahora vamos a concentrarnos específicamente en el - planeamiento del trabajo clínico, a ser ejecutado por el - Odontólogo. ¿ A qué problemas dedicará su atención ? ¿ Qué grupos atenderán en el consultorio de la unidad sanitaria ? ¿ Qué tipo de trabajos clínicos ejecutarán ? . O sea determinar cuál será el contenido del programa de tratamiento - odontológico. Hay algunos principios que pueden guiar al - dentista para determinar el contenido de su programa y esta blecer prioridades :

Principio General.

Procurar otorgar el mayor beneficio para el mayor - número posible de personas :

Este principio tiene una base ética indiscutible.No podemos pretender otorgar un tratamiento completo, incluyen de prótesis y ortodoncia a una docena de pacientes y dejar centenares de ellos sin siquiera eliminar los focos de infección .

Primer Principio .

Tener en cuenta simultáneamente la enfermedad actual y la enfermedad futura .

No sería correcto abandonar a la mayor cantidad de gente que necesita tratamiento inmediato, e implementar programas exclusivamente preventivos .

Se puede demostrar que con un programa de aplicaciones tópicas de flúor prevenimos cinco cavidades, con el mismo dinero que cuesta obturar una, pero no por eso hemos de considerarnos autorizados a gastar todo el dinero en un programa exclusivamente preventivo .

En una comunidad donde hay escolares con cavidades de caries, no podemos hacer solamente aplicaciones tópicas de flúor, y no hacer nada ante las odontalgias, pulpititis y abscesos. He aquí la lógica de los programas mixtos de prevención y tratamiento .

Segundo Principio .

Agotar la capacidad de compra y la capacidad de asistencia en los servicios de la comunidad .

Esto significa, determinar la capacidad económica de los pacientes; esto nos deja bien definido el grupo al cual otorgaremos los servicios .

Tercer Principio.

Procurar un beneficio razonable para el mayor número, en vez de un beneficio total para un pequeño número .

La extensión de un programa la constituye su cobertura y ésta es la cantidad de personas beneficiadas por él. Un programa para todas las personas de una comunidad, tiene mayor extensión que un programa sólo para escolares. La profundidad de un programa está representado por el número de los diferentes tipos de servicios odontológicos ofrecidos a los grupos beneficiados por el programa. Presentamos ejemplos de tres programas diferentes :

El programa "A" es un programa de gran extensión y pequeña profundidad, ofrece extracciones a una población extensa. El "B" ofrece extracciones y obturaciones. El "C" es un programa de pequeña extensión y bastante profundidad; ofrece extracciones, obturaciones y prótesis total a un pequeño grupo .

Cuando tenemos necesidades muy grandes y recursos limitados, ¿Cuál es la profundidad justa para nuestro programa ? .

Supongamos que un odontólogo tiene a su cargo la atención de 2000 niños en un año y que su capacidad en horas disponibles es para 2000 obturaciones. Los niños son de siete a nueve años, y tienen, cada uno como promedio - necesidad de 5 obturaciones, 2 en dientes permanentes y 2 en primarios.

El problema es de aritmética: debe hacer 8000 obturaciones y sólo pueden hacerse 2000. Las tres alternativas más importantes serían :

1. Programa A : Hacer todas las obturaciones para - 500 niños ($500 \times 4 = 2000$). Constituiría la profundidad máxima y la extensión mínima .
2. Programa B : Hacer sólo una obturación en cada niño ($2000 \times 1 = 2000$). Constituiría la extensión máxima y la profundidad mínima .
3. Programa C : Hacer sólo las obturaciones en dientes permanentes, en la mitad de los niños - ($1000 \times 2 = 2000$). Constituiría el punto óptimo de acuerdo con nuestro concepto de beneficio razonable .

Justificamos la elección : eliminamos el programa B, porque sólo permite un beneficio insignificante para todos los niños. Suponiendo que hiciéramos una obturación - en un primer molar permanente y que lo puesto correspondiente estuviera también con caries, no tendría sentido no tratarlo. Eliminamos el programa A, porque preferimos tratar todos los dientes permanentes de 1000 niños en vez de todos los dientes de 500 niños. Encontramos que la duplicación del número de niños con todos los dientes permanentes tratados, compensa ampliamente el hecho de que no demos atención completa a los dientes primarios. Nos quedamos al final con el programa C por ser éste la mejor de las tres alternativas que se ofrecen. No estamos satisfechos con él, porque dejamos 1000 niños sin tratar, pero no tenemos solución mejor para el problema .

Prioridad de Grupos .

Basándonos en la prioridad de la caries dental, encontramos que el grupo de máxima preferencia es el grupo escolar. Es en la edad escolar cuando aparecen los primeros dientes permanentes. Dientes altamente susceptibles a la caries y que constituyen importantes piezas en la dentadura; los primeros molares, hacen su erupción aproximadamente a los 6 años y, de no ser cuidados, podrán ser perdidos pocos años después. Toda la filosofía del sistema incremental, demuestra lo lógico que resulta iniciar los programas en el punto 0, cuando no hay necesidades acumuladas. Para los dientes permanentes, ese punto de partida es alrededor de los seis años. Además de eso, en la edad escolar, el problema dental adquiere singular significado. Por un lado, la actividad de la caries es especialmente acentuada durante este período. Por otro, el problema dental gana aún mayor jerarquía en esa edad .

