

004647
2ej

**ANALISIS SOCIOLOGICO DE LA SITUACION ACTUAL
DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA EN MEXICO**

Tesis que para obtener el grado de
Maestra en Sociología presenta

C.D. Martha E. Mandujano Valdéz
Profesor Titular y Becario de la
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Asesor: Dr. Raúl Rojas Soriano

División de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Universidad Nacional Autónoma de México

Enero 1990

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | pág. |
|--|------|
| Introducción | 2 |
| Objetivos | 3 |
| Planteamiento del problema | 4 |
| Marco teórico y conceptual | 7 |
| Formulación de hipótesis | 12 |
| Capítulo I..... | 15 |
| Morbilidad oral y contexto socioeconómico y cultural | |
| Capítulo II..... | 22 |
| Políticas de atención a la salud | |
| Capítulo III..... | 40 |
| Formación de recursos en Estomatología | |
| Capítulo IV | 51 |
| Cobertura de servicios odontológicos Práctica privada Institucional, Medicinas paralelas, Modelos de Servicio Docencia. | |
| Capítulo V..... | 69 |
| Alternativas e innovaciones odontológicas | |
| Conclusiones | 83 |
| Bibliografía | 87 |

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

La atención odontológica se encuentra comprendida dentro del modelo médico vigente, ya que aunque con algunas particularidades se ocupa de las acciones tendientes a la conservación y/o restitución de la salud oral.

Dentro de este modelo médico, la atención odontológica no aparece como prioritaria, ya que responde a diferentes objetivos, por ello no cubre las necesidades reales de atención de la población.

Producto de estas observaciones así como de la experiencia y el conocimiento de la práctica docente y de investigación en esta disciplina, es que ha surgido la inquietud de caracterizar la situación actual de la problemática de la atención odontológica en México.

Esta caracterización y descripción contempla la ubicación del problema en el contexto económico, político y social, identificando las principales variables que operan en su desarrollo y determinación.

En la práctica odontológica se incluyen todas las acciones que se orientan a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades bucodentales dirigidas a individuos y comunidades. Todas estas acciones se organizan en diferentes modelos de servicio.

Los elementos centrales de estos modelos se encuentran en los intereses fundamentales de las clases dominantes en las diferentes sociedades. No siempre estas características de los modelos de práctica profesional son apreciables con facilidad, ya que están enmascarados por otros elementos de la práctica y por la acción de las mismas clases dominantes, que pretenden hacer creer que sus propios objetivos se identifican con los objetivos de toda la sociedad.

La práctica odontológica se ha analizado de diversas maneras casi siempre con carácter meramente descriptivo. Así, se detectan carencias y contradicciones a partir de las cuales se desarrollan políticas que pretenden atacarlas y mejorar

los modelos profesionales de servicio. Todos estos elementos deben analizarse como una respuesta social en toda su complejidad y no como una relación lineal de causa efecto.

En términos generales, la patología bucodental es de muy alta frecuencia y trascendencia ya que son enfermedades que dejan secuela localmente y significan un foco infeccioso crónico, sobre todo la caries dental y las enfermedades de sostén del diente.

Las medidas preventivas conocidas hasta hoy son relativamente sencillas de aplicar y han demostrado en otros países su efectividad, por lo que parece inexplicable que no estén incorporadas de manera permanente en el esquema de atención a la salud vigente en el país: por lo tanto, la morbilidad bucodental lejos de disminuir como un problema de salud pública muestra una tendencia al aumento.

Esta situación es la que actualmente prevalece en el modelo profesional de la práctica odontológica, por lo que los objetivos del presente trabajo son:

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Caracterizar la práctica odontológica en México para definir su problemática.
- 2.- Identificar y ponderar las variables socioeconómicas y políticas que intervienen en la determinación de los diferentes modelos de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Caracterizar en cuanto a magnitud y trascendencia las principales enfermedades bucodentales (necesidades reales de atención).
- 2.- Caracterizar la demanda de atención de la población (necesidades sentidas de atención).
- 3.- Identificar y caracterizar la oferta de servicios odontológicos a través de la descripción de la práctica privada, asistencial, de instituciones educativas y prácticas paralelas.

- 4.- Comparar los diferentes modelos de atención en relación a:
Cobertura de servicios; enfoque de la práctica; tipo de acciones;
impacto en la población, forma de organización profesional y
utilización de tecnología e insumos.
- 5.- Contrastar los rasgos esenciales en la formación del cirujano
dentista con las necesidades de atención.

La metodología en el presente estudio consiste en el análisis de las características fundamentales de la práctica profesional, así como detectar los intereses en que se basa la organización del modelo de servicio actualmente dominante, para de ahí establecer sus conexiones con las estructuras básicas de la sociedad mexicana, en sus aspectos económicos, políticos, sociales y culturales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque la práctica odontológica tiene antecedentes históricos muy remotos, lo cierto es que los elementos caracterizadores de la misma práctica se encuentran ya definidos hasta mediados del siglo XIX, y como práctica profesional formalmente reconocida, hasta principios del siglo XX, en que se funda el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental en 1904.

Es decir, en México la práctica profesional formalmente reconocida por el Estado, data de hace 84 años. En este tiempo la odontología se ha desarrollado en todos los ámbitos, tanto en el área educativa, asistencial, científica y tecnológica.

La práctica odontológica en la actualidad se identifica como una práctica profesional independiente, esto obedece al hecho de ser una disciplina autónoma que se estudia en el sistema de educación superior. Aunque su objeto de estudio es parte integral de un todo indivisible como lo es el individuo, no se contempla como una especialidad ni se incluye en el estudio de la medicina general.

Sin embargo, hay contradicciones evidentes que expresan la crisis actual del modelo de práctica, como es el hecho de su escasa cobertura de servicios, que se ha admitido que es de aproximadamente el 5% de la población. Además, la práctica

diferencia claramente sus componentes y actividades de acuerdo a las características de la población que atiende.

Estos dos elementos, la escasa cobertura y la diferenciación clasista del modelo de práctica, configuran el problema fundamental que debe ser explicado para encontrar los elementos contradictorios básicos de la práctica odontológica, que posibilite, como un paso subsecuente, encontrar sus vías de superación.

Así pues, el planteamiento general del problema, queda formulado de la siguiente manera:

¿Cuáles elementos de la estructura de la sociedad mexicana determinan que la práctica odontológica en sus componentes fundamentales sólo llegue a la clase social dominante y algunos sectores medios de la sociedad mientras que el acceso relativamente generalizado de la población a la práctica odontológica, se refiere de manera fundamental a las llamadas urgencias odontológicas, que por sus características requieren de atención inmediata?

Un elemento que enmascara los elementos determinantes del problema, se expresa en término de necesidades de atención. Es claro que la expresión de estas necesidades está fuertemente influenciado por el aparato ideológico del Estado mexicano, de tal manera que la información existente al respecto muestra las necesidades de atención odontológica de una manera generalizada. Sin embargo, en la jerarquización de dichas necesidades, éstas aparecen en lugares muy secundarios para las clases sociales dominadas de la sociedad. La explicación que se ha dado del fenómeno es la falta de educación y los bajos niveles de ingreso. Es por ello que la respuesta se ha caracterizado más bien con un intento de incremento de la productividad así como el énfasis en las medidas educativas, ambas medidas permiten abatir los costos y ampliar la cobertura.

Todos estos elementos se concretan en las siguientes preguntas de investigación.

- 1.- ¿Cuál es la función social de la práctica odontológica en la situación actual?
- 2.- ¿Qué variables socioeconómicas y culturales determinan las necesidades

reales de atención y su expresión (demanda)?.

- 3.- ¿Cuáles son las características de la oferta de servicios para cubrir estas necesidades y qué variables la determinan?
- 4.- ¿Qué perspectivas de desarrollo tiene la práctica odontológica en estas condiciones?

Para analizar esta problemáticas, habrá que ubicar este estudio en tiempo y espacio contextualizándolo socialmente, ya que para caracterizar y entender los modelos de atención vigentes, es necesario hacerlo en el marco de las relaciones socioeconómicas y de las políticas educativas y de salud del Estado.

Los modelos a estudiar a través de los cuales se caracteriza la oferta de servicios odontológicos son:

- La práctica privada o ejercicio liberal de la profesión, que es la práctica dominante.
- La práctica institucional o asistencial en sus diferentes variantes cuya diferencia esencial con la primera, es su determinación, planeación y operación a cargo del Estado, en la llamada red asistencial del Sector Salud.
- Los modelos de servicio de instituciones educativas, ya que aportan elementos de análisis alrededor de la misma práctica, como modelo de servicio que sustenta la docencia.
- Otra modalidad de la práctica que se identifica son las llamadas prácticas paralelas que, aunque dispersas, han venido demostrando cierto grado de eficiencia a través de la historia.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

El modelo de servicio odontológico en México se encuentra enmarcado y determinado en última instancia por las características centrales de la formación económico-social que en nuestro país asume formas extraordinariamente complejas, aunque en ella domine en forma clara el modelo de producción capitalista periférico y dependiente.

El enorme peso que tienen en México las formas precapitalistas de producción que vienen desde el modelo despótico tributario (también conocido como modelo de producción asiático) de la mesoamérica prehispánica, que a través de un complejo y accidentado proceso que pasa por la conquista, colonia, independencia, reforma y revolución de 1910 configuran a la sociedad mexicana actual, en donde el peso específico del Estado mexicano interventor y desarrollado, compensa de alguna manera el precario equilibrio existente entre las clases fundamentales de la sociedad.

A este respecto Sergio de la Peña anota en su texto El modo de producción capitalista (p.p. 15-16) lo siguiente: "... en el caso de los países donde se implantó el capitalismo tardíamente se observa que éste surge en diversas formas: Una primera forma consiste en la adecuación de modos anteriores a través de conquistas, colonización y desarrollo de las fuerzas productivas según relaciones de producción que resultan de la fusión de las que son características en el país conquistador y las locales del país conquistado".

Asimismo afirma que "... todos los países capitalistas subdesarrollados actuales comparten la historia de su implantación tardía, que siendo distinto en cada país es fundamental en el desarrollo posterior".

En relación a la denominación de subdesarrollo aclara que no es distintivo de otros países de capitalismo tardío pero si a los que se encuentran en un atraso relativo, y que se han utilizado otros términos para denominar genéricamente a los países de capitalismo tardío subdesarrollado. Tal es el caso de los términos de países neocoloniales, periféricos, marginales y dependientes (p.19)

Menciona también que el subdesarrollo forma parte del sistema global que opera según el modo de producción capitalista mundial. No es un modo de producción diferente, sin embargo, las diferencias entre sociedades desarrolladas y subdesarrolladas son suficientemente grandes y características para justificar la distinción con una denominación específica. Inclusive es posible que existan algunas leyes que le sean propias en lo que se refiere a funciones, estructura y relaciones secundarias, pero el carácter central capitalista (explotación, contradicciones fundamentales, formas de acumulación etc.) de lo determinante y lo que imprime el carácter capitalista a estas sociedades.

Alonso Aguilar en su libro Dialéctica de la Economía Mexicana, en el capítulo el capitalismo del subdesarrollo, hace un análisis de la economía mexicana colonial, en la Independencia y la Reforma, y termina el mencionado capítulo resumiendo que ...aún después de consumada la reforma, el desarrollo económico de México fue pobre y desigual, no porque la estructura económica fuese precapitalista sino porque nuestro capitalismo, el de México y el de toda América Latina, fue un agente histórico incapaz de impulsar el rápido crecimiento de las fuerzas productivas.

"En ausencia de una industria propia, sobre todo de bienes de producción el subempleo de los recursos sería crónico y tanto la tasa de inversión como la relación capital producto serían desfavorables, pues aún en las cortas etapas en que el monto del excedente fue más satisfactorio, las clases dominantes desperdiciaron una buena parte del mismo, los países de los cuales se dependía reclamaron otra no menor y las constantes luchas internas, en las que se expresaba la competencia por el poder entre las clases dominantes y el descontento frente al atraso, la explotación y la dependencia contribuyeron incluso a la destrucción de buena parte del capital nacional". (p.109)

Alonso Aguilar a su vez cita un pasaje de Paul Baran que considera es aplicable a México (Economía política del crecimiento. México 1967 p.204)... "En la mayoría de los países subdesarrollados, el capitalismo tuvo una carrera particularmente torcida. Habiendo pasado por todos los dolores y frustraciones de la infancia, nunca experimentó el vigor y la exuberancia de la juventud y comenzó a mostrar, prematuramente, todos los rasgos penosos de la senilidad y de la decadencia. Al peso muerto del estancamiento que caracterizó a la sociedad preindustrial se sumó todo el impacto restrictivo del capitalismo

monopolista".

Jorge Carrión y el mismo Alonso Aguilar en su libro La burguesía la oligarquía y el Estado (México, 1972, p. 159, 166) en relación al cuestionamiento ¿Economía mixta o capitalista de Estado?, menciona que es preciso tener presentes los rasgos principales que caracterizan el desarrollo del capitalismo mexicano en los últimos decenios ya que esta dinámica influye entre otras cosas en la conformación de la clase dominante y por ende, de la oligarquía, así como en la naturaleza y función del Estado.

Al respecto mencionan que "el Capitalismo Mexicano es anterior a la Revolución y a la Constitución de 1917. Desde mucho tiempo atrás empieza a forjarse en el seno de una economía mercantil en la que, en parte a consecuencia de un largo régimen colonial, el proceso de disolución de las relaciones precapitalistas y el tránsito hacia el capitalismo se alarga más que en otros países".

Asimismo, afirman que desde antes de la Revolución el Estado había empezado a intervenir en diversas ramas de la economía y es desde la Constitución de 1917 que puede apreciarse que el rol del Estado sera diferente, empezará a intervenir en la economía como nunca antes. Lo que de ahí emerge es a su juicio "... no una economía mixta sino un capitalismo de Estado, un régimen que si bien no tiene, en efecto, como único signo el lucro - aunque sí, desde luego, como uno de los principales -, lo que sigue siendo su principal característica es que descansa en la explotación del trabajo asalariado".

No es el objetivo de este trabajo analizar las características de la sociedad mexicana, que como se ve, por su complejidad, ha sido un factor de intensa polémica entre los teóricos que se han abocado a su análisis; Y que, a partir de la crisis actual encuentran cada vez más puntos de convergencia, sobre todo a partir de que el modelo de desarrollo entra en una crisis definitiva que obliga a los sectores dirigentes a implementar una política de franco desmantelamiento del Estado mexicano, dentro de lo que se ha llamado modelo "neoliberal" para el desarrollo del capitalismo en México.

Tampoco es el caso desarrollar el complejo sistema de mediaciones a través del cual la formación económico-social mexicana confiere características específicas al modelo médico vigente en nuestro país, que si bien concuerda en lo esencial con los intereses de la clase capitalista, tiene notables peculiaridades que han sido objeto también del análisis de teóricos que se han dedicado a este campo de la sociedad mexicana.

En este sentido cabría señalar lo que Rojas Soriano apunta en su libro Sociología Médica (1983, p. 23):

"Un planteamiento expuesto hace más de un siglo por los fundadores del Marxismo ha vuelto a cobrar plena vigencia en los últimos años, precisamente cuando las contradicciones del sistema capitalista lo han llevado a una profunda crisis que amenaza su propia existencia".

Asimismo al referirse al campo de la salud afirma:

"Las consecuencias del desarrollo capitalista se manifiestan en forma concreta en la salud de los grupos sociales que componen a las distintas sociedades históricamente determinadas"

Un elemento que es necesario señalar es que para el caso del modelo de servicio odontológico es notorio que por las peculiaridades que tiene la sociedad mexicana, cabría esperar una participación decisiva del Estado mexicano dentro del modelo de servicio como ocurre en lo general dentro del modelo médico. Pero ello no es el caso ya que el dominio franco e importante de la práctica privada en el modelo de servicio, contradice esta suposición.

Con todos estos elementos se observa que la crisis del sistema capitalista de producción que es particularmente notoria a partir de la segunda mitad de la década de los sesentas, se expresa de manera muy acentuada en el modelo médico, como es el caso del objetivo de la Organización Mundial de la Salud, de Salud para todos en el año 2000 "; y, la estrategia de la llamada Atención Primaria que aunque poco definida, pretende un cambio esencial en el modelo médico.

En estas condiciones se intenta generar un aumento sustancial en la

infraestructura en salud, no sólo con el aumento de los recursos sino con instrumentos que pretenden planificar de manera integrada las acciones en salud, con el Plan Global de desarrollo de donde se desprende el Plan Nacional de Salud y orientan al servicio hacia el primer nivel de atención y medicina comunitaria. Para ello, de manera paralela se impulsa y amplía la educación superior en el marco de la reforma educativa.

La política económica de contracción del gasto público aplicada a partir de 1982, se manifiesta fuertemente en el sector salud con su contracción real.

Este fenómeno coincide con el egreso e intento de inserción en el mercado de trabajo de las generaciones "monstruo" de profesionales de la salud, médicos y odontólogos principalmente. Las instituciones, aunque había experimentado un crecimiento, ya no tienen capacidad de absorberlos. En el caso del odontólogo que aspira a la práctica privada se encuentra con un mercado saturado ya en el porcentaje de la población que puede pagar el servicio con una depauperización progresiva del resto de la población y con un mercado de equipo e insumos fuertemente encarecidos.

Con los elementos hasta aquí expuestos se abordan algunos aspectos teóricos que deben considerarse para plantear las características de la morbilidad oral, así como las formas a través de las cuales se pretende enfrentar esta problemática (política de atención del sector salud). Además, es importante contemplar en este marco las características en la formación del cirujano dentista, producto entre otras cosas de las políticas educativas en el país.

