



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BIBLIOTECA CENTRAL

**EL PAPEL DE LA ESTOMATOLOGIA EN EL
CAMPO DE LA SALUD PUBLICA.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
CLAUDIA ESTELA MARTINEZ CABRAL**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Claudia'.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"EL PAPEL DE LA ESTOMATOLOGIA EN EL
CAMPO DE LA SALUD PUBLICA".

I N D I C E
* * * * *

Págs.

INTRODUCCION.	1
GENERALIDADES	3
CAPITULO I.- ANTECEDENTES HISTORICOS.	4
a) PAIS.	
b) MAGNITUD.	
c) TRASCENDENCIA.	
d) VULNERABILIDAD.	
CAPITULO III.- ANALISIS DE LOS ASPECTOS BA- SICOS SOBRE LA ENSEÑANZA DE- LA ODONTOLOGIA EN EL PAIS Y- EL PAPEL DEL GREMIO ODONTOLO GICO EN LA PRACTICA PRIVADA.	37
CAPITULO IV.- ANALISIS DEL EJERCICIO EN - LA ODONTOLOGIA EN LAS INSTI TUCIONES DEL SECTOR SALUD = ANTE EL PROBLEMA EPIDEMIOLO GICO ORAL.	49
CONCLUSIONES.	66
BIBLIOGRAFIA.	68

INTRODUCCION

La magnitud de la morbilidad bucal ha tenido un crecimiento sin precedente a poblaciones tan numerosas como las existentes en el Distrito Federal. En el año de 1960 dió principio un programa de investigación epidemiológica para conocer la prevalencia de caries dental en diversas poblaciones de la República Mexicana. Hasta hace poco no había datos exactos sobre el número de dientes afectados en los habitantes de las diversas comunidades que forman nuestro país; como se comprende está tarea es enorme y sólo será completada a largo plazo, pero se desea adelantar lo más posible de acuerdo a los recursos existentes.

En 1966 fué publicado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia un folleto en el que se presentaron gráficas correspondientes a los índices "COP" (dientes permanentes cariados, perdidos y obturados) y "CEO" (dientes temporales) resultantes de exámenes practicados por colaboradores de la Dirección misma acerca de 20,000 escolares de primaria en 20 ciudades.

La magnitud del problema bucodental se puede apreciar mejor cuando se tiene en consideración -- que además de la caries dentaria la patología bucal comprende periodontopatías, maloclusiones, anomalías congénitas, procesos inflamatorios e infecciosos de tejidos duros y blandos, cáncer bucal y otros.

Estos padecimientos en su evolución, causan daños y enfermedades a todo el organismo, que en muchas ocasiones llegan a la muerte.

De aquí la importancia relevante del papel - de la Estomatología dentro de la Salud Pública para prevenir y erradicar las enfermedades mencionadas llevando a cabo programas masivos de salud pública estomatológica; para lo cual es necesario el conocimiento del Recurso humano e infraestructura-disponible, las técnicas aplicadas y eficiencia -- con que se difunden actualmente los consejos y recomendaciones para su prevención.

El objetivo es lograr una visión panorámica- que nos de una idea real de la amplitud del marco- en que nos movemos y que tenga el valor de una complejidad de elementos que conjugen la consideración del problema que nos atañe. Para el logro de este- objetivo usamos como herramienta principal los estudios epidemiológicos realizados principalmente -- por las instituciones del Sector Salud y Universidades en el Distrito Federal.

De esta manera se podrán conocer todos los - recursos disponibles en el Sector Salud, la capacidad de funcionamiento con que se cuenta, el tipo - de actividades que realizan, en que rama de la Estomatología somos deficientes o incompetentes y más importante aún que sector de la población es la -- más beneficiada.

Con estos conocimientos a nuestro alcance se podrán plantear las alternativas más convenientes- para elaborar programas de Salud Pública Estomatológica que vaya en beneficio de toda la población- del Distrito Federal.

GENERALIDADES

El hombre que primitivamente trató de satisfacer sus necesidades y procurar su bienestar en forma individual o en el reducido núcleo de su familia, con el paso del tiempo, el desarrollo de la cultura y la civilización, busca actualmente la resolución de esos problemas en forma general.