Ya explicamos las razones para colocar a los escolares antes que los grupos de edad más avanzada. Más atrás sólo queda el preescolar. Analicemos la prioridad del preescolar en relación con el escolar. Desde el punto de vista médico, la edad preescolar tiene, muchas veces, un interés especial para las unidades sanitarias, prolongándose así el programa de higiene materno infantil hasta la edad preescolar. Opinamos que el preescolar tiene una prioridad menor que el escolar en programa Odontológico. Analicemos los distintos argumentos que sirven para defender nuestro punto de vista .

A. El argumento " Expectativa de la vida del diente ". Este es nuestro argumento preferido. Cuando tenemos recursos limitados, rinde mucho más una obturación en un diente permanente que en un diente primario. Queremos llamar aquí la atención sobre el hecho de que el principal factor que da la prioridad al escolar, es la erupción de los dientes permanentes que coincide con el inicio de la edad escolar. Si la cronología de la dentición permanente fuese toda ella anticipada, a los tres o cuatro años inmediatamente aceptaríamos prioridad en el preescolar. Nuestra argumentación de preescolar por escolar, es por lo tanto, en gran parte, diente primario por diente permanente .

B. El argumento ortodóncico. El principal argumento que es inmediatamente lanzado cuando se menciona la prioridad del escolar, es el de las maloclusiones que se originan por la pérdida precoz de dientes primarios. En esa forma, el no tratar un diente primario, tan to es malo en la edad preescolar como lo es en la edad escolar. Cuando más precoz sea la pérdida, mayor será el daño. El tratamiento debe iniciarse a los tres años de edad; si fuera posible, antes de esa edad, a los dos años y medio. Lo ideal sería un programa incremental iniciado a los tres años de edad. Pero no estaríamos de acuerdo en ese programa si tuviera que terminarse a los seis años, por haberse agotado los recursos y encontrar a los niños a los nueve o diez años con pérdidas de primeros molares permanentes .

Resumiendo nuestras prioridades de grupos, nos parece que podría quedar establecida la prioridad para el escolar, seguida del preescolar y junto a este grupo, situaríamos a la gestante, que constituye uno de los grupos vulnerables de la salud pública .

Prioridad de tipos de servicios.

La primera en un programa de odontología sanitaria, es el tratamiento odontológico de emergencia. El alivio - del dolor, el tratamiento de infecciones agudas de origen - dental y otras situaciones que existen que exigen una acción inmediata, constituyen lo que llamamos la prioridad universal. Esto quiere decir que las emergencias constituyen prioridades para cualquier grupo, cualquier edad, cualquier sexo. Por ejemplo, el dispensar servicio de urgencia a un adulto, tendrá prioridad sobre un tratamiento ordinario a un escolar. Existen razones de sobra, de orden ético y humanitario para colocar a las emergencias en primer lugar .

La segunda prioridad le corresponde a la exodoncia. No debemos confundir emergencias con exodoncias. La emergencia presupone una situación aguda. Cuando decimos simplemente exodoncia como segunda prioridad, estamos pensando en situaciones crónicas .

Necesitamos rehabilitar el concepto de la exodoncia en odontología sanitaria. Representa un servicio de muy al to valor, sólo superado por el tratamiento de emergencia. No es razonable desestimar un programa, diciendo que sólo - consta de servicios de exodoncia, sin saber si esta situación es en realidad la única posible de adoptar en un momento dado. Un Odontólogo que trabaja una hora diaria en una comunidad carente de recursos y sin dentistas de clínica -- particular, podrá ser absorbido totalmente por los servicios de exodoncia. Sería un error el de tomar la mitad del tiempo para hacer obturaciones de escolares, dejando sin atención a los individuos que necesitan exodoncia y que no tienen a donde recurrir para que se les proporcione este servicio. No se justifica introducir obturaciones en un programa pretendiendo con eso elevar de categoría .

Las obturaciones aparecen como nuestra tercera prioridad. Teniendo presente el concepto de expectativa de vida del diente. De este modo vamos otorgando preferencia sucesiva a las edades de expectativa máxima. Nos situaremos en el inicio de edad escolar, para las obturaciones en permanentes y en la edad preescolar, cuando tenemos recursos para obturaciones en dientes primarios .

No nos preocupamos en discriminar prioridades entre estas especialidades, porque raramente llegarán a tal profundidad los programas de comunidad. La ortodoncia sería más importante en grupos de niños y las otras especialidades en adultos. Determinados tipos de prótesis, parciales y totales, podrán tener gran importancia en los programas de ciertas áreas en que haya una buena profundidad de los programas y grandes necesidades de rehabilitación de dentaduras destruidas .