FORMULACION DE HIPOTESIS

Consideraciones Generales

De acuerdo con las características de la práctica odontológica podemos encontrar un cúmulo de actividades de muy diversa índole, que tienen como eje organizador el componente estético, la limitación del daño y la rehabilitación. Estas actividades constituyen no sólo el porcentaje mayor de las diferentes actividades de la profesión, sino también las que requieren un nivel tecnológico más desarrollado y de más alto costo. Compartiendo con estos elementos centrales se combinan los criterios de funcionalidad y prevención que, en términos generales, quedan subordinados a los primeros.

Por otra parte, los mismos criterios estéticos, están determinados por las llamadas modas sociales que varían de acuerdo a las exigencias de una sociedad consumista y el predominio de las relaciones sociales existentes. Es decir, los elementos centrales de la práctica son a su vez categorías subordinadas a otras, que en general corresponden a las categorías básicas de la formación económico-social que se sustenta en la obtención de ganancia o de lucro.

Otro componente de la práctica profesional responde a las categorías de productividad y longevidad de la fuerza de trabajo. En el modelo médico vigente estas dos categorías son centrales como ejes organizadores del modelo de servicio. Sin embargo, en el caso de la morbilidad oral su capacidad de interferir de manera clara y evidente en la productividad del sujeto es mínima mientras que su capacidad de ocasionar la muerte, es decir su índice de letalidad, es prácticamente nulo.

Es por ello que en el caso del modelo profesional de la práctica odontológica, el componente afín con la práctica médica es muy nuevo y se refiere a las actividades profesionales de urgencias odontológicas que afectan la capacidad productiva del sujeto y que por lo general, están relacionadas con dolor agudo, así como las que afectan la longevidad del sujeto, que son, complicaciones de algunas enfermedades sistémicas o tumorales.

Este elemento de la práctica (urgencias odontológicas), además de ser el que más claramente se vincula al modelo médico, es el que tiene, por lo mismo, patrones de crecimiento de la cobertura de atención más parecidos al del modelo médico general, mientras que, el componente fundamental de la práctica odontológica sigue patrones de crecimiento de la cobertura muy inferiores.

Por otra parte, la práctica odontológica se desarrolla de manera fundamental a través del modelo de práctica privada, a diferencia del modelo médico donde domina el modelo de práctica estatal. Las instituciones de asistencia médica dependientes directa o indirectamente del Estado, sólo incluyen en sus prácticas el componente de las urgencias odontológicas, y sólo de manera muy limitada, acciones de restauración preventivas y de educación odontológica.

De ahí que los dos rasgos fundamentales de la práctica odontológica en nuestro país son : a) cobertura muy limitada, y b) práctica dominante de atención privada.

La explicación a estas dos características centrales, se formulan en las siguientes dos hipótesis:

1.- Dentro de la formación económico-social mexicana, con un desarrollo económico capitalista dependiente y periférico, la baja cobertura de atención odontológica es consecuencia de que la morbilidad de cavidad oral (a pesar de su magnitud), no corresponde a los intereses del desarrollo social, al no afectar de manera significativa la productividad y la longevidad de la fuerza de trabajo.

2.- A pesar de que el Estado mexicano tiene un modelo claramente intervencionista aún en su proceso actual de contracción, la dominancia de la práctica privada es una clara expresión de que responde a los intereses particulares de la clase dominante y a los de sus sectores más afines, a los que se dirige la cobertura. El Estado sólo responde muy limitadamente a las presiones de los sectores de los trabajadores mejor organizados y más

penetrados por la ideología de la clase dominante, al incluir en su oferta de servicios algunas otras acciones de la práctica odontológica (generalmente los estratos altos de la burocracia estatal).

CAPITULO 1**MORRILIDAD ORAL Y CONTEXTO****SOCIO-ECONOMICO Y CULTURAL**

La información estadística sobre enfermedades bucodentales es escasa y dispersa y aunque se ha contemplado como objetivo un diagnóstico de morbilidad oral, este no ha sido realizado. Fue incluso planteado como política a seguir en la reunión de consulta popular en el año de 1982, con Miguel de la Madrid Hurtado, entonces candidato a la Presidencia de la República.

En el documento de Alma Ata U.R.S.S. (1978), se menciona que los diagnósticos deben establecerse con base en la información producida por los sistemas de registro habituales y/o encuestas periódicas u ocasionales; en odontología no existen estos datos.

En 1983, la dirección de prevención y control de enfermedades bucodentales de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, recopiló los informes de las investigaciones realizadas sobre morbilidad bucal en el período comprendido entre 1972-1982 en 20 estados de la República y Distrito Federal. No se logró estructurar un diagnóstico de morbilidad oral debido a que las investigaciones realizadas fueron aplicadas con diferentes criterios, otras sin personal calibrado (adiestrado con los mismos criterios clínicos) así como otros problemas de metodología.

Según evidencias se considera que la mayor frecuencia de las enfermedades bucodentales corresponde a caries dental, periodontopatías y maloclusiones. Se han considerado principalmente las dos primeras como un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia ya que son enfermedades causadas por microorganismos cuya actividad provoca un proceso infeccioso local y una secuela en los tejidos; además, son focos sépticos sistémicos que se asocian a otro tipo de alteraciones y enfermedades como fiebre reumática, infecciones renales, diabetes, etc.

Las investigaciones muestran que además de su alta incidencia en los países en desarrollo, la prevalencia va en aumento. Por esta razón la caries dental ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud desde 1972 como un motivo de preocupación.

En países en desarrollo se agrava la situación ya que el tratamiento es largo y costoso, por lo que recomienda principalmente la adopción de medidas preventivas como única vía para reducir la magnitud del problema.

La Organización Mundial de la Salud en un informe de un grupo científico, (Serie de informes técnicos de la O.M.S., N° 494, Ginebra 1972), hace una revisión sobre la etiología de caries, fluoruración del agua en las escuelas, tabletas de fluoruros, uso de enjuagatorios y dentríficos a base de fluoruro, aplicación de fluoruros por personal sanitario, elementos para obturación, fosfatos, agentes antimicrobianos, enzimas inmunización, higiene bucal, asesoramiento dietético.

La O.M.S. recomienda la utilización y combinación de estos métodos considerando las circunstancias locales, regionales y nacionales en cuanto a recursos y políticas. Recomienda también la aplicación de fondos financieros de la Organización en los países en desarrollo para la contratación de consultores a los Estados miembros que lo soliciten aunque a la vez, reconoce que "a pesar de la frecuencia de la caries dental, de sus efectos nocivos para la salud y de los gastos considerables que entrañan el tratamiento y las faltas de asistencia a escuelas y empresas industriales, son escasos los fondos que se destinan a la investigación en este sector".

Otro grupo de enfermedades que afectan los tejidos de sostén del diente y significan un proceso inflamatorio y/o infeccioso, nocivo para dichos tejidos y con posibles repercusiones sistemáticas son las periodontopatías (enfermedades de los tejidos de sostén del diente), las cuales han sido consideradas también por la Organización Mundial de la Salud como una dolencia que aparece en todos los países con prevalencia entre moderada y alta, acarrea pérdidas importantes de dientes. A pesar de ello, se señala que rara vez se ha puesto en práctica la prevención en gran escala. Las periodontopatías también figuran entre las afecciones más comunes del género humano.

La gingivitis (inflamación de las encías), afecta a más del 80% de los niños de corta edad, casi toda la población adulta ha padecido gingivitis y periodontitis (proceso inflamatorio que afecta el resto de los tejidos de sostén del diente, ligamento parodontal y hueso). Las lesiones provocadas por las periodontopatías en las estructuras de sostén del diente durante los primeros años de la edad adulta, son irreparables y en la edad madura la enfermedad destruye gran parte de la dentadura natural y priva a muchas personas de todos sus dientes mucho antes de la vejez.

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varían en función de factores geográficos, sociales, locales y generales así como de los hábitos.

Los datos reunidos por la O.M.S. en 35 países revelan una prevalencia muy alta (superior al 75%) entre las personas de 35 y 44 años en 7 países; una prevalencia alta (40,75%) en 13 países y una prevalencia moderada (inferior al 40%) en 15 países. (Serie de informes técnicos 621, 1978).

Este grupo científico de la O.M.S. también considera que como ocurre con otras enfermedades crónicas indoloras, existen complejas barreras psicosociales que dificultan la demanda, la aplicación y el mantenimiento de cuidados preventivos. Recomienda de cualquier forma la reorientación de los servicios públicos hacia la prevención.

Se ha considerado que en México se estima que de los 25 años en adelante cuando menos una de cada 3 personas requiere algún tipo de tratamiento parodontal (atención clínica y/o quirúrgica de las encías, raíces dentarias, tejido óseo y ligamentos del órgano dentario).

Los estudios que en México se han hecho, así como las estimaciones que se hacen en declaraciones de funcionarios arrojan cifras alarmantes realmente en cuanto a la frecuencia de estas enfermedades. Así se acepta que alrededor del 90% de los niños padecen caries dental, y que en esta misma población infantil significa el 45% del total de las enfermedades que padecen.

En declaraciones formuladas desde la jefatura de la unidad de odontología del I.M.S.S., se afirma que el 98% de la población padece caries y el 68% enfermedades de las encías, así como el 50% padece alteraciones en el aparato masticatorio. Estos datos están contenidos en el Diagnóstico de Salud Bucal elaborado por la Jefatura de servicios de medicina familiar de la Subdirección General Médica del I.M.S.S. en 1984. Se estudia el 0.13 del total de la población derechohabiente, usuarios de las unidades de medicina familiar del Régimen ordinario del I.M.S.S.

En este estudio consideran a la caries dental dentro de las tres enfermedades de mayor morbilidad observando también que el mayor daño lo

registra el grupo de 6 años (p.11-12). En el caso de la enfermedad parodontal el mayor daño se encontró en el grupo de 45 a 49 años.

Estos datos de porcentajes de la población que padece enfermedades bucodentales seguramente se manejan tanto de la observación empírica del fenómeno así como basadas en algunas otras investigaciones específicas que se han hecho. Estos datos aunque metodológicamente no pueden ser generalizados a toda la población, sí dan una aproximación bastante objetiva del fenómeno. Entre estos estudios realizados se encuentran los siguientes:

Estudio de morbilidad dental en escolares del Distrito Federal, realizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la Dirección General de Estomatología. Escarza concluye que en 1980, el 92.5% de escolares de 6 años de edad padece caries y a los 14 años el porcentaje se elevó al 98%.

Estudios de incidencia de caries en escolares de la zona sur del Distrito Federal, entre 5 y 16 años donde Sánchez L. encontró que el 86.2% han padecido caries dental con un promedio de 3.9 dientes afectados. (Práctica odontológica Vol. 8 N°2, 1987).

En una muestra de niños de 2 a 5 años (dentadura temporal), se encontró un 77,6% de niños con lesiones cariosas, se aclara que afectó igual a ambos sexos y aumenta conforme avanza la edad (Práctica odontológica Vol. 8 N°8, 1987).

En estos estudios las variables consideradas son edad y sexo principalmente y en algunos casos, lugar de residencia o escuela: no existen demasiadas referencias en relación a variables socioeconómicas que puedan mostrar la correlación entre estrato socioeconómico y caries dental, aunque a dicho padecimiento se le ha reconocido como multifactorial y entre las variables determinantes se mencionan algunas socioeconómicas como nivel cultural, educación, hábitos, etc.

Un estudio piloto que puede mostrar una aproximación en este sentido es el realizado en la Delegación Xochimilco en población abierta, que sobre una encuesta de indicadores socioeconómicos de la población, más los elementos que aporta la técnica de fotointerpretación, lo divide en zonas: residencial, media, popular y precaria.

En la zona precaria se encontró un 99.9% de la población afectada por caries, en la zona media 89.4% en la zona popular el 85.3% (Investigación realizada en el Módulo Salud Bucal, U.A.M.-X, 1988, Mandujano M.)

Sería interesante profundizar en el estudio de caries bajo este esquema ya que además de tener una prevalencia tan alta, parecería que si hay determinantes socioeconómicos que marcan diferencias significativas.

Ante esta problemática, se ha demandado la participación activa de los cirujanos dentistas en los programas nacionales. A la vez, los cuerpos colegiados de estos profesionistas han manifestado en reuniones de asociaciones dentales privadas, la intención de colaborar con la Secretaría de Salud para formular y llevar a cabo programas de atención bucal. Pronunciamientos que no han llevado a realizarse, ya que estos cuerpos colegiados y asociaciones reúnen a los profesionales que ejercen básicamente en la práctica privada cuyas acciones son individuales y clínicas. La promoción y educación para la salud son acciones dirigidas a grupos y comunidades y en la práctica privada no pueden ser remuneradas.

Por otro lado se ha mencionado la necesidad de invitar al público a no descuidar su salud; haciendo uso de espacios publicitarios, argumentando que la población considera que son servicios "aparentemente" no básicos para su bienestar. Así se han considerado como aspectos fundamentales para la formulación de planes nacionales de salud dental que atienden esta problemática: la baja prioridad de la comunidad hacia sus problemas dentales; la inadecuada distribución odontólogo-población; carencia de técnicos auxiliares; rechazo de la profesión a la reestructuración de su mano de obra y como uno más de los factores la incapacidad de pago de servicios.

Contradictoriamente a estas opiniones e ideas se fomenta de manera masiva, entre otras cosas, el consumo de productos de azúcares refinados, que es sabido tienen una determinación fundamental en el proceso carioso.

Así se pueden identificar una serie de variables socioeconómicas y culturales que determinan que la población, lejos de evitar aquellos hábitos y prácticas que deterioran la salud bucal como lo es la inadecuada higiene bucal, consumo de azúcares refinados, la falta de revisión periódica y atención oportuna, incorpora

estas variables de manera cada vez más común.

Por otro lado, están las características de la atención odontológica de escasa cobertura y poco preventiva, ya que la práctica privada es la dominante y se rige por las leyes de oferta y demanda.

Este panorama, en lugar de mostrar una tendencia a cubrir cuantitativa y cualitativamente las necesidades de la población, las hace acumulativas y sin perspectivas de ser superadas ya que son características que adquiere el modelo de atención odontológica en un país capitalista cuyos objetivos son el mantenimiento de la fuerza de trabajo en los niveles mínimos para no interferir en el proceso productivo.

CAPITULO 11

**POLITICAS DE ATENCION
A LA SALUD**

Al considerar a la práctica odontológica dentro del modelo de atención a la salud vigente en el país, será necesario renasar de manera general el marco legal y las políticas de atención que intentan darle forma a dicho modelo. A partir de ahí, podrían explicarse algunas características del modelo de atención a la salud en general y de la práctica odontológica en particular.

El elevar a rango constitucional el derecho a la salud, es un hecho en torno al cual se toman una serie de medidas que se traducen en todo un marco legal y estrategia de reorganización del llamado sector salud.

Se publica como decreto en el Diario Oficial de la Nación el 3 de febrero de 1983 con un artículo único que se adiciona al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de Salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de ésta Constitución.

En la exposición de motivos correspondiente a la iniciativa de adición al artículo 4º Constitucional, se marcan como logros en materia de salud, el aumento en la expectativa de vida y la disminución de la mortalidad.

Se acepta la cobertura parcial, las variaciones en la calidad de los servicios, manejo dispendioso en algunas áreas, al igual que una operación desarticulada, duplicidades y contradicciones, la no definición clara de un cuadro básico que lleva a rezago la industria farmacéutica nacional y la dependencia exterior.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial el 7 de febrero de 1984, reglamenta el derecho a la protección a la salud y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de Salud, considerados como materia de Salubridad General, así como la atención médica.

A manera de antecedentes a la Ley General de Salud, es necesario repasar una serie de políticas y disposiciones previas a ella que orientan va las acciones

en los servicios de atención médica y odontológica.

En el programa quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982) se incluyen dentro de sus prioridades, objetivos y estrategias, la extensión de cobertura con prioridad a áreas rurales y marginadas. El Sector Salud incluye los servicios para satisfacer las demandas de protección contra daños, riesgos y contingencias que comprometan la vida y el bienestar de los individuos y, define la mortalidad como indicador de mayor precisión; plantea entre sus metas la reducción de la misma.

Entre las metas operativas 1978-1982 en programas y bienes o servicios, en el área odontológica preventiva incluye la aplicación tópica de fluoruro (como unidad de medida 26 000 000 de atenciones).

En la presentación del programa de acción de la coordinación de los servicios de salud (1981-1982), que reúne los compromisos de las principales instituciones de salud y las estrategias de cada uno de los programas se pretende:

- a) Extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población por medio de la definición y operación del Sistema Nacional de Salud.
- b) Establecer los mecanismos necesarios para formular el Plan Sectorial de inversiones y vigilar su cumplimiento.
- c) Realizar el diagnóstico de recursos humanos y;
- d) Definir las acciones para la capacitación de la población en el autocuidado de la salud.

Las acciones de salubridad se definen como acciones orientadas a proteger, fomentar y restaurar la salud colectiva, contempla el control y erradicación de enfermedades transmisibles, vigilancia e investigación epidemiológicas, control de medicamentos, educación para la salud, saneamiento básico, control sanitario y monitoreo ambiental.

Dentro del proceso para la integración de los llamados servicios de salud

se incluye como acción mediata el diagnóstico de salud del país como base para la planeación y toma de decisiones a través de la implementación del sistema de información del sector.

En relación a la atención odontológica, se puede entender que está incluida dentro de la atención médica, aunque no se hace explícito y llama la atención además, que dentro de la relación de enfermedades transmisibles o al desglosar los demás rubros no hay mención ni programa específico al respecto.

En el Plan Global de desarrollo (1980-1982), en el punto 14; Política Social se considera a la acción en el campo de salud como una prioridad de la política gubernamental, toma como indicadores la tasa de mortalidad y la esperanza de vida.