Por consiguiente, las actividades tendientes a procurar el bienestar y satisfacer las necesidades, se desenvuelven en orden social, dando origen a nuevas formas de pensamiento que procuran acabar con privilegios y rechazan egoísmos.

Conforme a este pensamiento, la odontología como disciplina tendiente a procurar el bienestar, resolviendo problemas de salud oral, adquiere carácter social.

El conjunto de normas que persigue como fin el mejoramiento del bienestar social en lo referente a salud, para cumplir su objetivo, necesita llevar a cabo diferentes actividades que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de los habitantes de una comunidad (entendiéndose con esto, desde una agrupación pequeña hasta la humanidad entera).

Dentro de estas actividades se incluye la odontología, la cual, al tratar de resolver problemas de salud oral a nivel colectivo, se constituye en ODONTOLOGIA SANITARIA U ODONTOLOGIA EN SALUD PUBLICA.

CAPITULO I
ANTECEDENTES HISTORICOS

Todo lo que se sabe sobre la evolución que ha tenido la Salud Pública, es por inferencia del estudio y observación de las costumbres y actividades de ciertos grupos humanos de épocas pasadas.

Una de las más importantes preocupaciones de casi todos los actuales gobiernos y legisladores, es la creación de la seguridad y la conservación de la salud pública, para proteger a sus pueblos de las fuerzas naturales agresoras; estos avances, que son en sí derechos humanos, datan apenas de la segunda mitad del siglo pasado y lo que va del actual.

No siempre fue así: En las culturas primitivas, y aún en la civilización occidental medieval (considerados no como víctimas de males naturales, sino como pecadores castigados por la divinidad), para que no contaminaran a las personas sanas o puras, se proveían a éstas de amuletos y talismanes.

Hoy, en el suereste mexicano, el H-Men, o curandero maya cuelga de los árboles ollas conteniendo alimentos para entretener a la muerte, mientras en cura a sus enfermos. En todo el país la gente usa corales, ojos de venado, pastas de conejo, estampas de santos cristianos, agua bendita, etc., y ofrecen milagros de plata y retablos de la imagen de su devoción para alejar o curar las enfermedades.

Sin embargo, y a pesar de las drásticas y primitivas medidas desde hace tiempos remotos han ido apareciendo algunas reglas de sanidad y seguridad sociales, determinadas por la influencia de la religión la social, la política, la ciencia y la economía.

La conciencia comunal ha buscado así un control de las enfermedades infecciosas y crónicas.

El "deuteronomio" ordena que los jefes de las tribus judías deben cuidar de la salud de su gente como si fueran sus hijos.

El "Números" prohíbe el matrimonio sanguíneo y la práctica de la brujería. Ruinas del valle Hindú de Harrapa, en el Punjab, revelan que las ciudades se construían siguiendo normas de sanidad hacia el año 4,000 A.C., y ruinas egipcias del periodo medio (2100-1700 A.C.) demuestran que existían cuartos de baño y un sistema de drenaje. Estos avances continuaron y alcanzaron al nivel en Grecia y Roma.

El temaxcal, temazcalli o "casa caliente" del Valle Anáhuac, sirvió desde siglos antes de la conquista, para tratar diversas enfermedades, entre la totalidad de los estados fisiológicos y patológicos del embarazo y puerperio así como para padecimientos convulsivos, nerviosos y parálisis de origen luético. El temazcal se construye de adobe y tiene la forma de una cúpula pequeña aplastada. Su interior se calienta con fuego de leña y después se riega con agua para que produzca vapor, muchas veces se agregan hierbas o sustancias medicinales en la combustión o en el agua, en ocasiones se golpean las carnes de los bañistas con hojas de maíz.

Fueron los griegos quienes realizaron el primer estudio de las enfermedades y la forma de atacarlas. El libro de la colección Hipodrática "Aire, agua y lugares", fue por casi 2,000 años tratado de epidemiología, y solo se descartó el advenimiento del microscopio y los principios de la bacteriología.

Hipócrates clasificó las enfermedades en externas o ambientales e internas o personales, las

primeras podían ser causadas por las estaciones, climas o lluvias, mientras que las segundas por comidas, hábitos y ejercicios del individuo.

Heredados de los egipcios, los griegos realizaron avances en cirugía, embalsamiento y odontología.

Las extracciones dentales son también mencionadas por Hipócrates, quien aconseja sacar los dientes muertos y recomienda rellenar diariamente las caries con fibras y vegetales.