Prioridades en un Programa de tratamiento odontológico.

| PRIORIDADES | |
|------------------------------|---|
| DE GRUPOS | DE TIPOS DE SERVICIOS |
| 1o. Escolares | Emergencias |
| 2o. Preescolares y gestantes | Exodoncia |
| 3o. Otros | Obturaciones en dientes permanentes |
| 4o. | Obturaciones en dientes primarios |
| 5o. | Otros. (endodoncia, parodoncia, prótesis, ortodoncia, Etc.) . |

Vamos a presentar una serie de ejemplos, que demuestran la variedad de programas que podemos llevar a la práctica, basándonos en la serie de prioridades antes establecida y en diferentes situaciones de necesidades y recursos. Mejoraremos el programa a medida que aumentan los recursos. El programa "A", es un programa de superficie. Podría servir a una comunidad en la que no hay dentista de clínica particular y en la que los recursos son altamente limitados. Digamos, existe un dentista que visita la comunidad por algunas horas una vez por semana y su trabajo se limita a emergencias y ortodoncias. Muchas veces, el tiempo no es suficiente ni para atender la demanda de exodoncia .

El programa "B", tiene un poco más de profundidad . Podría servir a una comunidad con mayores recursos en la que existen otras clínicas (hospitales, Seguro Social). En este caso, limitamos la extensión de nuestro Programa a servicios de exodoncia y, los profundizamos en la parte de obturaciones en dientes permanentes en escolares. La justificación sería: se dejan de otorgar servicios de exodoncia a cualquier adulto en la unidad sanitaria, porque existen servicios en la comunidad para atenderlos. Esto nos lleva a profundizar el programa en obturaciones en dientes permanentes de escolares. El recorte en las características de los programas es siempre consecuencia de decisiones de este tipo: dejo de dar algo a un grupo para poder dar más a otro .

El programa "C", podría ser el programa para una comunidad en la que existan recursos suficientes para un programa incremental de escolares y aún sobren para el tratamiento de preescolar .

El programa "D", sería un programa para una comunidad con amplios recursos, en la que se profundizaría nuestro programa de escolares, pudiendo ofrecerles tratamientos especializados como ortodoncia, endodoncia y otros .

El programa "E", sería el programa para una comunidad ideal, en la que pudiésemos otorgar tratamiento completo, inclusive especializado, a todos los que lo solicitaran en la unidad sanitaria .

En cuanto a la división del tiempo del odontólogo, variará según cada comunidad y será una resultante de la aplicación práctica del programa cuya característica se ajuste mejor a la comunidad. La división del tiempo surgirá a posteriori. Supongamos que fuese el programa "D", el que sirviera mejor a una comunidad. El tiempo dedicado a obturaciones de dientes permanentes en escolares, sería el que sobrase después de satisfechas las necesidades de extracciones. Podría ocurrir que el programa de extracciones y las emergencias absorbiesen el 80% del tiempo disponible. Entonces, apenas el 20% del tiempo sería dedicado al tratamiento de escolares. Así sería la distribución del tiempo .

No sería correcto presentar un programa con una división a priori del tiempo de un odontólogo en una unidad sanitaria, es decir prioridades previamente establecidas. Se caería en el error de dejarse absorber por el interés hacia el escolar a quien dedicaríamos el 70% del tiempo. En segundo lugar vendrían los preescolares y las gestantes; para ellos sería el 20% del tiempo. En tercer lugar quedarían las emergencias y la exodoncia de otros; para ellos el 5% del tiempo. El 5% restante sería dedicado al trabajo de la comunidad .

En una comunidad, el programa de emergencia y exodoncias puede estar absorbiendo el 90% del tiempo del odontólogo y ser apropiado, en otra, puede estar absorbiendo sólo el 10% y estar errado .

Un programa estará bien planificado cuando se utilice en su totalidad el tiempo disponible y se haga de acuerdo con prioridades correctamente establecidas

**TERCERA ETAPA DEL PLANEAMIENTO: PREPARACION DE UN PLAN
ESPECIFICO DE ACCION .**

Aquí se detallará un plan que incluya, además de los objetivos y procedimientos a seguir, los recursos, - materiales necesarios, los locales o áreas en que serán realizados los trabajos y un calendario para el desarrollo de la acción .

Podrá incluir el desarrollo de una campaña pro - fluoruración del agua, la institución de un programa de envío de escolares a la clínica, el programa de trabajo clínico en la unidad, establecimiento de horarios y grupos a tratar e instalación de un programa de aplicaciones tópicas .

Seguidamente, se pasará a lograr la aprobación - del programa por quien corresponde. El nivel central y el nivel de supervisión darán su opinión en lo que fuere necesario. Se buscará el apoyo el Jefe de la Unidad Sanitaria, de los líderes de la comunidad, que, una vez - conseguido, garantizará el éxito del plan .

**CUARTA ETAPA DEL PLANEAMIENTO: CRISTALIZACION DEL PLAN
EN UN PRESUPUESTO**

Partimos de la premisa de que el dentista de la comunidad estará ya planeado en base de los elementos disponibles - dentro del presupuesto de la unidad sanitaria .

QUINTA ETAPA DEL PLANEAMIENTO: REAJUSTE PERIODICO DEL
PLAN DE ACCION .