Señala el incremento en la cobertura de sistemas de seguridad social y de salud incluyendo las instituciones privadas. Hace énfasis en la ampliación del primer nivel de atención, evitar duplicidad de funciones y optimizar los recursos existentes.

Plantea como pasos graduales la integración del sector salud para complementar la estrategia se capacita a la población para que participe en actividades preventivas, de saneamiento del medio ambiente y curativas.

Uno de los programas que se derivan de este Plan Global de desarrollo es el programa de atención a la salud a población marginada en grandes urbes (1981).

Se instrumenta a través de atención primaria en unidades a población residente en áreas geográficas delimitadas.

En sus bases programáticas se incluye también las conclusiones de la conferencia internacional sobre atención primaria a la salud de la Organización Mundial de la Salud, Alma Ata U.R.S.S.S., declaraciones V, VI, VII, y VIII y 16 recomendaciones. Este evento en general es retomado como base en todas las acciones que en salud se siguen emprendiendo, dándole suma importancia a la atención primaria como estrategia para el logro de salud para todos en el año 2000.

El programa en áreas marginadas se hace operativo a través de módulos comunitarios de 3 tipos:

- a) 1 consultorio para atender 500 familias ó 3000 habitantes en un turno ó 6000 en 2.
- b) 3 consultorios con capacidad de atención hasta de 18000 habitantes.
- c) 6 consultorios para la atención de 36000 habitantes.

En esta infraestructura solo se contempla 1 módulo de atención primaria de salud bucal (3 estomatólogos y 3 auxiliares), cuyas funciones son definidas de manera muy general: Elaborar programa anual de actividades, trabajar con grupos escolares, proporcionar atención estomatológica, impartición de pláticas educativas, llevar registro de datos clínicos y registro en formatos.

En éste mismo contexto de integración de los servicios del sector salud, se crean subcomités especiales para su estudio en los estados de la República, con el objeto de "armonizar el esfuerzo nacional para proporcionar salud a todo el pueblo de México". Se considera a la salud como una necesidad y un derecho del hombre cuya garantía es un compromiso que sólo el Estado puede aceptar y cumplir con éxito.

En el cuaderno de la coordinación de los servicios de salud, número 3, Presidencia de la República se resalta la importancia de la elaboración de un plan de desarrollo para lograr ampliación de cobertura a toda la población con un esquema de atención por niveles en una estructura de servicios regionalizados y la racionalización y optimización de los recursos humanos financieros y materiales.

Como se mencionó con anterioridad, todos estos elementos pueden ser tomados como antecedentes a la Ley General de Salud que a la fecha concentra y reclama el derecho a la protección a la salud así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

En el contenido de dicha Ley se incluye tanto en artículos como numerales, lo referente al control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de enjuinos médicos, prótesis, ortesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales

quirúrgicos, de curación y productos higiénicos. (artículo 3º número XXII).

En el título tercero, Prestación de los servicios de salud, en el capítulo I, Disposiciones comunes, considera en el número VII del artículo 27, la prevención y control de las enfermedades bucodentales, como servicios básicos de salud para los efectos del derecho a la protección de la misma.

En el capítulo III artículo 34 define a los prestadores de servicios de salud en Servicios Públicos; Servicios a derecho-habientes; Servicios sociales y privados.

Prevee en los servicios públicos cuotas de recuneración (artículo 36) así como la cotización de los derecho-habientes. En los servicios de salud privados prestados por personas físicas o morales, el pago se hará en las condiciones que convengan con los usuarios y sujetos a los ordenamientos legales civiles y mercantiles (artículo 38).

En el caso de la práctica odontológica se entiende que se encuentra sujeta a estos ordenamientos y en lo que se refiere a insumos odontológicos lo define en el artículo 262 punto IV, como todas las substancias o materiales empleados para la atención de la salud dental.

Paralelamente a la Ley General de Salud, el Programa Nacional de Salud (1984-1988), considerado como el instrumento racionalizador y disciplinario del sector público Federal, en el campo de la salud, define a la Secretaría de Salubridad y Asistencia como coordinador del Sector Salud, marcando la importancia de su proceso de modernización administrativa.

En la tercera parte se identifican 13 programas de acción y 4 programas de apoyo. Los 13 proyectos son:

- 1.- Programa de atención médica.
- 2.- Atención materno infantil.
- 3.- Salud mental.
- 4.- Programa de prevención y control de enfermedades.
- 5.- Programa de educación para la salud.
- 6.- Nutrición.

- 7.- Salud ocupacional.
- 8.- Programa contra las adicciones.
- 9.- Programa de salud ambiental.
- 10- Saneamiento básico.
- 11- Control y vigilancia sanitaria
- 12- Planificación familiar
- 13- Asistencia social.

Entre los programas de apoyo se encuentran:

Investigación para la salud, formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, información e insumos para la salud.

En el capítulo X, referente a los programas de acción para la prevención y control de enfermedades, en el punto 10.1.2 Diagnóstico hace referencia a la carencia de información específica de las enfermedades bucodentales, mencionando que no obstante se estima que alrededor de 11 millones de niños en edad escolar presentan cuando menos un diente permanente con historia de caries.

En relación a la tasa de morbilidad de todas las enfermedades aclara que no están incluidos los casos que se atienden en instituciones privadas y médicos particulares, lo que explica la deficiencia en la información así como la dificultad en el seguimiento epidemiológico.

En relación a la morbilidad bucodental en particular, en los tres últimos puntos de 32, incluye la elaboración de un diagnóstico sectorial de salud bucodental, vigilancia epidemiológica de enfermedades bucodentales y realización de acciones estomatológicas de manera sistematizada y periódica para la prevención y control de padecimientos bucodentales.

En el capítulo XI. Programas de acción vinculados con la promoción de la salud, en el punto 11.1.4 Líneas estratégicas de acción, incluye el diseño y desarrollo de acciones educativas de cobertura nacional en todas las materias de salud otorgando prioridad a nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual y planificación familiar.

En el punto 15.2 Programa de formación y desarrollo de recursos humanos, hace

notar la predominancia del enfoque biológico clínico hacia la enfermedad. La formación heteroáénea en las áreas de especialidad no coincidentes con las necesidades de salud de la población y se plantea como objetivo específico en este rubro, adecuar la formación y capacitación y actualización de los recursos humanos a las necesidades de la población y de conformidad con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.

En lo que se refiere específicamente a la atención odontológica, como producto del trabajo de uno de los grupos interinstitucionales del sector salud, se elabora un programa de prevención y control de enfermedades estomatológicas, como base para el Plan Nacional de Salud 1985, que menciona toda esta reglamentación, leyes, documentos y bases operativas.

Resalta la ausencia del diagnóstico estomatológico y presenta la propuesta para su estructuración. Enlista los resultados existentes conjuntando los estudios epidemiológicos de 1972-1982, de enfermedades bucodentales y reúne también los antecedentes de programas de prevención a partir de 1964 en las instituciones.

Es importante aclarar que no llega a ser un programa considerado oficialmente en su totalidad, sino sólo se retoman algunos objetivos y actividades aisladas.

Entre los objetivos y metas del programa hace énfasis en la atención integral y preventiva a través de la coordinación intersectorial para la disminución de la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades bucales. Plantea también la organización de la atención por niveles y la optimización de la misma, no la ampliación de recursos. Resalta la importancia de los mecanismos de concertación con diferentes sectores.

Algunos de estos elementos ya habían sido contemplados de manera oficial en las normas para los servicios de odontología emitidas desde 1975 por la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La filosofía de éstas normas se presenta como mejorar la calidad de atención a través de técnicas simplificadas y materiales mínimos, el fomento de las actividades preventivas, de diagnóstico temprano y limitación de daño. Todas estas

medidas buscan elevar la productividad y ampliar la cobertura. Marca como grupos a atender prioritariamente: emergencias, preescolares, escolares y gestantes.

En lo que se refiere a políticas y estrategias de atención en el presente sexenio, se puede extraer del Plan Nacional de desarrollo 1989-1994, tanto en el rubro 5.1.2 Política de gasto público, como en el punto 6.2.3. Salud, asistencia y seguridad social.

En lo referente a política del gasto público, en el primer párrafo menciona que la asignación del gasto y su ejercicio eficiente deben apoyar la modernización económica y social mediante su congruencia con las prioridades de la estrategia para avanzar en la satisfacción de las demandas de mejores condiciones de vida para todos los mexicanos.

En este contexto la asignación del presupuesto será acorde con las prioridades del Plan: Infraestructura Social, en la que destacan rubros como educación, salud, vivienda, agua potable, abasto de alimentos y seguridad e impartición de justicia.

En el rubro de Salud, asistencia y Seguridad Social, aunque reconoce "las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país" resalta los avances conseguidos en materia de salud mencionando que "los principales indicadores muestran un mejoramiento de las condiciones generales del bienestar del país. La mayoría de los mexicanos tiene acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud y se ha logrado una fase de crecimiento regulado de la población".

Puede uno suponer que se refiere a los mismos indicadores de "salud" que son: mortalidad y esperanza de vida, pero ni eso aclara, mucho menos presenta cifras que demuestren estos hechos.

Asegura que la "mayoría" de los mexicanos tiene acceso a los servicios de salud y admite a la vez que "en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni la calidad deseable y subsisten en general limitaciones en el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento".

En el último párrafo de ésta primera parte menciona que las estrategias generales que regirán las acciones del sector son: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud, y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

En lo que se refiere a prevención marca como prioridad la prevención de enfermedades, "consolidando los avances existentes principalmente de vacunación, el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de las crónicas y degenerativas. Serán objeto de atención prioritaria las acciones dirigidas a incrementar la sobrevivencia infantil y a proteger la salud reproductiva. Por otra parte, se impulsará la prevención de lesiones por accidentes. La salud en el trabajo y la salud mental serán objeto de programas prioritarios. Asimismo, se fortalecerán las acciones para la protección del medio ambiente y el saneamiento básico con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas. Se reforzarán las campañas contra las adicciones y la farmacodependencia".

En este contexto marca como política a seguir también la rehabilitación y el aprovechamiento cabal de la capacidad instalada más que la construcción de nuevas unidades.

También menciona la necesidad de un Sistema Nacional de Información en Salud (que se ha venido planteando como objetivo desde el sexenio anterior), que permita conocer mejor la patología de la población en este campo y evaluar la eficacia de las acciones.

Como se puede observar en cuanto a objetivos, políticas y estrategias de atención médica, todos estos puntos reproducen básicamente lo que se ha venido manejando desde sexenios anteriores y en este caso con menor grado de precisión, ya que además de no presentar metas e indicadores concretos, no presenta paralelamente programas específicos. En la última parte del Plan, menciona que habrá programas de mediano plazo de los diferentes sectores, entre los cuales se menciona el de Salud.

En relación a salud oral y atención odontológica no existe ni una sola mención, ni en la prevención y control de enfermedades, así como tampoco en el rubro de

seguimiento epidemiológico. Tampoco se señala la necesidad de registro y sistematización de las enfermedades bucodentales.

Básicamente se refiere a indicadores de enfermedad, muerte y esperanza de vida, que como ya se ha dicho son cuantitativos y no cualitativos como lo serían la calidad de vida y el desarrollo integral del individuo.

Servicios de salud y cobertura médica.

Los elementos contenidos en la revisión de los planes, programas, proyectos, líneas estratégicas etc., se considera que contienen los objetivos y metas a alcanzar dentro del modelo de atención a la salud.

Las actividades que de ellos se derivan son las realizadas en los centros asistenciales que se han tipificado en el texto de COPLAMAR (Necesidades esenciales en México), como servicios no personales y servicios personales. Los primeros se refieren a los servicios de salubridad y los segundos a la atención médica directa. (volumen 4, 1985, p.p. 124-138).

En los servicios personales de salud se ha admitido que su acceso está condicionado a diferentes variables como disponibilidad geográfica y económica, disponibilidad, suficiencia y efectividad de la atención y aceptabilidad de la oferta por la población usuaria.

En los elementos revisados, también se observa que aunque de una manera colateral y a través de la concertación, se prevee la competencia de los servicios privados de atención que son servicios personales.

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud de las diferencias de la cobertura en salud (septiembre 1986), se acepta que de 74 millones de mexicanos 5 dependen de la medicina privada. Aunque también se sabe que la crisis económica ha afectado a sectores que tenían acceso a este tipo de servicio y ahora lo han reducido o anulado. En declaraciones de funcionarios se han dado cifras de reducción de un 70% de la afluencia de pacientes a instituciones hospitalarias privadas, por otro lado se ha admitido como grave la situación económica de la medicina privada ya que el gobierno le niega apoyo y le pide que siga con el Pacto de Solidaridad Económica.

A este respecto, Soberón señala en el documento "El proceso de Interacción de los Servicios de Salud", que los individuos en situación socioeconómica media o alta, tienen acceso fácil a los servicios de salud de la práctica privada y que en la tarea de la coordinación en este proceso no se define el compromiso de abordar los aspectos de la medicina privada en tanto que estos no son servicios públicos de salud; "sin embargo, la medicina privada es muy importante, por ser un componente que presta su valioso contingente a toda persona que pueda pagar estos servicios dentro de normas que tradicionalmente se rigen por la oferta y la demanda" (Cuadernos de política universitaria, N° 56 n.n. 11-13).

Otra posibilidad de acceso a la atención médica son los derechohabientes que por su relación laboral adquieren ellos y sus familiares el cuidado de la salud.

Para los individuos de escasos recursos económicos y no asegurados, el gobierno ha establecido instituciones públicas. Con éstas bases se admite que los llamados servicios de salud se ofrecen con diferentes oportunidades de acceder a los mismos.

Se debe entender por cobertura, la accesibilidad permanente a los servicios y no que sea eventual y aislada. Bajo este concepto además de ser dispersa la información disponible muestra contradicciones, ya que se refiere a la población que acude a los servicios sin tener en cuenta que pueden ser los mismos que acuden a dos o más tipos de servicios: aún así, puede visualizarse una tendencia efectivamente al aumento.

Este hecho puede observarse a través de declaraciones públicas de funcionarios del Sector Salud así como en los informes presidenciales de los últimos años.

Soberón declara el 21 de marzo de 1987 que de 14 millones de mexicanos que en 1986 carecían de servicios médicos asistenciales y hospitalarios, la cifra para marzo de 1987 disminuyó a 10 millones. (Periódico El Sol de México).

Los datos de cobertura se diferencian por instituciones y por tipo de servicios recibidos (niveles de atención). En este sentido en 1986, se informa que el Instituto Mexicano del Seguro Social ampara 32 millones, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para trabajadores del Estado 6 millones, el

sistema I.M.S.S. Coplamar, a 12 millones. Los centros hospitalarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 19 millones de ciudadanos que carecen de seguridad social.

Con estas cifras en el IV Informe Presidencial de Miguel de la Madrid se afirma que 50 millones de la población productiva activa están cubiertos por la seguridad social y 19 millones por asistencia social.

Un hecho fundamental que determina la operación de las instituciones y por tanto la cobertura de servicios en salud y puede dar idea del tipo y calidad del servicio, es la asignación de recursos, tanto económicos como de personal.

También es un rubro imposible de descifrar ya que son varias las fuentes de financiamiento y no conocido públicamente su manejo. Aunque con las cifras y declaraciones que funcionarios del sector salud hacen de manera aislada si puede deducirse la magnitud de la inversión, la asignación porcentual en las diferentes instituciones y el impacto que ha tenido la crisis económica en el sector salud.

López Acuña en su libro La salud desigual en México (nr. 34), hace notar la insuficiencia de los recursos económicos para la salud y la seguridad social. Señala que existe un rezago en la inversión social y que este ha aumentado con la contracción del gasto público, afectando al sector salud en una disminución importante de sus acciones. En 1987 se aplica el recorte presupuestal de manera importante, se considera que es del 2.6% del PIB en 1982 al 1.7% en 1986. Además, se admite que el 75% del presupuesto se gasta en servicios curativos (poco eficientes) y 90 de 100 pesos se gastan en las ciudades.

En 1986 se hace notar la afectación a planes Nacionales de salud y la necesidad de poner en práctica una nueva estrategia. Se restringe la hospitalización en el sector público y se incrementan las cuotas de recuperación.

Son aislados los datos sobre el rubro de programas pero si se observa por datos de los diferentes diarios que juega un papel importante otro tipo de financiamiento como apoyo a proyectos por la Organización Mundial de la Salud que de 1986 a 1989 apoya 12 programas específicos integrados al Sistema Nacional de

Salud. Además cuenta también el convenio México Banco Internacional de Desarrollo (BID) (1987-1988).

El anuario estadístico de 1985 de la S.S.A., en mayo de 1987 presenta en el punto 4 del capítulo II, un cuadro de estructura del gasto monetario en cuidados médicos y conservación de la salud. Relacióna objeto del gasto en porcentajes sobre 100. Atención primaria o ambulatoria 57.2%, consultas médicas 22.3%, medicamentos recetados 14.6% y otras atenciones 20.3%.

En lo que se refiere al otro rubro que se había mencionado, la asignación de recursos humanos la misma Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), considera que como los servicios asistenciales han sido considerados un sinónimo de servicios médicos, en particular de servicios hospitalarios y especialidades se han vuelto cada vez más costosos, no se ha podido emplear el personal de atención primaria de salud y de nivel medio que la comunidad necesita. Los modelos y combinaciones de recursos humanos se han vuelto desproporcionados y bastante inadecuados para las necesidades de atención de salud y de la población total.

El anuario estadístico de 1985 de la S.S.A., muestra en relación a los recursos humanos en servicio que el 74.4% es personal médico y 25.6% otro personal, además con alta concentración en el Distrito Federal.