En esta época se improvisaron los primeros forceps. La cirugía dental entre los pueblos precortesianos estaba más adelantada que la europa a la misma época. El antropólogo Javier Romero afirma que desde el año 1,400 A.C. hasta la conquista estañola, los cirujanos extraían dientes. Es curioso que la mayor parte de estas intervenciones no obedecían a enfermedades, sino al gusto de los clientes, quienes adornaban su boca con tapones, incrustaciones o piezas enteras de jaedita, piritita, turquesa y hematita.

El Dios Maya se caracterizaba por un diente superior limado y el obispo Landa de Yucatán, afirma que los sacerdotes, guerreros y nobles empleaban mujeres especializadas para limar sus dientes a base de piedras y agua. Los trabajos dentales, según las autoridades competentes realizados por los pueblos mexicanos, han sido clasificados de perfectos y testimonios irrecusables los hallados en tumbas y mausoleos de hace más de 2,000 años a la época de la conquista.

Los romanos descubrieron que existía alguna relación entre los pantanos y la malaria, y a ellos se debe la invención de mascarillas contra polvo y vapores.

En el siglo II D.C., los romanos construyeron el primer hospital de la historia y codificaron las primeras leyes sobre salud y seguridad públicas. Entre las ordenanzas se encontraban dragar los lechos de los ríos, limpiar los acueductos, destapar drenajes, quemar depósitos de basura, cuidar de la limpieza de los baños, inspeccionar la salud de las prostitutas, vigilar la venta de alimentos sanos al precio, peso y medida correctos, controlar los cementerios, etc.

Justiano I, durante la peste de Bizancio en el año 532, estableció la cuarentena.

La caída del Imperio Romano trajo un general declive de la urbanización y de las medidas de salud y seguridad públicas.

Bizancio, que fue el centro de la higiene y la medicina, vio emigrar a sus sabios rumbo a Arabia, mientras Europa se hundía en el obscurantismo y supeditaba la salud a la influencia de la magia y de la religión. Hubo, sin embargo, gobernantes que se preocuparon de los problemas, la caridad cristiana suplió muchas veces a las leyes.

Así, Rotario rey de los lombardos, ordenó en 643 D.C. que se protegiera la salud de los trabajadores de la construcción y que, en caso de enfermedad o accidente de trabajo, se le compensaría en dinero; Carlomagno ayudó a los pobres y enfermos con su propio dinero.

Por su parte, los gremios de trabajadores, reunían fondos para ayudar a los enfermos o proteger a las viudas de sus agremiados. Las ciudades europeas sufrían por falta de agua y de limpieza, y en consecuencia eran dura y fuertemente atacadas por fiebres epidémicas.

Pocas medidas de salud se dictaron en Londres se prohibió en el año 1,200, ensuciar las aguas del Támesis, ejemplos que siguieron con sus ríos, París en 1271; Augsburgo en 1473 y Roma en 1478. A principios del siglo XV, en algunas Ciudades alemanas se prohibió la construcción de porquerizas y establos en el área urbana. En 1168, París fue adoquinado para mantener la limpieza de las calles. Londres ordenó en 1309 la construcción de un sistema de drenaje y Milán lo hizo a finales del siglo XV.

En renglón que más atención mereció fue el de la venta de alimentos sanos, y así en Augsburgo en 1276, se ordenó que la carne que no estuviera fresca se vendiera en un puesto especial hacia esa misma fecha, en Florencia, se prohibió los lunes la venta de la carne que hubiera sobrado el sábado anterior.

Hernán Cortes, en sus Cartas de Relación dice refiriéndose al tianguis de Tlatelolco que, en el centro de éste existía un alto edificio donde los jueces pasaban lista a las mercancías en venta y dirimían todo género de cuestiones entre los mercaderes y clientes, castigando todo género de cuestiones entre los mercaderes y clientes, castigando todo exceso o engaño. Agrega que existían además de inspectores que andaban entre la multitud a fin de mantener el orden.

Se vendía por número y medida, ya que los indígenas desconocían el peso. Las medidas falsas eran destruidas inmediatamente y el comerciante era castigado severamente, siendo una de las penas el amputar la mano con la que defraudaba.