Del mismo modo que en el nivel central el plan local irá siendo reajustado en lo que fuere necesario, a lo largo de su desarrollo.

Se debe ir mostrando progresivamente los resultados obtenidos. En programas incrementales, por ejemplo, - los datos de evaluación periódica colocados en contraste - con los de la situación inicial, pueden servir de estímulo para la continuidad del trabajo .

PLANEAMIENTO DE SERVICIOS DENTALES PARA ESCOLARES

Los límites de la odontología sanitaria escolar, - pueden ser bastante amplios, desde los últimos años de la edad preescolar hasta el adulto joven. En nuestro País, - que tiene una población predominantemente joven, la población contenida en los grupos preescolares, ciclo primario, ciclo secundario y ciclo universitario, podrá representar la tercera parte o más de la población .

En la práctica este número no es tan elevado, porque nuestra atención dentro de estos grupos es limitada generalmente a los alumnos inscritos en las escuelas .

OBJETIVOS Y POLITICAS DE SERVICIOS DENTALES PARA ESCOLARES

Indicamos anteriormente, en la segunda etapa del planeamiento, que se aclaran los objetivos y se fijan las normas generales de los servicios. Si decimos que el objetivo de un servicio dental para escolares consiste en proporcionar a todos ellos el grado más alto posible de salud - oral, representan una atractiva declaración de propósito, decimos cuál es el ideal del servicio. En la práctica, - sin embargo, todavía necesitamos de una base más concreta para los servicios; nos hacen falta sistemas de prioridades bien definidos .

Los exámenes anuales para todos los alumnos, que en otro tiempo constituyeron prácticas corrientes, sufren hoy restricciones por los sanitaristas. Se sabe que la frecuencia de la caries es tal, que el examen en rigor sirve apenas para excluir, después de un gran esfuerzo, un pequeño porcentaje de alumnos que no necesitan tratamiento odontológico .

Programa Incremental Activo : Comenzando a los seis o siete años o en el primer grado de primaria y llevándolo adelante por edades sucesivas .

Programa Activo : Haciendo hincapié en edades selecionadas. Puede aumentarse la cobertura de un programa incremental, saltando ocasionalmente ciertas edades, a fin - de ir atendiendo hacia adelante una edad más necesitada. Hasta los nueve años, nuestro gran problema está en los - primeros molares permanentes. Obturados éstos, hay una relativa calma entre los nueve y once años. A los doce, comienza de nuevo la preocupación con los segundos molares y con la caries en otros dientes permanentes .

Un programa incremental terminado a los once años, al que suceda una fase de tres o cuatro años de abandono, verá sus beneficios muy disminuidos al volver a examinar al niño a los quince o dieciseis años .

Programa Pasivo : Cuando hay fuerte demanda espontánea de escolares y recursos muy limitados .

MATERIAL

Instrumental de exploración (espejo, pinzas de curación y explorador), sonda periodontal, pera de aire y - ficha epidemiológica.

Entre las condiciones que debe reunir esta ficha, podemos citar :

1. Permitir el registro de todos los datos que se pretende obtener .
2. Anticiparse a las necesidades de manejo estadístico que se quiera dar a los datos, con vista a facilitarlos y,
3. Adaptarse al sistema manual o mecánico que se empleará en la tabulación .

Esta ficha colectiva, facilita el registro de datos pertinentes a un gran número de niños, como en el ejemplo que presentamos .

Cómo llenar la ficha .

- | | |
|------------|---|
| Columna 1 | Podrán ser registradas las iniciales, el primer nombre y las iniciales del apellido o el nombre completo, de acuerdo con - el interés que se pueda tener para la <u>iden</u> tificación futura del niño . |
| Columna 2 | Registrar el número de dientes permanentes cariados. |
| Columna 3 | Registrar el número de dientes permanentes obturados . |
| Columna 4 | Registrar el número de dientes permanentes extraídos . |
| Columna 5 | Registrar el número de dientes permanentes con extracción indicada . |
| Columna 6 | Registrar el total de las columnas 2,3,4 y 5 |
| Columna 7 | Registrar el total de dientes presentes que será la suma de los dientes contados en las columnas 2,3 y 5, más el número de dientes brotados normales . |
| Columna 8 | Registrar el número de dientes temporales cariados . |
| Columna 9 | Registrar el número de dientes temporales con extracción indicada. |
| Columna 10 | Registrar el número de dientes temporales obturados . |

- Columna 11 Registrar el total de las columnas 8,9 y 10.
- Columna 12 Observaciones. Registrar cualquier dato que haya llamado la atención durante el examen del niño, como anomalías, necesidad de cuidados inmediatos, síntomas orales de enfermedades generales, Etc. .

La ficha que presentamos es utilizada en varios - países para obtener el índice CPOD, fue desarrollada inicialmente por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos .

METODO:

1. Se obtuvieron 20 citas bibliográficas relacionadas con la Programación de la Salud .
2. Se obtuvieron documentos de las distintas Instituciones como : ISSSTE, IMSS, OPS, SSA, Etc., donde se describe el funcionamiento de Servicios Odontológicos .
3. Se obtuvieron datos fidedignos de publicaciones recientes .
4. Se hicieron entrevistas personales a funcionarios de las distintas instituciones de salud .
5. Durante el transcurso de la Maestría se realizó como experiencia de Campo en la Clínica Periférica de Contreras Padierna, el relevamiento epidemiológico de aproximadamente 1,000 pacientes, donde se determinó por medio de los índices C.P.O. y Russell, caries y parodontopatía
6. El resultado estadístico nos demostró que las afecciones bucales mas frecuentes son las caries y las parodontopatías aunándose las maloclusiones; padecimientos que tratados oportuna y adecuadamente, pueden controlarse y prevenirse en un porcentaje estadístico significativo, dado que existen medidas para eso .

7. El siguiente paso fué recopilar lo propuesto por otros autores aunado a la experiencia de práctica de campo citada anteriormente y elaborar un programa de atención odontológica indicando prioridades, secuencias de atención, tiempos de atención, Etc. .

TABLA 1 . DATOS DE LA CLINICA PERIFERICA CONTRERAS PADIERNA
 DE PERSONAS ATENDIDAS, POBLACION ADULTA, 1980 .

| GRUPOS EDAD ANOS | C A R I E S | | | P E R D I D O S | | | O B T U R A D O S | | | T O T A L E S | | |
|------------------------|-------------|------|-------|-----------------|-----|-------|-------------------|-----|-------|---------------|------|-------|
| | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL |
| 0-9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10-19 | 322 | 748 | 1070 | 50 | 93 | 143 | 35 | 131 | 166 | 407 | 972 | 1379 |
| 20-29 | 219 | 737 | 956 | 17 | 169 | 186 | 48 | 203 | 251 | 284 | 1109 | 1393 |
| 30-39 | 121 | 477 | 598 | 46 | 183 | 229 | 22 | 121 | 143 | 189 | 781 | 970 |
| 40-49 | 180 | 214 | 394 | 54 | 148 | 202 | 14 | 34 | 48 | 248 | 396 | 644 |
| 50-59 | 124 | 108 | 232 | 35 | 127 | 162 | 8 | 24 | 32 | 167 | 259 | 426 |
| 60-69 | 19 | 47 | 66 | 6 | 111 | 117 | 3 | 16 | 19 | 28 | 174 | 202 |
| + 70 | 7 | 10 | 17 | 56 | 78 | 134 | 0 | 17 | 17 | 63 | 105 | 168 |
| TOTAL | 992 | 2341 | 3333 | 264 | 909 | 1173 | 130 | 546 | 676 | | | 5182 |

TABLA 2. INDICE C.P.O. . DATOS DE CLINICA PERIFERICA PADIERNA CONTRERAS.
 POBLACION ADULTA, DATOS SOBRE PERSONAS ATENDIDAS, 1980.

| GRUPOS EDAD | TOTALES | | | PERDIDOS | | | OBTURADOS | | | CARIES | | |
|----------------|---------|-----|-------|----------|------|-------|-----------|-----|-------|--------|------|-------|
| | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL |
| 10-19 | 39 | 74 | 113 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 0.9 | 1.8 | 1.5 | 8.3 | 12.1 | 9.5 |
| 20-29 | 24 | 75 | 99 | 0.7 | 2.3 | 1.9 | 2 | 2.7 | 2.5 | 9.1 | 10.1 | 9.7 |
| 30-39 | 14 | 58 | 72 | 3.3 | 3.2 | 3.2 | 1.6 | 2.1 | 2 | 8.6 | 8.2 | 8.3 |
| 40-49 | 12 | 25 | 37 | 4.5 | 5.9 | 5.5 | 1.2 | 1.4 | 1.3 | 15 | 8.6 | 10.6 |
| 50-59 | 9 | 10 | 19 | 3.9 | 12.7 | 8.5 | 0.9 | 2.4 | 1.7 | 13.8 | 10.8 | 12.2 |
| 60-69 | 2 | 8 | 10 | 3.0 | 13.9 | 11.7 | 1.5 | 2.0 | 1.9 | 9.5 | 5.9 | 6.6 |
| + 70 | 3 | 6 | 9 | 18.7 | 13.0 | 14.9 | 0 | 2.8 | 1.9 | 2.3 | 1.7 | 1.9 |
| TOTAL | 9.6 | 9.1 | 9.3 | 2.6 | 3.4 | 3.1 | 2.6 | 2.1 | 1.9 | 9.6 | 9.1 | 9.3 |

TABLA 3. GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS
DENTARIOS CARIADOS
SEXO MASCULINO .