En la información estadística del Sector Salud y Seguridad Social en 1984 de la Secretaría de Programación y Presupuesto, en el cuadro V, personal médico que labora en el sector salud según especialidad por institución en 1982 se observa que en las instituciones de seguridad social se asigna mucho más personal médico que en el de asistencia social, aproximadamente 3 a 1.

Se puede considerar que los elementos hasta aquí revisados son los instrumentos políticos que el Estado ha planteado en diferentes momentos para cumplir con la función de otorgar servicios de salud, ahora bajo la obligatoriedad, en función del derecho constitucional a la protección de la misma.

Los planes, programas proyectos, líneas estratégicas, etc., contienen los objetivos y metas a alcanzar por los servicios de salud bajo las políticas,

prioridades y lineamientos marcados.

Todas estas acciones se ubican en el contexto de la interacción del sector salud y de su modernización administrativa, y es a través de ellas que se identifican contradicciones obvias que además no muestran el camino para ser superadas sino por el contrario profundizadas. Así se plantean la ampliación de cobertura como elemento central sin el aumento real de recursos y sin un cambio cualitativo del tipo de servicio.

Se observa en los servicios asistenciales de población abierta una tendencia a la ampliación de cobertura con servicios en primer nivel (consulta externa) y en las instituciones de seguridad social el crecimiento del segundo y tercer nivel considerados en general como de mayor calidad, concentrando la mayor parte de los recursos humanos, financieros y materiales del sector salud. Como línea general se enfatiza en la optimización de los recursos existentes con la coordinación intersectorial.

Además no plantea un cambio cualitativo del servicio y se toma como indicadores más sensibles; la mortalidad y la esperanza de vida, siendo ambos indicadores cuantitativos y no cualitativos (condiciones de vida).

El análisis del gasto público revela la baja prioridad otorgada a la salud; la distribución interna del gasto en salud muestra la orientación de los servicios hacia al ámbito curativo y principalmente al sector productivo.

Los índices de productividad de las instituciones indican el número de servicios prestados en determinado período (consultas, intervenciones, etc.); y, no a la población que realmente cubren estos servicios ni mucho menos la eficacia de las acciones ya que esta debe ser evaluada en función del nivel de las condiciones materiales de vida y los efectos e impacto que tienen en la población y no como una justificación de las instituciones.

Este tipo de servicio ha favorecido a la población urbana, en particular a los trabajadores de las ramas económicas modernas y del Estado.

El seguimiento y evaluación de cada uno de los programas y proyectos sería

objeto de una investigación, aunque de manera general si se conoce en México la falta de continuidad, cambios y otras contingencias a las que están sujetos por factores políticos y económicos.

Con estas características, el modelo de atención a la salud, tanto en acciones de salubridad como de atención médica aunque ha aumentado la cobertura, sigue siendo de cobertura parcial.

Bajo este modelo de servicio no se ha incidido en las variables sociales que determinan la enfermedad a pesar de que abiertamente se admite que las causas que más deterioran la salud se dan en medio del desarrollo y la crisis económica y, que en México el 40% de la población productiva está subempleada, tal como lo declaran funcionarios del sector salud (Periódico El Nacional, 17 de septiembre de 1986).

Práctica Odontológica.

Conjuntando los elementos que hasta aquí se han presentado en relación a políticas y estrategias del Sector Salud, cobertura de servicios, gasto en salud, asignación y distribución de recursos humanos en los sectores de Seguridad y Asistencia Social, así como los aspectos relacionados a la práctica privada, se puede considerar que el modelo médico vigente en México como país capitalista, se rige por objetivos básicos que son: Evitar la muerte, prolongar la vida y mantener en los niveles más altos la capacidad productiva de la fuerza de trabajo.

Los objetivos anteriormente señalados corresponden a objetivos sociales dentro de un país capitalista, es decir, válidos para todas las clases, sectores, estratos e individuos de la sociedad y necesarios para el buen funcionamiento del sistema capitalista de producción.

De esta manera las diferentes prácticas en el área de la salud se organizan en función de estos objetivos, constituyendo el llamado modelo de servicio.

Así, todos los problemas en el área de la salud que amenacen la vida o interfieran en la capacidad productiva de la fuerza de trabajo, se convierten en los objetivos del modelo de práctica.

En este contexto general es necesario ubicar la práctica odontológica, que aunque se incluye no es como prioridad, ni tiene congruencia dentro del modelo médico.

Se menciona a veces como programa, o dentro de los objetivos y metas de subprogramas, diferentes modalidades que no permiten identificar una secuencia de acciones ni como se harían operativas.

A pesar de la alta incidencia de las enfermedades bucodentales, ocupa un lugar totalmente colateral en la planeación en salud y más aún en los aspectos operativos a nivel institucional, mecanismo por el cual el Estado implementa el derecho a la atención a la salud. La explicación a este fenómeno se encuentra en el hecho de que la práctica estomatológica se enfrenta por lo general a problemas morbosos de cavidad oral que no ponen en peligro la vida, así como tampoco afectan de manera evidente la capacidad productiva de la fuerza de trabajo, por tanto se encuentra alejada de los objetivos fundamentales del modelo médico. De esta situación se derivan las características particulares de esta práctica. La contradicción entre la alta incidencia y prevalencia de algunas enfermedades bucodentales como son caries y periodontopatías, comparadas con las tasas de mortalidad por estas causas, ubican a la práctica en un lugar totalmente secundario e irrelevante que explica la falta de expansión de la práctica a nivel Estatal.

Es importante considerar que además de los objetivos sociales que prevalecen en una determinada área de problemas sociales y que determinan los llamados modelos de práctica social, existen también objetivos que no involucran a la totalidad de los individuos que integran la sociedad. Desde este punto de vista, en los modelos de práctica pueden identificarse intereses que corresponden a estratos y clases sociales.

En el caso del área de la salud y más particularmente en el caso de la atención de la cavidad oral, el objetivo central de la práctica odontológica aparece como profundizador de la diferenciación social ya que a diferencia de la práctica médica, aquella tiene su mayor desarrollo a través de los servicios privados y se ocupa de manera importante de la apariencia y estética individual.

Así la práctica de la estomatología es predominantemente una práctica que responde a objetivos de clase y no a objetivos sociales, esto se manifiesta claramente en la utilización de tecnología e insumos de altos costos y técnicas sofisticadas en la atención odontológica privada, en la cual se realizan tratamientos de especialidades que no se ofrecen en la práctica asistencial y en la que predominan criterios estéticos (marcados por patrones sociales y culturales). En este rubro se pueden incluir por ejemplo, tratamiento de ortodoncia (que corrija malposiciones dentarias y óseas, anclamiento dental, problemas de maloclusión dentaria), también el desarrollo de las técnicas y utilización de materiales para prótesis dental (porcelana, oro, aditamentos de precisión, etc.).

Esta gama de actividades son producto de la ideología dominante que marca los patrones y criterios estéticos y de modas sociales e introduce materiales y técnicas sofisticadas para estos fines.

Son servicios de altos costos por el material y tiempo utilizados así como por lo novedoso dentro de las acciones clínicas tradicionales.

CAPITULO III**FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN ESTOMATOLOGIA.**

El proceso educativo del personal odontológico se reduce básicamente a la licenciatura y posgrado del odontólogo, ya que hay un fuerte predominio de la práctica a nivel profesional. El personal que trabaja con el dentista generalmente es habilitado por él mismo en el caso del ayudante o asistente de consultorio y el mecánico dental que es formado a nivel técnico en cursos de duración de 1 año aproximadamente en escuelas privadas o públicas a nivel técnico también. La actividad de este personal está supeditada a la práctica profesional del odontólogo.

La formación del odontólogo corre paralela a la práctica del mismo, y aunque como en el caso del servicio también tiene características diferenciales, es necesario ubicarlo en el marco general de las políticas y problemas de la educación superior en México.

En ese sentido el diagnóstico de la Educación Superior que hace la ANUIES en 1986, aporta una serie de antecedentes y elementos que son representativos de las características y evolución que ha tenido.

Afirma que a partir de la década de los veinte, la educación se dirige a definir, ampliar y fortalecer la estructura del sistema educativo. En los treinta respondió a la dinámica demográfica a la industrialización y a la urbanización. Durante la década de los 40 y cincuenta, debido al desarrollo industrial sustentado en el modelo de sustitución de importaciones, la educación superior diversifica opciones de formación técnica y profesional.

A partir de los años cincuenta el proceso de expansión educativa se ve impulsado por la ampliación de cobertura educativa nacional, sobre todo en busca de asenso de la población en la escala social. Esto determina que se oriente hacia el sector terciario de la economía. En los años sesenta, la dinámica del proceso de modernización puso en tela de juicio la eficacia de las funciones de la Educación Superior para responder a las necesidades sociales. En el período de 1970-1976 se registraron significativas tasas de crecimiento, apoyado en el endeudamiento externo sujeto a altas tasas de interés, en este período el Estado dió un fuerte apoyo económico a la Educación Superior aunque con una fuerte dependencia al exterior en bienes de capital y tecnología. La demanda social de educación y su atención se orienta a las llamadas carreras tradicionales: derecho, medicina, administración, contaduría y odontología.

Se considera en esta misma evaluación que la crisis económica ha afectado a las instituciones de educación superior en la disminución de los recursos, en las condiciones de vida de profesores, trabajadores y estudiantes. Frente a esta situación resalta la necesidad de reorientar la educación en busca de otras opciones de desarrollo.

Este mismo diagnóstico señala que de 1960 a 1985 en licenciatura ha habido un crecimiento relativo de 1350%. En posgrado de 1970 a 1985 de 543% con una tendencia positiva a la desconcentración geográfica.

Congruentes a estos aspectos, Martínez M. y Latapi P., han definido entre otras, como funciones de la Universidad respecto a las profesiones, la reproducción de la fuerza de trabajo requerida por el modelo de producción; y la conformación en los profesionales de una ideología adecuada de funcionamiento del sistema social.

Consideran que estos elementos se manifiestan en las determinantes de las carreras en la Universidad y que las profesiones liberales recurrieron al sistema educativo para crear su mercado, defenderlo y regularlo, proporcionando: la reproducción de sus miembros mediante programas de estudio sistematizados y regulados, la legitimación social no solo en relación a la calidad del servicio sino al status privilegiado del profesional, el instrumento para mantener el monopolio del saber profesional y el medio para controlar la oferta de servicios profesionales a través del control del acceso a la Universidad y de la acreditación de estudios.

Arizmendi R, en relación a la Administración Superior ha considerado que en el caso del resto de América Latina, los esquemas de organización fueron producto de conceptos y modelos de universidad importados y que ha sido un reflejo fiel del esquema de la Universidad Francesa no solo en su concepto sino en su organización, surgida por el impulso renovador de la revolución industrial, que se distingue por su rígida centralización, burocratismo, valorización de los exámenes, concentración de la formación profesional y el sistema de selección de los profesores.

La búsqueda de nuevas formas de organización y contenidos académicos a las necesidades presentes de la demanda educativa y desarrollo del País condujeron a la Universidad Mexicana a adoptar nuevos esquemas por áreas del - conocimiento y la organización departamental.

En este marco general, se identifica ahora la "insuficiencia de recursos para las instituciones de educación superior", donde como ejemplo se -- puede citar a la propia UNAM, máxima casa de estudios, donde en el año de - 1985 por declaraciones del propio rector se admite que tendrá un déficit de 3 mil millones.

Las características de la educación odontológica coinciden con estos - elementos y es en el ámbito educativo donde se identifican la mayoría de los llamados modelos innovadores.

La formación de los recursos humanos depende fundamentalmente de las características de la práctica misma que esta en función de la realidad social y exigencias de los diversos grupos. Su carácter elitista se expresa desde el costo de los servicios educativos (de licenciatura y posgrado) tanto en - materiales e insumos, así como colegiaturas en el caso de Universidades y escuelas privadas; el alto costo que implica montar una unidad de servicio, -- pasando por el aspecto personal del profesional. La estructura curricular - que se orienta de manera importante al componente estético y su acentuada -- inclinación hacia la práctica privada con finalidades de lucro.

Restrepo D., en el boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana ha hecho notar en múltiples ocasiones la falta de correspondencia y desajuste en tre la formación de personal y las necesidades de los servicios de salud de la comunidad (intergración docente asistencial). Afirma que el recurso humano en salud se ha desarrollado para la satisfacción de la demanda de los sectores socioeconómicos medios y altos en grandes centros urbanos y con ten dencia a la especialización.

Se ha considerado necesario tener comunicación entre instituciones for madoras del recurso humano para la salud y organismos responsables de la -- atención a través de Asociaciones de escuelas y facultades tipo AMFEM, AMFEO, etc., para sugerir los cambios o tendencias de la enseñanza de las ciencias de la salud.

En relación a las escuelas de odontología, se identifica claramente el momento de la expansión en el número de escuelas ya que según datos de la -- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO) a par-- tir de 1904 que se abre la primera escuela en México, en 50 años se fundan -- aproximadamente 7 escuelas, en 20 años más 1 escuela, y a partir de 1975 han iniciado su operación más de 20 escuelas, a la fecha existen 46 escuelas de odontología en el País.

Las características y contenido de los planes de estudio pueden expli-- carse dentro de los determinantes que operan en relación a los objetivos de la Universidad que se mencionaron.

Martínez M. y Latapí P., advierten también que muchas profesiones han desarrollado especialidades en campos de escasa relevancia social o aplica-- ciones tecnológicas sofisticadas que elevan incesariamente el costo de los servicios para los usuarios, desatendiendo el desarrollo de otras tecnolo-- gías o formas de organización que podrían abaratarlos. Los intereses de -- otras profesiones, instituciones, empresas productoras de equipo o grupos -- financieros y políticos son los principales determinantes de la evolución de las profesiones. Los planes de estudio reflejan todas estas influencias. -- Estos conceptos son también aplicables al caso de la profesión odontológi-- ca.

Para tener una idea más completa del tipo de profesionales de odontolo-- gía que forman las diferentes escuelas que imparten la carrera, se presentan los resultados del análisis de los planes de estudio de 20 escuelas de odon-- tología del País. (Tesis de Maestría en Medicina Social. Venegas M.).

1. El mayor porcentaje de estudio da énfasis en las materias básicas solo - durante los primeros niveles, mismas que van desapareciendo a medida que las clínicas se amplían; con ello el estudiante pierde de vista el aspec-- to integral de la estomatología.
2. Las materias tales como odontología sanitaria, epidemiología y estadísti-- ca se imparten en horarios reducidos y esporádicos, por lo que el estu-- diante no se forma suficientemente en este tipo de práctica.

3. Predominan las escuelas o facultades con materias o cátedras donde el profesor expone "su suficiencia" a través de la exposición magistral y demostraciones clínicas, perpetuando la llamada práctica liberal que atiende a la población en forma espontánea.
4. No existen salidas laterales para alumnos que no terminan la carrera, lo cual es un desperdicio social.

La enseñanza de la odontología se dirige hacia los mismos servicios de reconstrucción y mutilación producto de un énfasis importante en las últimas etapas de la enfermedad.

El objeto de estudio no ha sido el individuo en su totalidad sino solo la boca y dentro de ella el diente. El criterio de profundización del conocimiento lo ha llevado a la parcialización de este objeto de estudio y a la desintegración de su entorno no solo social sino en algunos aspectos biológico.

La carrera de odontología en general es elegida por sectores de la población de altos ingresos pues ya se dijo que la expectativa es el ejercicio liberal de la profesión y la infraestructura es de altos costos. Además de la capacidad económica para solventar estos gastos esta la imagen social del dentista que en poco tiempo alcanzaba altos ingresos.

Esto va acompañado de la necesidad de especializarse y actualizarse, de preferencia en el extranjero, así como la compra de equipo moderno, insumos y materiales la mayor parte de los cuales es de importación.

Con estas características también predomina la población estudiantil femenina ya que se considera un trabajo ampliamente compatible con el matrimonio por su independencia y autoregulación.

El aumento en el número de escuelas, en términos reales no significó un aumento en la cobertura ni un cambio sustancial en el tipo de enseñanza y servicio.

La demanda educativa sigue siendo mayor a la oferta aunque ahora este fenómeno va de la mano con un índice muy alto de deserción y desempleo.

El alumno conserva como expectativa las mismas aspiraciones de hace décadas, sin analizar el cambio sustancial en las condiciones sociales, económicas y políticas.

Se ha tratado de explicar el descenso apreciable de estudiantes durante la carrera, así en el boletín de la Asociación Sanitaria Panamericana, Macalhes M., considera que el descenso apreciable del número de estudiantes durante la carrera se debía a la falta de selección o a una mala selección de los aspirantes, más recientemente el director de la Facultad de Odontología ha atribuido este fenómeno a 3 principales causas:

La creación de nuevas escuelas de odontología, el aspecto económico, (principalmente en la deserción) y el deterioro académico.

Un aspecto que debe mencionarse también dentro del proceso de formación del odontólogo es el servicio social, considerado como en otras carreras la etapa última de formación donde se aplican los conocimientos y como una forma de retribuir a la sociedad la enseñanza obtenida. Está contemplado constitucionalmente, y ha sufrido algunos cambios en su reglamentación. En el área de odontología se había manejado casi en su totalidad internamente en las escuelas y facultades con sus propias políticas, necesidades y prioridades en el área de docencia y servicio, en algunos casos en proyectos de investigación. A partir de 1983 lo controla y reglamenta directamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia, bajo la política de asignación de pasantes en áreas asistenciales de las instituciones tanto en el D.F. como en el interior de la República. En el caso de odontología no se asignan en plazas rurales por la carencia de infraestructura. Es obligatorio de un año, medio tiempo.

Esta política que aparece como adecuada, sobre todo en términos de la ampliación de cobertura, prioridad del Estado, aparece también como una experiencia cualitativamente diferente y productiva para el alumno ya que se enfrenta fuera de la escuela con sus propios recursos, en el ámbito asistencial inserto en una situación más real a la problemática existente.

Esto no es apreciado así por las direcciones y representaciones de las escuelas en la XIX Reunión Nacional A.M.F.E.O. sobre Servicio Social en abril de 1987, donde se manifiesta una gran inconformidad por estas políticas

discutiéndose la estrategia para "defender y rescatar a los pasantes" para los proyectos de sus respectivas escuelas.

ESPECIALIDAD Y POSGRADO EN ODONTOLOGIA.

En relación a las especialidades puede decirse que el denominador común es la profundización en el estudio de aspectos dentales desde el punto de vis ta clínico. Los posgrados se realizan de manera frecuente en el extranjero principalmente E.U.A., o bien en el país en universidades y escuelas públi-- cas y privadas, estas últimas aunque carezcan de reconocimiento universita-- rio.

Se debe entender el surgimiento y la necesidad de la especialización en las diferentes áreas del conocimiento, en la medida que el avance de la cien-- cia y tecnología aun en determinada disciplina, hace imposible el dominio de todos los elementos en una persona. Esto tiene que ver también con la divi-- sión social del trabajo, si alguien se especializa en un campo, eso es lo -- que sabe hacer mejor y es deseable que a eso se dedique solamente. Lo ideal sería que así lo hiciera, pero sin perder de vista el proceso de trabajo de manera integral. Si la profundización hace perder la perspectiva globaliza-- dora, también se pierde de vista el criterio de selección y profundización en el conocimiento del área en cuestión, así como la aplicación que debe tener el mismo conocimiento. De este límite a la enajenación y el saber por -- el saber mismo hay poca diferencia.

Si uno de los problemas de la odontología es la abstracción arbitraria del objeto de estudio, las especialidades tal como se presentan en la actua-- lidad, la mayoría, lejos de favorecer el criterio de integración biológico clínico y social presenta un panorama de tan alto grado de sofisticación en el conocimiento y en algunas acciones que pone en cuestionamiento la factibi-- lidad de su aplicación.

En la actualidad, la necesidad de realizar especialidades obedece prin-- cipalmente a la mayor competitividad en el mercado de trabajo.

El área de enseñanza en posgrado, no ha sufrido la contracción que ha -- experimentado la licenciatura sino por el contrario, han proliferado cursos de especialidad y cursillos de actualización, principalmente privados, de --

altos costos y como se había mencionado, algunos sin reconocimiento universitario, como explicación a este fenómeno se mencionan las necesidades no cubiertas, principalmente en ortodoncia, aunque a la vez se acepta que debe haber una mejor distribución, ya que se concentran en las lomas de Chapultepec y otras colonias igualmente elitistas. También se argumenta que en muchos casos ya no es accesible la especialización en E.E.U.U., por altos costos y la crisis económica, consecuentemente con esto se considera que hay más - alumnos dispuestos a pagar por su aprendizaje que los que las instituciones estatales y privadas pueden absorber.

Además se acepta que las profesiones liberales seleccionan su clientela en un mercado de necesidades y servicios y que este mercado no es "libre" ni las tarifas están determinadas por el costo de los servicios y la relación de oferta y demanda, sino que este mercado está controlado a través del monopolio educativo que restringe la oferta y las tarifas están impuestas por la propia profesión o por criterios artificiales respecto al trabajo intelectual. La supuesta equivalencia entre la duración de la escolaridad y la excelencia de los servicios, que efectúa la Universidad, proporciona otro criterio básico para fijar su precio.

En relación a la investigación, elemento que tiene más relación con los posgrados y no con la licenciatura, también se pueden revisar algunos elementos tanto de sus características generales con el contexto socioeconómico y político como de las particularidades que adquiere en el área específica de odontología, considerándola desde luego como un elemento dentro de la formación del profesional.

En este sentido cabe anotar aquí lo señalado también por Latapí P., que el progreso científico no es neutro socialmente. Los recursos para investigar se asignan predominantemente a aquellas áreas que prometen beneficiar intereses militares o económicos de las grandes potencias o de los grupos dominantes. El desarrollo tecnológico obedece también a los intereses de estos. La evolución de la ciencia y de sus aplicaciones esta subordinada al proyecto civilizatorio que se desprende del proceso capitalista.

Guzmán J y colaboradores, al escribir sobre las tendencias de la investigación en salud en México ha expuesto ciertos porcentajes de la cantidad y

orientación de los proyectos de investigación señalando la importancia del programa de colaboración académica interuniversitaria de la UNAM, así como el programa de CINVESTAV de intercambio de investigadores y estudiantes. Y la implantación de investigadores de la UNAM en Institutos y hospitales del sector Salud.

Este estudio presenta una tabla de maestrías en áreas relacionadas con la salud (matrícula en 1981) dividida en área biomédica 562, área clínica - 679, área sociomédica 465, área ambiental 118, biotecnología 61, área de -- alimentos 283, hace un total de 2, 168 alumnos de maestría de los cuales 292 corresponden a área clínica en odontología (13.9% del total). En estudios de doctorado de 245 alumnos en total, distribuidos en las mismas áreas 29 son - odontólogos, también un porcentaje mayor al 10%.

A pesar de que en el área de posgrado ocupan un porcentaje que es re-- presentativo ya que es sobre todas las maestrías y doctorados relacionados - con la salud, en todas las áreas que se enlistaron; el odontólogo no tiene - un lugar significativo como investigador científico.

Todos estos elementos son demostrativos de la relación directa que hay entre el proceso educativo y el tipo de práctica que realiza el odontólogo no así con las necesidades reales de atención y educación en México, quedando de manifiesto nuevamente la predominancia de los objetivos e intereses de la clase dominante y no los intereses y objetivos sociales.

Es necesario mencionar también que en estas condiciones no hay una cober tura de las expectativas económicas y sociales del profesionista. El desem- pleo ya no es una amenaza para el dentista, es una realidad que vive y además no sabe enfrentar ya que el tipo de práctica que realiza (en consultorio pri vado) lo mantiene aislado, disperso y sin posibilidad de organizarse en torno a estos problemas.

Esta situación le da una visión limitada del problema además de no permitirle tener control sobre variables que antes le proporcionaban un mayor margen de ganancia.

La forma como los dentistas se organizan en la actualidad, sigue siendo alrededor de la actividad académica y profesional, lo que requiere desde luego una especialidad y cierto éxito y experiencia profesional, las asociaciones, colegios, academias, grupos y círculos de estudio se rigen por estas -- normas y no se identifica por tanto una relación y contrastación con la problemática que tiene la profesión, o bien solo a manera de pronunciamiento. - Es como lograr una abstracción de la ciencia y la academia del contexto social, económico y político y creer en la neutralidad ideológica.

No hay cuestionamiento ni pronunciamientos firmes, mucho menos presión de estas agrupaciones en torno a las políticas en salud que llevan a un plano tan secundario a la salud bucal, a la pasividad en la apertura de fuentes de trabajo, en el desarrollo de tecnología nacional, etc.

El campo asistencial tampoco puede ser el espacio de organización del - odontólogo ya que históricamente no se ha identificado como trabajador asala riado en un sistema de producción de bienes y servicios por lo que la activi dad sindical y de otras formas organizativas laborales, tampoco están incor poradas como esquema de quehacer político que proyecte al gremio como repre sentativo.

Si se contrasta el número de menciones y noticias que se conocen alrede dor de la lucha por reivindicaciones laborales y en torno al desempleo, en - gremios de otras profesiones en salud, medicina y enfermería, se observa que frente a una constante de estos gremios, en los 5 últimos años, sólo hay una sola mención de demanda de odontólogos en relación a la solicitud de homolo gación salarial con los médicos de la S.S.A. (periódico Novedades, 18 abril 1986).

En este marco general es que debe ubicarse la caracterización de la mor bilidad oral en su magnitud y trascendencia así como las formas como se pre tende abordar a través de las políticas de atención del sector Salud y las - características de la formación profesional del odontólogo.

CAPITULO IV**COBERTURA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.****PRACTICA PRIVADA, INSTITUCIONAL, MEDICINAS PARALELAS,****MODELOS DE SERVICIO-DOCENCIA.**

Tomando como bases por un lado las políticas, lineamientos y estrategias de atención en el modelo médico de atención a la salud; y por el otro, las necesidades de atención en el área de salud bucal, aparece como incongruente la escasa cobertura de servicios y solo se explica en el sentido de no ser realmente un objetivo social el prevenir, atender y restaurar las enfermedades y/o secuelas de las enfermedades bucodentales.

Habrá que desglosar también aquellas variables que operan intrínsecamente en este fenómeno determinando las diferentes modalidades y características de los servicios odontológicos por medio de los cuales se puede hablar en términos globales sobre cobertura de servicios, ya que es obvio que no sólo debe entenderse como cantidad de población que recibe servicios y/o número de actividades que se realizan, sino tipo de servicios que se ofrece y como ya se había mencionado si es de manera permanente y no eventual o esporádica.

De entrada es importante señalar que un denominador común a todos los modelos de servicio es la atención de las llamadas urgencias odontológicas que en términos generales es un estadio agudo de la enfermedad que es consecuencia de un proceso anterior de etapas de la enfermedad no atendida y por inflamación e infección de los tejidos del diente o de soporte del mismo, -- presentan dolor intenso y un cuadro febril con ataque importante al estado general. También, pueden incluirse traumatismos (fracturas dentarias oseas o lesiones de tejidos blandos) que por ser zonas muy inervadas e irrigadas, provocan cuadros clínicos de intenso dolor y abundantes hemorragias. Estas urgencias odontológicas si tienen una respuesta directa e inmediata en todo tipo de práctica, instituciones de asistencia, seguridad social, práctica privada y las llamadas medicinas paralelas.

Es interesante detenerse en este hecho ya que precisamente estas circunstancias son las que por razones obvias incapacitan temporalmente al paciente. La atención que se da en general en la práctica institucional es con un criterio terapéutico y mutilatorio y en la práctica privada puede variar dependiendo del criterio del dentista y la capacidad económica del paciente, sobre una gama de posibilidades más conservadoras.

Necesidades de atención y demanda.

Los conceptos de morbilidad oral y necesidades de atención son conceptos estrechamente vinculados y son desde luego, aspectos que internamente condicionan y modulan la cobertura. A su vez, las necesidades de atención que se expresan en la demanda así como los recursos existentes que constituyen la oferta, son elementos que interactúan constantemente. Entre los recursos se deben considerar no sólo los humanos sino materiales.

En términos generales se puede considerar a la atención odontológica -- así concebida como todas aquellas acciones de salubridad y atención clínica directa a individuos, grupos y comunidades que se abocan a la prevención, - tratamiento y control de enfermedades bucodentales.

En medicina sanitaria se ha considerado a la odontología como pieza integrante del sistema de salud y formando dentro de este un subsistema propio, definiendo a este sistema de salud dental como compuesto por un sistema institucional de prestación de servicios y por una clientela que los recibe. Este sistema de prestación de servicios odontológicos utiliza equipamiento, materiales y mano de obra, combinados de diferente manera, de acuerdo con la tecnología empleada.

Se han utilizado una serie de términos en relación a las circunstancias o momentos donde se acude y como se acude a los servicios y dependiendo también del punto de vista de la población, el odontólogo y/o la institución, -- así se han hecho diferenciaciones entre clientela, clientela potencial, -- clientela actual, demanda potencial, actual, necesidad de tratamiento, necesidad sentida, etc.

De todos estos conceptos lo que es necesario aclarar para fines del análisis es que, hablar de morbilidad oral si tiene estrecha relación con las necesidades de atención pero se debe considerar que la atención odontológica además abarca la prevención y promoción de la salud.

Además, en el caso de la odontología, considerando el carácter crónico de la caries dental y de la enfermedad periodontal, así como el hecho que la enfermedad puede alcanzar uno o más dientes, además de los conceptos clásicos de incidencia y prevalencia es necesario considerar un tercero, la seve

riedad o grado de intensidad del ataque sufrido o del progreso hecho por la enfermedad en su evolución.

Tomando en cuenta este concepto, las necesidades de atención varían -- cualitativamente y generan a la vez otro tipo de necesidades; por ejemplo, un órgano dentario que tiene una lesión cariosa que no es susceptible ya de ser obturada con las técnicas convencionales, deberá ser extraído o tratados los conductos que originalmente contienen el paquete vasculonervioso. -- En el primer caso se genera la necesidad de reponer el órgano dentario por medio de una prótesis dental y en el segundo, además del tratamiento de endodoncia deberá diseñarse la reconstrucción de dicho órgano dentario, con técnicas y materiales específicos.

Tratando de concretar con los elementos hasta aquí revisados, en relación al concepto de necesidades; se puede entonces afirmar que las necesidades reales de atención odontológica no son equivalentes sólo a la morbilidad, son siempre mayores, ya que deben incluir además a toda la población -- que debe recibir medidas preventivas, no sólo individuales en atención clínica directa, sino masivas, aplicadas además de manera constante y sistemática, dirigidas a la población expuesta permanentemente al riesgo.

Es claro también que no es este concepto de necesidades el que determina o influye de manera importante en la cobertura de servicios odontológicos.

Es importante resaltar también que estas necesidades reales de atención, no se expresan en su totalidad como una necesidad sentida que lleve a demandar un servicio. Son múltiples factores los que determinan este hecho, el -- concepto de necesidad del propio paciente está relacionado básicamente con -- su percepción de la enfermedad, con valores atribuidos a los dientes y su decisión de ir o no en busca de servicios odontológicos; Además, desde luego -- de estos factores educacionales y culturales, está la barrera económica en -- los servicios privados o porque no sean ofrecidos en el sector público.

Cuando existe la conciencia de esta necesidad y el deseo de obtener el servicio, acompañada de la imposibilidad de lograrlo por los factores mencionados, se le ha llamado demanda potencial y demanda actual a la demanda satisfecha medible en términos de servicios efectivamente prestados.

Como en el caso de la necesidad, también el concepto de demanda adopta diferentes criterios dependiendo del paciente, ya que tiene que ver con factores educacionales, sociales, culturales, etc. que podían considerarse también como de clase, que van desde la demanda de servicios realmente de urgencia, como los que ya se mencionaron, en un grado máximo de expresión de la necesidad objetiva, pasa por los servicios de restauración y rehabilitación en un grado medio y va hasta la demanda de servicios de tipo cosmético, al atribuir gran valor a los dientes en la estética facial, de acuerdo a los patrones sociales del sistema.

En términos generales se puede decir por tanto que, así como la morbilidad oral es menor que las necesidades reales de atención, la demanda de servicios es menor aún y no corresponde ni a la morbilidad oral, mucho menos a las necesidades reales. En ésta línea de razonamiento, la cobertura se limita a la demanda satisfecha que es la que cuantitativamente ocupa el último lugar en términos realmente desproporcionados.

Así como no existen datos estadísticos sobre morbilidad oral, tampoco existen estudios de demanda, ni cifras oficiales sobre cobertura de servicios odontológicos aunque sí se han manejado declaraciones que pueden dar una aproximación.

En un estudio sobre el trabajo odontológico en la ciudad de México López V. ha considerado que un 90% de la población no tiene acceso a los servicios. Asimismo, la atención profesional prestada sólo ha cubierto una obturación por cada 700 dientes que la necesitan. La S.S.A. sólo ha podido proporcionar el 0.04% de las obturaciones y el 0.6% de las extracciones que son necesarias en la población.

Hay situaciones para los sectores de bajos ingresos económicos, como la de jamás haber recibido ningún tipo de servicio o haber perdido antes de los 30 años todos los dientes.

Se considera que la escasa demanda de servicios odontológicos se explica ya que los ingresos de la población están dirigidos a la satisfacción de necesidades de mayor prioridad. Aún así, en el Estado de México los problemas de morbilidad oral ocupan el tercer lugar como causa de consulta.

El I.M.S.S. presenta un cuadro de 10 motivos de consulta de servicios odontológicos dentro del total de consultas anuales y dentro de los principales motivos de demanda en consulta externa en Unidades médicas familiares, en 1982 presenta a la caries dental como el segundo lugar de demanda.

En general se puede afirmar que la demanda de servicios si es un factor considerado en la planeación de los servicios odontológicos tanto en el sector público como en la prestación de servicios en el ámbito privado.

Oferta de servicios

El otro factor que faltaba mencionar y analizar es el relativo a los recursos humanos y materiales que configuran la oferta de servicios en sus diferentes modalidades. Es necesario también aclarar que no sólo se refiere a la cantidad de recursos existentes, sino a sus características, distribución e ideología, consecuencia a la vez del proceso educativo del odontólogo.

Hay una tendencia a calcular el número de odontólogos que se requiere en relación al número de individuos a atender, es claro que esta relación resulta totalmente inadecuada por la cantidad de variables que determinan la atención odontológica. Aún bajo esta proporción se ha hablado de la existencia de 1 odontólogo por cada 20,000 habitantes en 1950, a 4,000 habitantes por dentista en 1978, sin que esto haya significado un aumento sustancial en la cobertura.

El hecho de que predomina la tendencia y el interés de la incorporación del odontólogo a la práctica privada favorece la concentración de los recursos en áreas urbanas con población que tenga capacidad de pago.

En estas condiciones se considera que en 1982 se contaba con 47 mil odontólogos aproximadamente para una población de 70 millones de habitantes y con esta misma tendencia llegaría a 100,000 para el año de 1990.

Este crecimiento en poco tiempo se supone que se debe a la explosión demográfica que las escuelas tienen entre los primeros años de ésta década; en 1981 terminan la carrera 903 odontólogos en 1982, 5698 y, en 4 o 5 años se sumarían los 43 mil estudiantes inscritos en las escuelas en 1982.