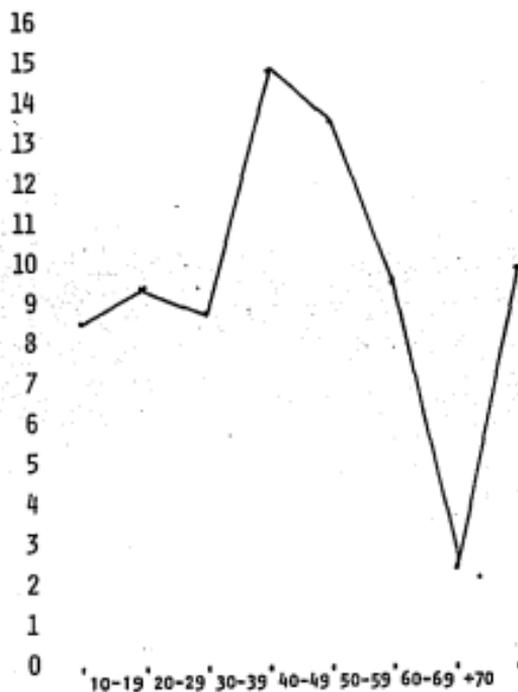


TABLA 4. GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS
DENTARIOS CARIADOS
SEXO FEMENINO .

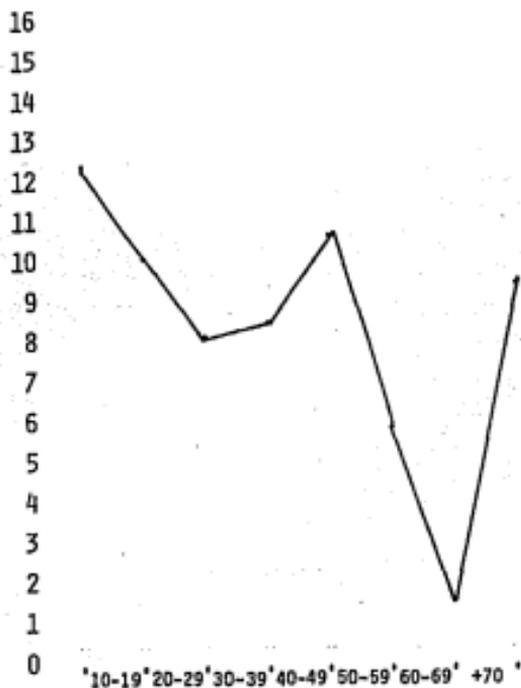


TABLA 5. GRAFICA REPRESENTATIVA DE ELEMENTOS
DENTARIOS PERDIDOS,
SEXO MASCULINO .

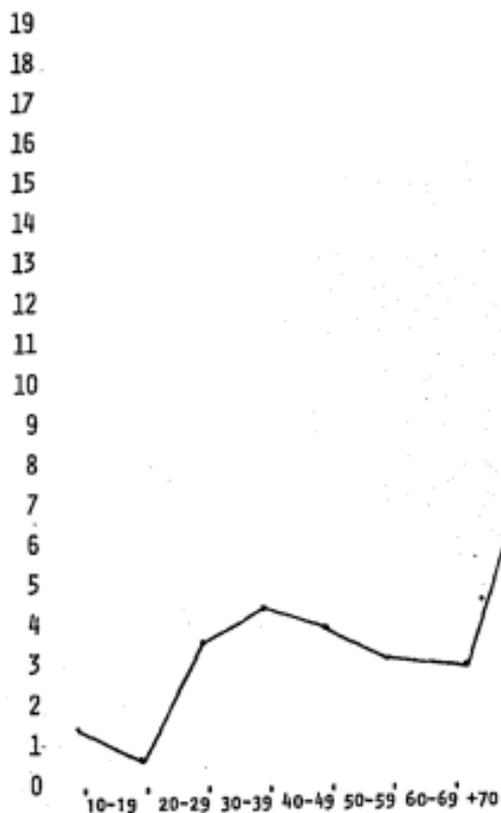


TABLA 6. GRAFICA REPRESENTATIVA DE ELEMENTOS
DENTARIOS PERDIDOS.
SEXO FEMENINO .

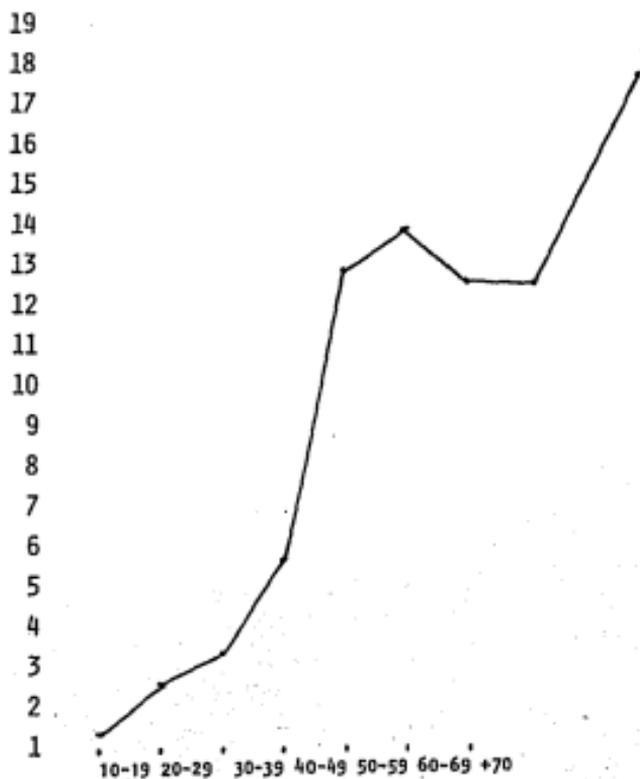


TABLA 7. GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS
DENTARIOS OBTURADOS
SEXO MASCULINO.