Se considera que los odontólogos mantienen el ejercicio privado de la práctica aunque estén incorporados en un 7.9% en instituciones de servicio y 14% en docencia.

En 1983, se han calculado 20,307 odontólogos en ejercicio en toda la República Mexicana (figuran en las nóminas del Directorio Odontológico Nacional de Ediciones INDEX, S.A.) De ellos se ubican en el D.F. 8,705.

Contradictoriamente a estas cifras Sánchez J. calcula que existen más de 28 mil localidades de 5,000 habitantes que carecen de los mínimos de atención odontológica. Asimismo en el programa I.M.S.S. Coplamar, de 52 hospitales rurales, 8 poseen servicio odontológico.

Aún con todos los problemas que implica hacer cálculos con estas cifras y con este enfoque, es notorio la distribución totalmente inadecuada de los odontólogos, que a su vez, es determinada por el mercado de trabajo y que, - el aumento en el número de odontólogos no ha repercutido en aumento de la cobertura.

Se ha manejado en las últimas décadas, a partir de los sesentas y, basados en experiencias extranjeras, la utilización de personal auxiliar no profesional, sobre todo en acciones preventivas y de poca complejidad, pero no ha sido una corriente que se haya aceptado ni implementado de manera generalizada sino aislada.

A través de la Dirección General de Odontología de la S.S.A. se planteó esta necesidad contemplándolo a gran escala, como personal técnico o subprofesional que funcione en instituciones de salud pública y seguridad social, capacitado para educar higiene bucal; aún así, sigue siendo totalmente hegemónico el modelo profesional. Observándose que el personal que apoya o ayuda al odontólogo es solamente para agilizar la misma actividad que él desempeña -- como operador, es la llamada asistente dental.

En cuanto a la asignación de recursos en las instituciones de asistencia y seguridad social, ya se había observado la desproporción que existe - en relación a otros recursos principalmente personal médico de cualquier forma puede ser representativa la presentación de algunos datos al respecto, que confirma la falta de interés de ampliar la práctica odontológica.

Según datos de la Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social de la S.P.P., entre el personal médico que labora en el sector salud según especialidad por institución en 1982 en las instituciones de seguridad social: I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., PEMEX, S.D.N.S.M., figuran 11,838 médicos generales, 10,881 especialistas y 1,375 odontólogos. En ese mismo año en las instituciones de asistencia social S.S.A., D.D.F. y 3,353 médicos generales, 3,817 especialistas y 1,723 odontólogos.

Para 1983 en instituciones de seguridad social 13,967 médicos generales, 12,002 especialistas y 1,484 odontólogos. En instituciones de asistencia social 3,322 médicos generales 3,271 especialistas y 1,723 odontólogos. Esta proporción se mantiene en la revisión de los inventarios de recursos humanos por entidad federativa hasta los años de 1985.

El Anuario Estadístico de la S.S.A. en 1985 muestra que los recursos humanos en servicio hay un 74.4% de personal médico y 25.6% de otro personal (odontólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos y administrativos). En total de odontólogos se distribuye un 84.6% en el primer nivel, 14% en el segundo y 1.4% en el tercero en un total de 1,109 unidades dentales. El I.M.S.S. reporta en 1984 (Diagnóstico de Salud Bucal), 971 odontólogos, 1 por cada 8 médicos familiares.

Tanto la relación odontólogo población como la asignación de recursos humanos y materiales en instituciones son indicadores de la escasa oferta de servicios en relación a la magnitud de las necesidades y aún de la demanda.

Práctica privada e institucional

Se había dicho que un elemento diferencial de la práctica médica y estomatológica además de la baja cobertura de la segunda, es el hecho que la práctica privada es hegemónica en esta, a diferencia de la médica que es institucional. Por tal razón es muy clara también la diferencia entre estos modelos de servicio (privado e institucional) al interior de la misma práctica odontológica.

Las características de la morbilidad oral, el comportamiento de la demanda y oferta de servicios, la distribución de los recursos y el tipo de servicio que prestan ambos modelos son demostrativos de que responden a diferentes objetivos. La práctica institucional en aquellas acciones que mantienen al individuo en condiciones de producir y la práctica privada con acciones que responden a criterios principalmente estéticos.

De estos objetivos y actividades derivan también el tipo de insumos y -- tecnología que requiere cada uno de estos modelos de práctica. Se incluyen dentro de los insumos: equipos, instrumentos, medicamentos y materiales.

Sonis A. en su texto Medicina Sanitaria y administración en salud ha -- considerado que para el buen funcionamiento de un sistema de salud dental es importante que el mismo sea alimentado por un buen subsistema de producción de insumos materiales. Dependiendo del tamaño del país y del tamaño del mer cado odontológico, una buena parte de las necesidades pueden ser satisfechas en el propio país.

Una parte de las necesidades, mayor o menor, es satisfecha por importaciones. Lo fundamental es que el material utilizado sea de buena calidad para que el trabajo producido sea durable. La Federación Dental Internacional en colaboración con la Organización Internacional de Patrones, viene trabajando desde hace años en el establecimiento de especificaciones para materiales dentales.

Existen en el país diferentes formas de agrupación y organización de co merciantes e industriales que distribuyen productos de importación. Predominan en este ramo los productos de compañías transnacionales. Ultimamente, -- con la situación particularmente difícil de la economía mexicana se ha tratado de explorar la exportación de algunos materiales (Sud-Africa e Israel) -- aunque es un hecho totalmente aislado que se ha considerado como una aventura.

Asimismo se han hecho esfuerzos por lograr una trilogía entre odontología, tecnología dental y comercialización aunque se reconoce un velado antagonismo. Esto ha llevado a la realización y disfrute de eventos científicos, tecnológicos y de negocios.

La utilización de estos insumos por la tecnología odontológica está sujeta a cambios que la misma sufre en función de la incorporación de los avances obtenidos por medio de la investigación. Las áreas que han experimentado mayores cambios han sido la preparación de cavidades, con instrumentos de alta rotación a base de turbinas y el mejoramiento de aparatos protésicos de más alta precisión con los materiales de más alta calidad.

Se considera a la práctica odontológica por estas características como de alta dependencia tecnológica, industrial y comercial. En este marco se dan contradicciones tan severas como el hecho de que siendo México el primer exportador de plata en el mundo tiene que importar aleaciones odontológicas con este material.

Como se había ya anotado, la utilización de insumos de importación y -- equipo sofisticado, así como de tecnología es absorbido principalmente por la práctica privada.

El costo elevado de estos insumos, más la infraestructura que requieren (agua potable, corriente eléctrica, mantenimiento especializado, etc.) además de la necesidad de personal técnico que elabore prótesis y aparatos, hace que éste tipo de práctica esté reducida a su mínima expresión en las instituciones de asistencia y seguridad social.

A pesar de que la práctica privada absorbe en mayor cantidad estos insumos y realiza por tanto una gama mayor de actividades, se le ha definido como de rutina, poco diversificada, acentuadamente mutilatoria y bastante cara.

En el estudio ya citado sobre la práctica privada López V., reporta que esta práctica realiza acciones clínicas que inciden en la última etapa de la enfermedad en un 87.2% en odontología restaurativa; 56;7% en área preventiva, tratamiento precoz 9.8% y actividades de diagnóstico 2.8%.

Estos elementos nos muestran entre otras cosas que el nivel de desarrollo de la práctica estomatológica tiene estrecha relación al nivel de desarrollo del propio país, esto se muestra fundamentalmente por su grado de institucionalización, que en México es muy bajo, como se evidencia por el hecho de que todavía es dominante una práctica que se realiza en forma individual en consultorio y no en clínicas y centros de práctica estomatológica, (como ocurre en los países desarrollados), además con altos niveles de dependencia -- en técnicas e insumos.

Otro elemento en relación a lo anterior, es su nivel de diferenciación interna, es decir, de especialización ya que a mayor nivel de especialización, se requiere un mayor nivel de organización e interdependencia, es decir, un mayor nivel de institucionalización.

En México la diferenciación es primaria, a nivel de especialización básica. Se ha calculado que el 65% de los odontólogos se dedica al trabajo - privado en su consultorio o en el de otro profesional y el 32% combina el - trabajo privado con el asistencial o la docencia.

En general los odontólogos se ubican en la misma área geográfica en la que estudian aunque a partir de los ochentas, con la crisis del mercado de trabajo, la cuarta parte (de una muestra) difiere su inserción en el mercado de trabajo y efectúa estudios de posgrado, principalmente en E.U.A.

La práctica privada además por el carácter de mercancía que adquiere la acción odontológica, no incluye la aplicación de medidas de salubridad o en salud pública, ya que el servicio se presta directa e individualmente en el consultorio condicionado al pago.

Una conclusión que debe surgir de estos elementos es que este modelo - de práctica, del dentista trabajando de manera aislada, captando sólo un pequeño sector de la población, no va a generar la infraestructura de servi--cios que pueda cubrir de manera planificada todos los estratos de la pobla--ción que poseen diferentes condiciones de vida, actividad productiva y por lo tanto, nivel educacional y de ingreso.

López V., ha caracterizado la "clientela" del odontólogo, con algunas variables, dependiendo del estrato donde se ubica el consultorio como: due--ños de empresas y pacientes de altos ingresos 28.3%, profesionales, comer--ciantes y empleados 53.9%, obreros y campesinos 15.7%. Con predominio de - la edad adulta y los principales motivos de consulta: dolor, rehabilitación y estética.

La práctica institucional que debería superar estas limitaciones de la privada, ya se ha dejado anotado que no las cubre ya que, a las caracterís--ticas que se han mencionado de la práctica odontológica en general y en particular del sector público, habrá que sumarles la burocracia interna de ca--da servicio; número de fichas por día, periodicidad de las citas, pases pa--ra especialidades, etc.

El Seguro Social reporta que entre los tratamientos efectuados existe un predominio en las acciones conservadoras 47.15% sobre las acciones mutilatorias 22.56% y sobre las preventivas 1.43% (Diagnóstico de Salud Bucal, I.M.S.S. 1984 p. 23).

En el grupo de 25 a 29 años de derechohabientes se encuentra el mayor número de dientes obturados (2.57) y se dejan cariados sin atender (6.40).

Pueden ser caracterizados como acciones aisladas, dispersas que no corresponden a una regionalización de servicios y estructura por niveles.

No cubren aspectos preventivos de manera prioritaria a través de programas masivos que puedan ser evaluados en términos de impacto en disminución de la morbilidad oral y no en número de acciones realizadas.

Las acciones clínicas que se realizan en los consultorios v/o servicios odontológicos asistenciales se limita a atención de urgencias, curaciones, amalgamas y extracciones.

En algunos centros de atención de tercer nivel y como base para la docencia, tienen servicios odontológicos con diferentes especialidades pero con baja cobertura por la capacidad instalada, se atiende cirugía buco-dentomaxilar y algunas otras como endodoncia, prótesis y ortodoncia, que implican un pago adicional aún para derechohabientes y cuyas citas programadas alcanzan periodicidad de meses.

A la fecha la práctica odontológica de la Secretaría de Salud a través del Comité Interinstitucional y con apoyo financiero externo, concentra su atención en dos programas: La fluoruración de la sal de mesa y el programa educativo preventivo en población de edad escolar y preescolar.

En referencia al primero en el Programa Nacional Educativo preventivo contra caries y parodontopatías en pre-escolar y escolares 1989-1990 (n.58), entre los antecedentes y justificación menciona "En los bajos niveles de fluor en agua y la falta de desarrollo de la fluoruración artificial, resulta difícil explicar las causas por las cuales el país ha quedado a la zona en relación con otros países de América Latina, en algunos de los cuales es una

medida de carácter general".

"En los países desarrollados la fluoruración del agua es una medida plenamente aceptada y de empleo prácticamente universal".

"Los problemas que han impedido el avance de la fluoruración del agua en México y posiblemente los que mayormente han influido son los de carácter político administrativo".

Al respecto de la fluoruración de la sal anota que también tiene dificultades que resolver en lo técnico pero tiene evidentes ventajas en lo técnico así como en lo económico.

El antecedente inmediato que se considera que abre una brecha importante es la infraestructura alcanzada en el Instituto de Salud del Estado de México que en 1981 le permite el decreto para el inicio de su aplicación como medida nacional.

En 1987 se constituye el Comité Interinstitucional para la fluoruración de la sal y elabora el programa nacional. En 1988 se publica la norma opcional mexicana en el Diario Oficial de la Nación (NOMF-8-1988), para la sal yodada fluorurada. Hay que hacer notar como elemento importante que a pesar de estos avances (que han llevado 10 años), la norma no es obligatoria.

En lo referente al programa educativo preventivo de escolares y preescolares tiene antecedentes desde 1972 y se considera que aunque tuvo cierto avance, nunca alcanzó la cobertura que en otros países.

Al respecto en los antecedentes de dicho programa menciona que "... se precisa de un diagnóstico detenido de las razones por las cuales las actividades educativas preventivas en odontología que se han venido efectuando en el país no han podido adquirir las condiciones de un verdadero programa educativo preventivo, capaz de concertar el esfuerzo de las instituciones del Sector Salud, del Sector Educativo Oficial..."

El Seguro Social reporta que entre los tratamientos efectuados existe un predominio en las acciones conservadoras 47.15% sobre las acciones mutilatorias 22.56% y sobre las preventivas 1.43% (Diagnóstico de Salud Bucal, I.M.S.S. 1984 p.23).

En el grupo de 25 a 29 años de derechohabientes se encuentra el mayor número de dientes obturados (2.57) y se dejan cariados sin atender (6.40).

En general estas acciones pueden ser caracterizados como aisladas, dispersas que no corresponden a una regionalización de servicios y estructura por niveles. No cubren aspectos preventivos de manera prioritaria a través de programas masivos que puedan ser evaluados en términos de impacto en disminución de la morbilidad oral y no en número de acciones realizadas.

Las acciones clínicas que se realizan en los consultorios y/o servicios odontológicos asistenciales se limita a atención de urgencias, curaciones, amalgamas y extracciones. En algunos centros de atención de tercer nivel y como base para la docencia, tienen servicios odontológicos con diferentes especialidades pero con baja cobertura por la capacidad instalada, se atiende cirugía bucomaxilar y algunas otras como endodoncia, prótesis y ortodoncia, que implican un pago adicional aún para derechohabientes y cuyas citas programadas alcanzan periodicidad de meses.

Medicinas paralelas y modelos docencia-servicio.

Cuando se identificaron y enumeraron los diferentes modelos de atención odontológica que constituyen la oferta de servicios en ésta área, se incluyó también además de la práctica privada, las llamadas prácticas paralelas y/o medicina tradicional y los modelos educativos que en función de la docencia tienen también servicio odontológico.

Faltaría por tanto resaltar las principales características de ambos para configurar de manera más integral el panorama de oferta de servicios odontológicos.

Por las características de la medicina indígena y tradicional, cuya antigüedad se remonta a la época prehispánica, se sabe que ha permanecido vigente por siglos, pero las condiciones políticas en las diferentes formaciones socioeconómicas por las que el país ha evolucionado, ha obligado a éste tipo de práctica a permanecer de manera clandestina o semiclandestina.

En un estudio sobre Medicina Tradicional, alternativa para la salud del Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo se define a la medicina tradicional como "un conjunto de conocimientos y prácticas generados en el seno de la población, transmitidos generacionalmente y que basada en un saber empírico, ofrece e intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad buscando propiciar la salud de la comunidad. La cultura médica popular ha perdido y heredado, encontrado e incorporado conocimientos diversos a lo largo del tiempo pero siempre permanece".

En base a ésta definición se ha considerado que se ha configurado todo un movimiento de reevaluación de un conocimiento humano que ha permanecido al margen del desarrollo dominante.

A través de la unidad de investigaciones en medicina tradicional y de control de medicamentos en el I.M.S.S., se ha valorado la posibilidad de ingresar al cuadro básico medicamentos herbolarios, marcando la necesidad de una producción más controlada y organizada.

También se ha considerado que la realización de estos programas de herbolaria es ventajosa ya que estos medicamentos están a salvo de la inflación.

En el aspecto odontológico se han identificado ya la utilización de una serie de recursos terapéuticos a base de plantas medicinales y sus preparados (tinturas, infusiones, etc.).

Martínez E. en la Universidad Autónoma de Zacatecas ha trabajado sobre 21 plantas medicinales de la región y entre los padecimientos, su tratamiento y resultados incluye: dolor de dientes, aflojamiento de los mismos, inflamación de las encías y manchas en los dientes, rechinido de las muelas.

En el boletín del Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales Tlahuilli, A.C. (abril de 1986) se encuentra la referencia de la I Fiesta de la Planta Medicinal en Amatlán Morelos, donde acudieron 182 promotores de Morelos, Guerrero, Veracruz, Distrito Federal, Oaxaca y otros Estados. Se logró anotar 483 usos terapéuticos populares de las plantas medicinales. Las referencias de las enfermedades odontológicas incluyen los procesos de caries de piezas dentarias, infecciones de la cavidad oral y dolor. Incluye también, recursos de homeopatía para primeros auxilios entre los cuales enumera recursos para

molestias de los bebes para la salida de dientes, dolor por caries, dolor - por la salida de molares, dientes y encías sensitivas, dolor como luz eléctrica.

Presenta también un manual de auriculoterapia (acupuntura) que enumera los puntos de la oreja y su indicación y función. Para los problemas odontológicos incluye analgésia dentaria, enfermedades del paladar, úlceras de la boca y enfermedades de maxilar superior.

Bajo estas características sería aventurado calcular la cobertura que este tipo de servicios tiene, pero es importante resaltar que en estas prácticas, además de su permanencia, se identifican momentos de resurgimiento, ya que en situaciones de crisis, aparecen como servicios más accesibles incluso más familiares sobre todo para poblaciones rurales y estratos socioeconómicos deprimidos.

Seguramente es el modelo de prácticas que ha venido cubriendo aquellos sectores que oficialmente se han considerado sin acceso a los servicios de salud.

La última modalidad en el servicio odontológico son los modelos de docencia que dan servicio a población abierta. Son muchas las variables sobre las cuales no se tiene control ya que al ser un proceso educativo intervienen; la selección de pacientes, el tiempo efectivo que se trabaja, pues se suspende en vacaciones, horarios por clase y tiempo que el alumno ocupa, acciones que tiene que repetir, cuotas que cobra la escuela, número de alumnos, capacidad instalada, etc.

Estos elementos desde el punto de vista del alumno y paciente, pero lo que hay que resaltar también es el costo que significa para la institución educativa el tener sus propios modelos de servicio.

En las escuelas privadas, por razones obvias, no ha sufrido contracción importante la infraestructura de servicios pero las universidades públicas si se han visto afectadas y al disminuir el número de alumnos disminuye también la infraestructura, haciéndose incluso un círculo vicioso.

En general los modelos de docencia ofrecen servicios de la llamada clínica integral, obturaciones, extracciones, prótesis sencillas, odontología infantil y servicios preventivos.

También ofrece atención en las áreas de especialidades dentales como -- ortodoncia y endodoncia generalmente en los posgrados.

Con estos elementos tampoco es posible calcular la cantidad y tipo de población que estos servicios cubren, pero por las características señaladas aparece como no representativa dentro de la oferta de servicios odontológicos.

CAPITULO V

ALTERNATIVAS E INNOVACIONES

ODONTOLOGICAS.

Ante la problemática que se ha venido revisando en lo que se refiere a las características y frecuencia de la morbilidad oral, las políticas vigentes de atención, que a su vez determinan una cobertura de servicios a todas luces insuficiente e inadecuada, así como también los elementos problemáticos en la formación profesional del odontólogo, se identifican una serie de manifestaciones y contradicciones que también se han señalado.

Es interesante observar que desde 1975 o antes ya se han hecho estos -- planteamientos y cuestionamientos hacia la misma práctica así Navarrete F. -- considera que hay 2 corrientes distintas en lo que llama una crisis de la valoración que se hace de la odontología. Una, la de sobrevaloración y otra -- la de desprecio. Considera asimismo que faltan líderes que encausen su desarrollo, definan sus objetivos y planifiquen sus actividades. Faltan también investigadores, maestros honestos, abiertos y entregados a sus responsabilidad. Resalta la crisis en la educación y la necesidad de definición del tipo de dentista que se necesita marcando que han sido dos los objetivos de la profesión artesanal y económico. Hace notar el centralismo en la distribución de los odontólogos. Resalta la falta de organización gremial en torno al desempleo. Con estos elementos califica a la profesión misma a pesar de todo como buena y respetable porque en su justa medida es necesaria, de posición intermedia y adecuada a la demanda.

Marca la necesidad del cambio a través de impulsar la investigación, el cuidado del idioma odontológico, la modificación de técnicas que aceleren y aumenten la producción con un patrón de calidad, la utilización de personal auxiliar y un sistema de atención en serie. Señala también la necesidad de modificar y adecuar la estructura odontológica ajustándola a las necesidades actuales de la población.

En general esta es la tónica que predomina en la crítica a la profesión en el contexto de la crisis y la búsqueda de alternativas. Habrá que hacer notar que una serie de elementos centrales los deja a nivel de conceptos -- abstractos y con cierto grado de subjetividad.

Así la práctica estomatológica responde con reformas de incremento de -- productividad y de cobertura pero no en un cambio esencial en el tipo de servicio. Se implementa la utilización de la técnica a cuatro manos, que con--

siste en el trabajo simultáneo y coordinado de un operador y un asistente, ambos sentados a los lados de la cabeza del paciente que se encuentra recostado y que en un espacio de trabajo circunscrito imaginariamente en un círculo realizan en el campo operatorio todo tipo de actividades clínicas, con -- una charola previamente preparada para cada caso, se utiliza también aditamentos de succión que mantienen seco el campo y evitan que el paciente tenga que incorporarse. El paso del instrumental del asistente al operador a la altura de la boca del paciente así como las condiciones ya mencionadas ahorran tiempos y movimientos innecesarios que prolongan la atención, y hacen posible el trabajo de un cuadrante o una arcada dentaria en una sola sesión.

Esta técnica generalmente se utiliza en unidades dentales simplificadas diseñadas para tal fin con una forma de distribución en roseta con una zona central de abastecimiento de material e instrumental.

Esta idea y forma de trabajo puede llevarse a cabo con personal técnico (operador) y asistentes, ambos capacitados para tal fin y siempre bajo la supervisión de un odontólogo. Otro elemento que generalmente complementa este tipo de atención es la utilización de técnicas simplificadas y materiales de bajo costo.

En este contexto, la innovación aparece como una moda y para ello la integración es la estrategia: integración de la enseñanza, de ésta con el servicio, del profesionista con la comunidad, de la investigación con la docencia, de varias disciplinas en torno a un problema, del diente con la boca, -- así como con el individuo y de este con la sociedad.

A la vez como resultado de la crisis, que presenta enajenados los objetivos predominantes de clase de la práctica odontológica, la presión de determinados sectores obliga a cierta generalización de la práctica, aunque en forma por demás limitada y en función de la capacidad de aumentar la productividad. Así se observa que en instituciones como la Secretaría de Salud, y las de seguridad social como el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) aumentan el espectro de la práctica estomatológica en sus unidades de servicio.

El IMSS, que en 1975 registraba en su nómina 617 odontólogos pasó a 710 en 1979 y a 1,386 en 1981. El ISSSTE pasó de 366 odontólogos en 1974 a 409 en 1978 y 795 en 1981. La SSA contaba en 1974 con 425, para 1978 no varía su nómina, (457), pero en el período 1979-81, elevó su cifra de odontólogos en servicio a 1,256.

A estas cifras habrá que aumentar los pasantes en servicio social, que como ya se había dicho a partir de estos años, han sido asignados en instituciones prestadoras de servicio.

En este contexto es que se configura y aparentemente se consolida una corriente crítica nacional e internacional hacia la práctica tradicional de la odontología y se identifica todo un clima de innovación.

La práctica privada también incorpora estos elementos que intentan modificar la acción odontológica tradicional. La fabricación de equipos simplificados es un ramo que exploran algunos dentistas, sacandolos al mercado intentando competir con los sofisticados, y así minimizar la dependencia tecnológica. Al abaratar los costos se trata de captar mercado en la población de sectores que no tienen acceso fácil a esta práctica. Del consultorio donde trabaja solo el dentista con su auxiliar, se intentan pequeñas clínicas con el sistema de roseta, y utilización de personal auxiliar con estudiantes o bien profesionales desempleados, mano de obra que se abarata ante toda la oferta de personal.

Este clima de innovación y búsqueda de alternativas no se identifica de manera importante en el terreno de las instituciones asistenciales (por las mismas razones que se han expuesto en relación a los objetivos que determinan esta práctica).

Uno de los modelos que se implementan en el área asistencial y que adquiere cierta importancia es el del Estado de México aunque aparece más bien como político ya que se realiza en Ciudad Nezahualcoyotl que es uno de los asentamientos urbano-marginados más grandes del país (población superior a 1'750,000 ubicado en la periferia del D.F., dentro del Estado de México), cuya tasa de crecimiento poblacional es 3.7 la más alta del país, así lo aclara Hermosillo G, responsable del proyecto en su inicio.

Es en este sitio y por estas características, que el modelo odontológico se implementa paralelamente a una serie de modelos y acciones médicas y - de estudios epidemiológicos y demográficos que incluyen un laboratorio poblacional, ya que se ha considerado una zona de alta explosividad y el dotar de servicios de atención a la salud a poblaciones con estas características ha resultado un elemento mediatizador de algunos conflictos.

Este modelo da continuidad a una serie de experiencias en la formación y utilización de recursos humanos odontológicos no tradicionales, en un nuevo sistema de servicio. Se trata de desarrollar un sistema de servicios - - odontológicos que incorpore en su acción los métodos preventivos y curativos y que sea accesible a toda la población. Por tratarse de una población en la que más del 50% son menores de 15 años, se pone énfasis en la atención del grupo de edad escolar.

Forma parte del "Sistema de Salud Ciudad Nezahualcóyotl" el cual comprende un hospital general con 240 camas, siete centros de salud, un centro odontopediátrico, tres guarderías infantiles y una oficina de control sanitario.

Este sistema se basa en la utilización de los siguientes recursos humanos: La comunidad, los líderes naturales de la misma, así como personal auxiliar también de la comunidad que se capacita e integra al sistema, personal técnico-clínico y de laboratorio (bajo la supervisión de estomatólogos), estomatólogo generalista que actúa como director del grupo de salud bucal y el estomatólogo especialista.

El departamento de odontología desarrolla actividades de servicio docencia e investigación.

Este centro se constituye en uno de los modelos de docencia en servicio más avanzados que existe en América Latina.

En una referencia reciente, basada en la entrevista de los funcionarios responsables del proyecto de fluoruración de la sal en el Estado de México - se menciona este sistema de atención diciendo al respecto que desde 1974 el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) que ha venido desarrollando un programa integral de atención a la salud bucal, que contempla acciones de educación, prevención y atención oportuna de los principales problemas orales,

y a través del cual se pretende disminuir en un 60 por ciento la presencia de caries dental en la entidad.

Pese a estos esfuerzos, la tendencia en la tasa de morbilidad oral por caries dental va en aumento, ya que en 1980 este era de 499.46 por 100 mil habitantes y para 1985 alcanza 924.02. Aunado a lo anterior la población de responsabilidad del ISEM la constituye 5 millones 700 mil habitantes de población abierta. Un análisis de los recursos permite identificar que en el estado de México se cuenta con un operador odontológico por cada 20,000 habitantes y que la mayor infraestructura se encuentra en el área urbana, lo que demuestra que los recursos son insuficientes para brindar atención clínica integral a la totalidad de la población, problema que se agrava con el -- crecimiento y la situación económica que actualmente vive el país.

A la fecha se está tratando de lograr la fluoruración de la sal como -- medida que permita complementar este modelo de atención y que logre disminuir a mediano plazo la incidencia de caries.

Para ello existe la participación de diversos sectores públicos y privados nacionales así como apoyo financiero internacional.

Hermosillo G. considera que la experiencia y conocimientos derivados -- de la comprobación experimental realizada en el Centro Odontopediátrico Nezahualcóyotl, fueron tomados por los propios servicios Coordinados de Salud del Estado de México para intentar reproducir este modelo en otras localidades urbano marginadas y tratar de adoptarlo a las poblaciones rurales; en -- el mismo sentido estas experiencias y conocimientos han sido tomados en consideración en la planificación educacional de algunas instituciones universitarias.

De hecho se presentan en conjunto esta experiencia más 3 modelos educativos bajo el título "Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México", junto con otras 8 experiencias en América Latina, en un volumen de Educación Médica y Salud, publicación de la oficina Panamericana de la Salud, dedicado a modelos innovadores en el año de 1978.

Ya se dijo que el surgimiento y proliferación de este tipo de alternativas, tanto nacional como internacional más bien se ubican en el ámbito educativo, en las instituciones de educación superior. Ello se explica en la medida de que dichas innovaciones responden a objetivos enajenados de clase y no a objetivos sociales, con la tendencia a aumentar la falacia de que los primeros corresponden a los segundos y que repercuten sobre todo en los sectores medios de la población. En consecuencia es en el ámbito educativo donde se pueden realizar con mayores posibilidades y con menores costos.

Sin embargo hay que señalar que las innovaciones sobre todo se dan en -- las universidades públicas con campos de experimentación y de conflicto. En este contexto se da toda esta corriente educativa nacional e internacional; Aunque de hecho son elementos repetitivos es interesante anotar aquellos -- planteamientos que se presentan, sobre todo porque surgen desde instancias y con personajes que permanentemente han estado a nivel de promotores y/o asesores, lo que limita hasta cierto punto la contrastación con los resultados, interactuando con las variables políticas económicas y sociales que se han identificado.

Su participación de estas instancias es a nivel de recomendación y en -- todo caso apoyo financiero, pero siempre distante de la operación y posibilidad de evaluación de dichos modelos.

Así se identifica que las tendencias innovadoras en odontología, sus -- antecedentes, bases y perspectivas se ubican en el marco del Plan decenal de Salud en las Américas para 1971-1980 que recomienda la creación de equipos -- de salud utilizando personal profesional y auxiliar. Recomienda también el uso de tecnología apropiada a los recursos locales. Define el concepto de innovación en enseñanza como los cambios de fondo que comprometen lo valorativo y no solo cambios de forma o secuencia de los contenidos curriculares. Define el papel de las universidades para este plan decenal de salud de las Américas en los rubros de: formación de personal, elaboración de material y para ello la fundación Kellogg, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud aprueban un financiamiento en 1977-1979.

Reconoce a la vez que la expansión de los servicios depende de decisiones en las políticas de salud y educación sometidas a la disponibilidad de

recursos económicos y financieros por parte del Estado y a la política que se siga para su distribución y empleo.

Define las tendencias innovadoras como: simplificación de técnicas, cambios curriculares, desarrollo de prácticas extramurales, preparación de personal auxiliar, trabajo en equipo, integración de la enseñanza y la asistencia. Estas tendencias sobre la base de los siguientes conceptos: Uso de información epidemiológica y socioeconómica en el diseño de currículo, transferencia de conocimientos a la comunidad, interacción permanente entre teoría y práctica, promoción de la investigación científica. Después de señalar estos conceptos hace notar que es necesaria una modificación profunda en las relaciones sociales, (como uno más de los elementos y no en un reconocimiento de que precisamente estas relaciones sociales son las que lo impiden).

De este planteamiento surge el programa de innovaciones en la enseñanza y servicio odontológicos que presenta Gillespie G., donde concibe el proceso de enseñanza-aprendizaje en odontología como un conjunto complejo de relaciones sociales entre docentes, alumnos y comunidad y es susceptible de modificación con el propósito de establecer la integración necesaria entre las instituciones formadoras de la comunidad y los servicios.

Se ubicará el interés de los organismos mundiales en este campo en la segunda mitad del siglo XX en la búsqueda de una justicia distributiva, y derecho de salud a través de extensión de cobertura, atención primaria, participación de la comunidad, tecnología apropiada, medicina tradicional y en foque intersectorial.

Esta misma referencia plantea que en lo correspondiente a formación de recursos humanos en odontología a partir de la década de los 60 se identificaron programas en comunidad y medio rural.

Asímismo plantea la discusión de estos conceptos alrededor de algunos planteamientos que se han presentado en diferentes eventos: El modelo de atención debe ser estructurado dependiendo de la prevalencia de la morbilidad y la disponibilidad de recursos, las variaciones se referirán a la concentración poblacional y ubicación geográfica (atención primaria).

Para esta atención primaria es indispensable la participación de las comunidades en el establecimiento del sistema de asistencia que les conviene, - sustituyendo la educación sanitaria pasiva por el aprendizaje activo en sa-
lud.

Para ello es indispensable una acción continua de transferencia de conocimientos y destrezas. El concepto de recurso humano tendrá que ampliarse - no solo en funciones sino manejo integral de la problemática de salud junto con una mayor urgencia en los niveles de decisión política para la atención a la salud.

Beltran R., considera que como diferentes formas de buscar y/o favore- cer la atención primaria, se han dado programas de integración docencia ser- vicio, servicios universitarios, preparación de personal auxiliar. Como co- rrolario anota que un elemento importante que no favorece esta estrategia es la "división y celo entre los distintos sectores de la administración pública junto con la estrechez económica que caracteriza a los presupuestos de salud".

Como se ve son muchos los pronunciamientos y recomendaciones que se dan en una serie de eventos internacionales que se realizan. Muchos de ellos se dan con cierto grado de abstracción ya que su viabilidad está en cuestiona- miento por el contexto sociopolítico de una determinada formación socio eco nómica y este hecho o se desconoce o bien se menciona solo de manera colate- ral como uno más de los elementos que hay que tener en consideración.

En otro evento similar, la aportación del Dr. Ramón Villarreal enton- ces rector de la Unidad Xochimilco de la UAM (importante modelo educativo - innovador en este contexto) consiste en resaltar el papel que deben jugar las instituciones educativas y de servicio que se encuentran en proceso de búsqueda de alternativas en los procesos de cambio social que deben reali- zarse en nuestro país.

Menciona que el diagnóstico de saludes insuficiente ya que esta basado en indicadores de daño a la salud. Hace notar la clara correlación entre menores niveles de desarrollo socioeconómico y mayores problemas de salud y necesidades de atención médica y odontológica privada. entre otras cosas - por la inadecuada distribución geográfica de los servicios.

Plantea como alternativa el diseño de nuevos modelos de prestación de servicios que respondan a las necesidades y que eleve los niveles de eficiencia y eficacia que conduzcan a una racionalización del gasto público en el sector salud, enmarcadas por políticas, objetivos y metas que sobre una base programática hagan factible la consecución de justicia distributiva y social en el campo de la salud.

En este marco ubica ya como alternativo el modelo de estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco la integración de la docencia investigación y servicio y el planteamiento o eventual solución del problema con un enfoque interdisciplinario, a través de planes de estudio -- que plantean una transformación de los componentes pedagógicos (unidades de enseñanza aprendizaje, recursos materiales, espacio social, recursos técnicos, humanos, etc.). Marca como estrategia el diseño, ejecución y evaluación de modelos en la práctica institucional y regionalización del servicio, otorgando atención integral con énfasis en la promoción y prevención. Considera un parámetro especial la evaluación de los programas.