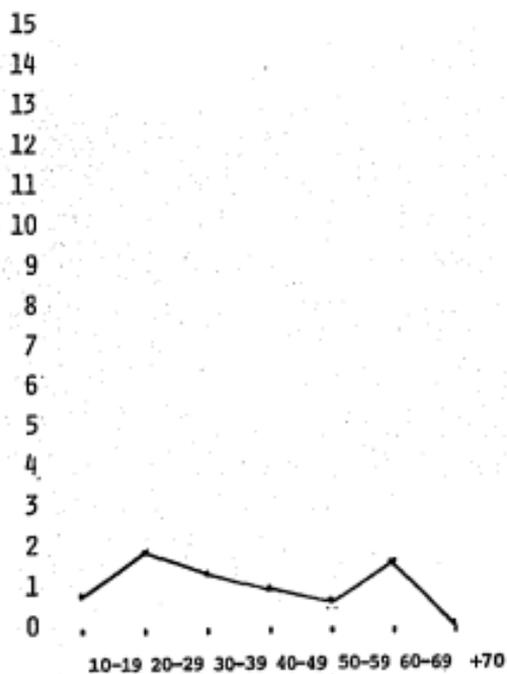
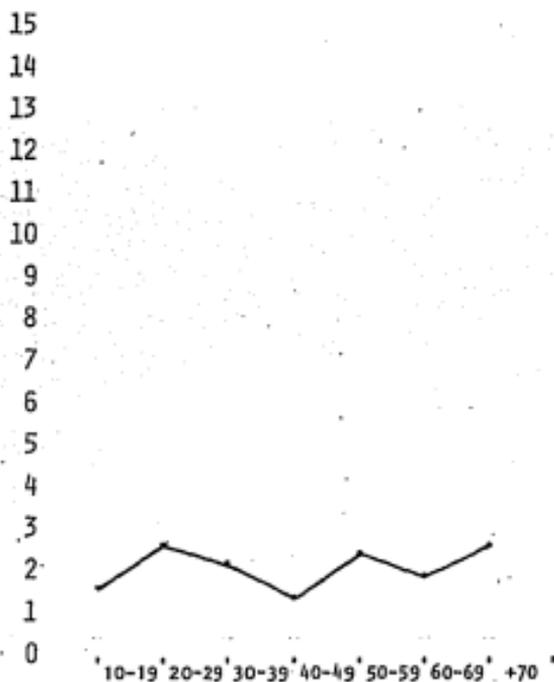


TABLA 8. GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS ELEMENTOS
DENTARIOS OBTURADOS.
SEXO FEMENINO .



RESULTADOS DE LAS GRAFICAS

Como parte esencial de cualquier plan de salud, es indispensable conocer el universo de trabajo en este caso representado por un muestreo realizado en la población de la clínica periférica Contreras - Padierna como experiencia de campo en el transcurso de la Maestría .

A continuación se explican las gráficas .

Gráfica No. 1 . Datos de la clínica periférica Contreras - Padierna de personas atendidas. Población Adulta . 1980 .

En esta Tabla se representa la totalidad de los pacientes examinados, distribuidos por edad de 0 a más de 70 años, y se examinó elementos dentarios cariados, perdidos y obturados. En esta Tabla se puede estudiar varias inferencias - como ejemplo, que el mayor índice de caries se da en el - sexo femenino a la edad de 10 a 19 años .

Gráfica No. 2 . Datos de clínica periférica Contreras - Padierna. Población Adulta. Datos sobre personas atendidas . 1980 .

En esta Tabla se determino en base a los datos de la Tabla No. 1, el índice C.P.O. del cual podemos inferir por ejemplo que el mayor número de personas con elementos perdidos se presenta en el sexo masculino con más de 70 años .

Gráfica No. 3 . Gráfica representativa de los elementos dentarios cariados . Sexo masculino .

En la representación gráfica de la Tabla No. 2 donde se infiere que el mayor índice de caries del sexo masculino se presenta entre los 40 a 49 años .

Gráfica No. 4. Gráfica representativa de los elementos dentarios cariados . Sexo femenino .

Es la representación gráfica de la Tabla No. 2 donde se infiere que el mayor índice de caries en el sexo femenino se presenta entre los 10 a 19 años .

Gráfica No. 5 . Gráfica representativa de elementos dentarios perdidos . Sexo Masculino .

Es la representación gráfica de la Tabla No.2, donde se infiere que el mayor índice de elementos dentarios perdidos en el sexo masculino se presenta a más de 70 años.

Gráfica No. 6 . Gráfica representativa de elementos dentarios perdidos . Sexo femenino .

Es la representación gráfica de la Tabla No. 2 en donde se infiere que el mayor índice de elementos dentarios - perdidos en el sexo femenino se presenta a más de 70 - años .

Gráfica No. 7 . Gráfica representativa de los elementos dentarios obturados. Sexo masculino .

Es la representación gráfica de la Tabla No. 2 en donde se infiere que la mayor cantidad de elementos dentarios obturados en el sexo masculino se presenta a la edad de 20 a 29 años .

Gráfica No. 8. Gráfica representativa de los elementos dentarios obturados . Sexo Femenino .

Es la representación gráfica de la tabla No. 2 de donde se infiere que la mayor cantidad de elementos dentarios obturados en el sexo femenino se presenta a la edad de 20 a 29 años .

CONCLUSIONES

Según estudios realizados por la SSA, IMSS, ISSSTE, Etc., se puede determinar que las afecciones bucales más frecuentes en el territorio nacional, son las caries y - las parodontopatías, aunándose las maloclusiones, tercer problema de la odontología sanitaria. Estos padecimientos tratados oportuna y adecuadamente, pueden controlarse y - prevenirse en un porcentaje estadístico significativo, dado que existen medidas para ello .

Diversos estudios epidemiológicos aislados llevados a cabo en el País, demuestran que a los 7 años de edad el individuo presenta ya un promedio de 1.48 de dientes lesionados por caries; este número aumenta año con año, - afectando a los 14 años de edad a un 25% aproximadamente del total de los dientes. A partir de la segunda década de vida, las parodontopatías se hacen más frecuentes, siendo causa predominante de pérdida de elementos dentarios .

Estas afecciones son gradualmente progresivas a lo largo de la vida, constituyendo uno de los mayores riesgos para la salud bucal y con serias repercusiones en la salud general .

Por estadísticas realizadas en los distintos servicios asistenciales que poseen atención odontológica, se - sabe que la demanda por parte de los pacientes por padecimientos bucales ocupa el 4o. lugar; el motivo principal - de las molestias, se atribuyen a caries dental y padecimientos periodontales .

De lo antes expuesto, se deriva la necesidad de que en todo programa de salud pública odontológica, se intensificarán las acciones preventivas. Aunque no se cuente con una medida de prevención específica que permita la formación de anticuerpos, existen otras que usadas a edad temprana y en forma continua, aportan resultados satisfactorios, a un costo accesible, destacando entre éstas el uso de ión de fluoruro en diferentes vehículos, la utilización de materiales sellantes en fosas y fisuras, control de placa dentobacteriana, Etc. .

RESUMEN

Desde el punto de vista de la Salud Pública, el paciente es la comunidad entera, la cual se diagnostica con la encuesta, el censo o el relevamiento epidemiológico, los cuales se analizan en base a los resultados obtenidos, se diseña un programa para solucionar las necesidades detectadas .

El saber diseñar programas de salud pública es fundamental para el desempeño en cualquier cargo administrativo por la responsabilidad que ello amerita .

SUMMARY

Since the point of sight of the Public Health, the patient is the entire community, which is diagnosing with the search, the census or the epidemiologic reliefement, which are analysing in base of the results obtained, a program is designning to settle the necessities that are situated.

To know desingn programs of public health is very important to the performance in any administrative employment by the responsibility that it involves .

BIBLIOGRAFIA

1. Reyes Ponce, A. - Administración de Empresas. Editorial Límusa, 1980 . Pag. 163 -186
2. Ander Egg, E. - Desarrollo de la Comunidad. Editorial El Ateneo . 1980 .Pag. 17-24-74-75
3. Murray Ross .- Desarrollo de la Comunidad . Editorial El Ateneo . 1980 . Pag. 61 - 63
4. Marchioni, M. - Desarrollo de la Comunidad . Editorial El Ateneo . 1980 . Pag. 61 - 63
5. Ware, C. - Desarrollo de la Comunidad . Editorial El Ateneo. 1980 . Pag. 61 - 63
6. Soberón Acevedo, G. - Cuadernos de la Coordinación de los Servicios de Salud . 1981 . Pag. 14-17-20-29
7. Fredd, Y.R. - Journal of Public Health Dentistry- No. 40/1980 . Pag. 39-46
8. Mathias, R.E. - Journal of Public Health Dentistry. No. 40/1980 . Pag. 39-46
9. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos. Organización de Servicios de Higiene Dental. No. 298 . 1965 . Pag. 5-33
10. Allukian, M. - Journal of Public Health Dentistry. No. 41, 1981 . Pag. 98-102
11. Leavell H.R., y Clark, E.G. - Preventive Medicine for the doctor in his community. . 2th. Edition Blackinston, New York. 1958 . Pag. 13-39

CURRICULUM VITAE

NOMBRE : JOSE ANTONIO GARCIA CONTRERAS

EDAD : 36 AROS

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : MEXICALI, BAJA CALIFORNIA
6 DE ABRIL DE 1946 .

PADRES : ANGELINA CONTRERAS SANCHEZ
ANTONIO GARCIA CARMONA

DIRECCION : LA SIRENA No. 43, COL. GUADALUPE
INSURGENTES
MEXICO 14, D.F.

TELEFONO : 5 77 56 27

ESTUDIOS REALIZADOS : PROFESOR NORMALISTA DE EDUCACION
FISICA.

CIRUJANO DENTISTA