Aunque lo plantea como un esfuerzo de creatividad lo considera un compromiso necesario, ya que es necesario impulsar estos modelos como la mejor forma de defender nuestro nacionalismo progresista.

El surgimiento de la UAM-X así como los otros modelos considerados como innovadores, se da como ya se dijo en este contexto donde paralelamente surgen incluso otro tipo de instancias que se consideran de apoyo a estas experiencias.

Debido a la iniciativa de algunos directores de escuelas de odontología, en 1972 se creó la asociación mencionada de facultades y escuelas de odontología (AMFEO). Para su funcionamiento, este organismo consiguió el respaldo económico de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES). Casi al mismo tiempo se creó en México el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), con el auspicio de la OPS/OMS y el apoyo financiero de la Fundación W.K.Kellogg. Poco tiempo después de su creación, AMFEO y CLATES empezaron a explorar posibilidades de desarrollar un programa conjunto.

En 1973 se formuló el "Programa de Odontología CLATES-AMFEO-OPS" también con el apoyo financiero de la fundación Kellogg de abril de 1974 a diciembre de 1977. La primera etapa del proyecto inició la ejecución de 11 proyectos.

A través de este proyecto se trabajó en una investigación en las escuelas de odontología detectándose cuatro corrientes existentes: a) Instituciones totalmente innovadoras desde su inicio, como ejemplo de ella esta la carrera de estomatología de la UAM-X; b) Instituciones que iniciaron con un currículo tradicional que estaba en transformación a programas innovadores, como ejemplo incluye la Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Zaragoza de la UNAM; c) Instituciones Tradicionales que están incorporando algunos servicios innovadores y esperan que a partir de estos, para retroalimentación, se modifique gradualmente el currículo, como ejemplo menciona las actividades efectuados en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, también se identificaron instituciones tradicionales que no desean cambiar.

Ya se dieron los elementos generales que definen el modelo UAM-X, faltaría anotar en esta tónica lo referente a la ENEP-Zaragoza y la UANL.

Entre las razones por las que surge se considera el aumento de la población estudiantil, su situación geográfica abarca población urbano marginada que favorecen el diseño y operación de otros modelos de atención.

Busca equilibrar las ciencias básicas, clínicas y sociales. Diversificar y desarrollar otros recursos. Proporcionar servicio a grupos de población controlada, aumentando la cobertura y elevando el nivel de salud oral del área de influencia, partiendo de un diagnóstico de salud oral.

La Facultad de Odontología de Nuevo León, siendo una escuela tradicional, se integra a una comisión estatal de odontología que busca ampliar y profundizar la cobertura a grupos escolares con ampliación a zonas rurales con servicio social buscando el autofinanciamiento de modelos simplificados y clínicas periféricas buscando la coincidencia del pregrado y posgrado.

Posteriormente en 1983 se efectúa la reunión ahí se presentan los avances de 7 años de todos estos proyectos (entre 36 de 13 países). Esta reunión también se hace con la cooperación de la fundación Kellogg, misma que

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

prestó ayuda a 24 proyectos de 45 escuelas. Se presentan estrategias y recomendaciones de grupos que no varían sustancialmente. Se realizan estudios nacionales de Salud Bucal solo en Venezuela y Colombia.

Se resalta la estrategia de atención primaria de la declaración de ALMATA (Salud para todos en el año 2000), en este sentido se aclara que odontología no tiene clara su aplicación en este campo, aunque entiende que debe hacer énfasis en la integración docente asistencial, así como la integración con otras disciplinas, elementos prioritarios que dirigirán el trabajo de la fundación en la década de los 80.

Se informa asimismo que han adoptado algunos de los elementos de innovación los Estados de Coahuila, Zacatecas, Sinaloa, Puebla, San Luis Potosí, Nayarit y Aguas Calientes.

Todos estos avances se publican a manera de resúmenes, que no incluyen elementos de análisis y evaluación de las experiencias en términos de resultados, impacto en la población, problemas operativos, etc.

En general esta es la tónica, tanto estos modelos como otros que surgen paralelos, bajo estos principios, simplemente operan o no, de manera aislada, como proyectos piloto, sin haber generado a la fecha el espacio de discusión y análisis de estas experiencias, en base a la evaluación que cada modelo realice con indicadores cualitativos, buscando la validación y generalización en su caso, de aquellos elementos que muestren su viabilidad y eficacia.

Bajo este enfoque cada uno de estos modelos tendría que ser y generar a la vez toda una línea de investigación y seguimiento, que analizara las condiciones internas de operación en relación también a las condiciones externas, ya que es claro que en el caso de México el contexto en el que surgen estos modelos, varía sustancialmente al cambiar la política de la reforma Educativa, principalmente a partir del sexenio de López Portillo.

Un denominador común que se identifica en todos estos modelos es el apoyo financiero que reciben de fundaciones e instituciones, principalmente la Kellogg. Este aspecto tiene dos vertientes, si bien permite la aplicación de recursos humanos y económicos, aspecto que le da viabilidad a los proyectos, (al margen de las condiciones de cada institución) significa a la vez

el ajustarse a las normas que establece el marco ideológico y las condiciones en las que estas fuentes de financiamiento operan.

Se había mencionado también que la medicina tradicional reúne aquellas prácticas que además de estar dando una cobertura determinada (no cuantificable), su forma de práctica, por sus antecedentes y características difiere de la tradicional y por lo mismo ha sido identificada como una alternativa en sí misma, aunque no han surgido demasiados proyectos en este rubro. - El interés que sí ha persistido es el de investigar principios activos de plantas medicinales, lo que va de la mano con la industria químicofarmacéutica.

Bajo la búsqueda de alternativas y no en busca del principio activo -- pueden y deben seguirse contemplando estas prácticas ya que han permanecido y han mostrado su eficacia a través de los siglos. En este sentido se considera que se ha configurado todo un movimiento de reevaluación de un conocimiento humano que ha permanecido al margen del desarrollo dominante. Los mismos términos intentan definir su enfoque: medicina tradicional, forma en que se ha transmitido el conocimiento; medicina indígena, subraya la identidad de los pueblos y sus propios valores culturales; medicina paralela, la dinámica seguida por un saber que ha fluído a la par del conocimiento oficializado; medicinas no formales, carencia de institucionalización.

Surge y aflora como consecuencia de una realidad en una crisis de valores en el terreno de la medicina, sugiere la implantación de recursos y terapéuticas que resultan factible de aplicar ya que han mostrado su eficacia en siglos. A pesar del avance científico e instrumentación tecnológica, la mayor parte del mundo resuelve o aplaza su enfermedad con plantas medicinales, dentro del ejercicio de una práctica médica que diagnostica, dosifica y evalúa con sus propios medios e idiosincracia.

Bajo estos conceptos a la vez se considera que es inadecuado propugnar por la incorporación de la medicina tradicional al terreno de la ciencia con temporánea, solo por su valor utilitario en una adecuación mecánica y simplista, hay que considerar el cúmulo de experiencias, enfoques y concepciones sobre la salud que subyace en la cultura popular.

Una experiencia que se ha venido dando con este enfoque son los trabajos que se han hecho en la Universidad Autónoma de Zacatecas y de la Secretaría de Educación Pública a través de estudiantes de diferentes niveles que han venido trabajando para rescatar información heredada generacionalmente sobre el empleo de plantas medicinales y algunos derivados (tinturas y microdosis) para luego proceder al tratamiento de enfermos con estos materiales).

Los datos estadísticos preliminares permiten aseverar que existe esta opción para coadyuvar en la solución del problema de la salud en nuestro pueblo, evitando la salida de divisas y los efectos colaterales de la medicina de patente así como los elevados costos.

Independientemente de estas características que la pueden hacer una alternativa en estas condiciones, aparece como la línea más adecuada y viable, la investigación que valide clínicamente estos recursos sin triangularlos a través de la industria quimicofarmacéutica y sin la utilización de personal profesionalizado para este fin, ya que la capacitación de personal auxiliar de la comunidad y su profesionalización implica una serie de consecuencias en el ámbito laboral así como de perspectivas y expectativas de desarrollo, pues se obtiene una formación específica, rompiendo con una serie de tradiciones y patrones culturales, y esto lo desubica en su misma comunidad.

Este tipo de experiencias no han proliferado de manera importante dentro de la corriente de innovaciones y generalmente no son dentistas los que trabajan o investigan este tipo de experiencias. Seguramente por las características y expectativas del gremio odontológico, no aparece como un campo de estudio y desarrollo importante.

Así han quedado planteadas de manera general los antecedentes, conceptos y bases que han dado origen a los modelos innovadores en odontología.

Queda como tarea pendiente el análisis de estos modelos bajo las categorías sociales que se han aplicado, para identificar no solo su eficiencia sino la perspectiva de desarrollo de la práctica odontológica en la situación actual en México.

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

1. En México como país capitalista subdesarrollado se identifica dentro de la problemática de salud de la población, una alta frecuencia de enfermedades bucodentales que tienen determinantes socio-económicas, políticas y culturales y que por lo mismo en el marco de este sistema no han sido atendidas por no interferir de manera inmediata con la capacidad productiva del individuo.
2. En una formación económico social de estas características, a los problemas de salud se responde con ciertas prácticas que se organizan en función de objetivos sociales, es decir, válidos para todas las clases, sectores, grupos e individuos de la sociedad. Esta estructura de un área profesional constituye los modelos de servicio.

Estos objetivos sociales en torno a los cuales se estructura el modelo médico vigente, son:

- a) evitar la muerte y prolongar la vida del individuo, y
- b) mantener en los niveles más altos posibles la capacidad productiva de la fuerza de trabajo.

Estos objetivos se hacen medibles a través de indicadores cuantitativos de morbilidad, mortalidad por causa y esperanza de vida, y no indicadores cualitativos de condiciones de vida y salud.

3. La práctica estomatológica se encuentra alejada de los objetivos fundamentales del modelo médico, ya que se enfrenta por lo general a problemas morbosos de cavidad oral que no ponen en peligro la vida, así como - tampoco afectan de manera evidente la capacidad productiva de la fuerza de trabajo. La contradicción entre tasas de morbilidad tan alta con -- índices de letalidad inexistentes, se convierte en el principal obstáculo de expansión de la cobertura de servicios odontológicos.
4. En un modelo capitalista de producción existen también objetivos que no involucran a la totalidad de los individuos que integran la sociedad.

Desde el punto de vista de los modelos de práctica interesan particularmente aquellos que son comunes a una determinada clase de la sociedad; y, que constituyen un modelo de práctica "elitista" o, de clase social.

5. En el caso del área de la salud y más particularmente en el caso de la cavidad oral, el objetivo central de la clase dominante, se refiere a la necesidad de acentuar la diferenciación social que se presenta como un problema de la apariencia o de la estética individual aún sobre la función en algunas ocasiones. Así, la práctica estomatológica es predominantemente una práctica que responde a objetivos de clase y no - - a necesidades sociales. Esto explica por un lado, su baja cobertura; y, el hecho de que la práctica privada aparezca como modelo dominante. Ambas características se constituyen a la vez en los elementos que la diferencian del modelo médico vigente.
6. El elemento que es común en el modelo médico con la práctica estomatológica, se refiere a la parte que responde a la interferencia con la productividad de la fuerza de trabajo. Lo que se conoce como urgencias estomatológicas. Estos elementos de la práctica tienen una cobertura semejante al modelo médico contemplado integralmente.

7. El nivel de desarrollo de la práctica estomatológica tiene estrecha relación con el nivel de desarrollo del propio país. Ello se muestra fundamentalmente por su grado de institucionalización muy bajo, esto se evidencia por la forma de prestar el servicio dentro de la misma práctica privada, en forma individual, en consultorios y no clínicas y, centros de práctica odontológica, como ocurre en los países desarrollados. Desde luego, también por su alto nivel de dependencia en técnicas e insumos.

8. La no coincidencia con los objetivos sociales del modelo médico, más el predominio de la práctica privada sobre la asistencial y de seguridad social, con las implicaciones económicas, geográficas, sociales, etc; configuran una muy escasa cobertura de servicios odontológicos, sobre todo contrastada con la magnitud y trascendencia de la morbilidad oral.

9. la formación de recursos humanos en estomatología es principalmente de licenciados en odontología y el desarrollo sobre todo de postgrados, aunque se ha promovido la formación de recursos técnicos. Esta formación depende fundamentalmente de las características de la práctica. Posee por lo mismo un carácter elitista, matizado también -- por la ideología del profesional. Se orienta al aspecto técnico, y a las últimas etapas de la enfermedad, privilegiando el componente estético. Posteriormente a la explosión demográfica estudiantil en la Reforma Educativa, ahora se identifica menor demanda y alto índice de deserción estudiantil.

- 10.- La escasa cobertura de servicios y la intersección de otros problemas, como aparente saturación de profesionales en el área, restricción del gasto público en salud y educación, dependencia tecnológica y de insumos, desempleo y subempleo profesional, en el marco de la crisis económica y social del país, dejan de manifiesto formas específicas de respuesta de la práctica ante estos elementos de la crisis. La respuesta no se identifica como un cambio en la práctica, sino en la tendencia a acentuar la falacia de que los objetivos de clase son objetivos sociales y que repercuten sobre todo en los estratos medios de la población. Por tal razón, la práctica odontológica responde con reformas de incremento de productividad y no de tipo de servicio.
- 11.- Los llamados modelos innovadores principalmente se implementan en instituciones educativas y se ubican en toda una corriente internacional que emite recomendaciones y otorga asesoría y financiamiento. Dichos modelos se han desarrollado aislados sin un análisis y evaluación de las condiciones externas e internas que pueda hacer posible su generalización en caso de mostrar su eficacia.
- 12.- Los efectos sociales de la crisis sumados a la baja cobertura, además de agravar el problema, han dejado de manifiesto desempleo y subempleo profesional, situación a la que el gremio odontológico no ha respondido de manera organizada y consciente, por las mismas características de la práctica y de su formación profesional.
- 13.- Las necesidades de atención, comparadas con la oferta de servicios, medidos por la demanda, en el marco de la crisis del mercado profesional y educativo, han favorecido el surgimiento de modelos innovadores que hasta la fecha no se han mostrado como la perspectiva de la misma; aunque seguramente tienen elementos que deben rescatarse y sistematizarse. Todo esto configura un panorama donde lejos de reducir la morbilidad oral, se ha mostrado una tendencia al aumento.

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

- 1.- Acosta E., la caries dental como problema de Salud Pública, Práctica Odontológica, Vol. 7, No. 8, 1986.
- 2.- Alviso D. Proyecto de Metodología para efectuar el diagnóstico de morbilidad bucal en el país. Ponencia presentada en la XXIX reunión de A.M.F.E.O. Nayarit abril 1987.
- 3.- Beltrán R. Recursos humanos para la atención primaria en odontología, Documento del taller de la facultad de odontología de la Universidad Madre y Maestra, República Dominicana, mayo 1979.
- 4.- Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, Medicina - tradicional, alternativas para la salud, Vol. 2, No. 4, 1979.
5. - Conteras R., Fluoruración de la sal. Práctica Odontológica, Vol. 8, No.9, 1987.
- 6.- COPLAMAR. Necesidades esenciales en México. Vol. 4, Salud, Siglo XXI, México 1985.
- 7.- De la Peña S. El Modo de producción capitalista teoría y método de investigación. Siglo XXI. 1979.
- 8.- Hermosillo G, et al, Formación y utilización de recursos humanos en México, Educación médica y salud, O.P.S. O.M.S., Vol. 12, No. 4 1978.
- 9.- Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social, Secretaría de Programación y Presupuesto, Cuaderno Vol. 3, México, 1984.
- 10.- Informe de un grupo científico de la O.M.S., Epidemiología, Etiología y prevención de las periodontopatías. Serie de informes técnicos 621, O.M.S. Ginebra 1978.
- 11.- López V., Trabajo Odontológico en la ciudad de México. Análisis de la práctica dominante. Temas Universitarios, 5, U.A.M., 1983.
- 12.- Magalhes M. La enseñanza de la odontología en la A. Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 36, Vol. XLIII, julio 1957.
- 13.- Mandujano et al, Caries dental en relación a estrato socioeconómico en la delegación Xochimilco, Investigación del Módulo Salud Bucal. - Trimestre 88/P U.A.M.-X.

- 14.- Martínez M, Latapí P., Hernández I., Rodríguez J. Sociología de una profesión, El caso de enfermería, Centro de Estudios Educativos, A.C. Ediciones Nuevo Mar, México 1985.
- 15.- Martínez E. Microdosis. Ediciones APAUAZ. Zacatecas 1986.
- 16.- Provencio E. Los efectos sociales en la crisis, México presente y futuro. Ediciones de cultura popular México.
- 17.- Revista de la educación superior, Diagnóstico de la educación superior, Asociación Nacional de Universidades e Institutos de enseñanza superior, 1987, pp.58-83.
- 18.- Rojas, R. Sociología Médica, Folios Ediciones. México, 1985.
- 19.- Secretaría de Salubridad y Asistencia, Anuario Estadístico 1985, Dirección General de Información y Estadística, mayo 1987.
- 20.- Secretaría de Programación y Presupuesto, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 3, México 1984.
- 21.- Soberón G. et al, Derecho constitucional a la protección de la salud. Grupo editorial Porrúa, 1983, pp. 83-84.
- 22.- Sonis A. et al, Medicina Sanitaria y administración en salud, El Ateneo, Argentina 1971.
- 23.- Venegas M. La práctica de la estomatología en México, Tesis de Maestría en Medicina Social, U.A.M.-X, 1982, pp.95-97.
- 24.- Villarreal R. La atención a la salud bucal y los programas de formación de personal de salud. Trabajo presentado en el taller sobre innovaciones en la enseñanza y los servicios odontológicos en la América Latina. Ixtapan de la Sal, Edo. de México, julio 1977.