Europa continuaba viendo en las enfermedades un castigo divino, y para remediarlo dictaba-

ordenes injustas. Así en 1351 apareció en Londres la "Ordenanza de los Trabajadores" que prohibía a los patrones emplear a los supervivientes de las epidemias y a sus familiares; la ley sólo se abolió en 1601.

La lepra fue durante siglos la enfermedad más temida y obligó al aislamiento de sus poseedores en lugares especiales fuera de las ciudades, (entre los siglos XII y XV, Inglaterra construyó 720 hospitales, 217 de los cuales estaban destinados al mal de Lázaro.

Otras medidas de salud pública para evitar la propagación de epidemias, fue el entierro de los muertos infecciosos en cementerios extramuros, el aislamiento de los enfermos y la cuarentena naval (cuya paternidad se atribuye a Venecia).

Las primeras obturaciones dentales datan de la edad media, y estaban hechas de resinas, ceras y gomas. Casi al término de esta época se usaron los metales plomo y oro (este último según datos existente en 1450).

Hacia el año 1,400 se utilizaron para las extracciones nuevos aparatos como los "pelicanos" y los "bastones", con los que se aflojaban los dientes enfermos, aunque casi siempre dañando a los adyacentes o las encías. Con el Renacimiento se volvió al estudio de la naturaleza y sus influencias en la salud y la enfermedad. Leonardo Da Vinci propuso algunas leyes básicas para lo que después se llamaría MEDICINA PREVENTIVA, las cuales fueron seguidas por Galileo Galilei, William Harve, Jean Baptiste Von Belmondo y el llamado grupo de experimentistas. Pronto aparecieron estudios de anatomía, fisiología y patología.

Sin embargo, el paso más importante fue que-

la higiene, la salud y la seguridad públicas cayeron por fin bajo el dominio de las autoridades civiles, que establecieron muchas de las modernas medidas sanitarias y de protección para los trabajadores.

Se puso de moda una obra que en 1453 escribiera Ulrich Ellemborg con el título de "Los venenos del aire y el humo en mineros", escrita por Georgius Agrícola en 1556.

Circularon nuevas y extrañas ideas sobre la nutrición. Y de esta época data la orden de que un médico requiere de licencia para poder ejercer.

La ciencia de curar, entre los aztecas dió lugar a especializaciones de alto grado profesional y se requería de estudios y de permiso para poder ejercer. Los ahora llamados médicos internistas llevan el nombre de Tlamatepati-Ticitl, y su habilidad y ciencia sorprendió a los médicos-españoles. Existían los flebotemianos o sangradores nombrados Tezoctezoami. Los componedores de huesos o Teomiquetzani. Los otólogos y auristas o temacazpati, dentistas o Tlaneopinalitzi. Finalmente, en la última categoría, los Teximaní o barberos. Sin embargo, todas las medidas y avances científicos estaban muy lejos de lograr su objetivo. Europa seguía siendo receptáculo y foco de epidemias, los descubrimientos geográficos extendieron las enfermedades a todo el mundo. Casi la mitad de los peregrinos que en diciembre de 1620 llegaron a bordo del Mayflower a Plymouth, fallecieron en menos de tres meses debido a una epidemia llevada al nuevo mundo por Zabdiel Boylston y Cooton Matter, los indígenas contagiados fueron reducidos en ese mismo lapso de 9,000 a sólo 700 en una tribu.

Teozahuat llamaron los mexicanos a la viruela negra, la cual llegó a estas tierras vehículo de un soldado de pánfilo de Narváez, Cuitláhuac - fué una de sus primeras víctimas, miles de indios murieron durante el sitio de Tenochtitlan. Fue la viruela uno de los grandes aliados de Hernán Cortés.

En algunos países europeos se organizaron - comités sanitarios particulares, cuyas ideas generalmente chocaban con otros similares. En Inglaterra, la reina Isabel I dictó normas de Salud Pública que incluían protección a trabajadores. Estas normas fueron después copiadas por Colvert y Vauvan en Francia.

En el siglo XVII Harvey marcó las bases del "Método Experimental" y poco después Sudeman dictó las leyes de epidemiología al publicar su obra "Constitución Epidémica".

El año 1,700, Bernardino Ramazzini profesor de las Universidades de Modena y Padua, publicó un tratado llamado "Desórdenes orgánicos y la forma de prevenirlos", en 1713 continuó su obra con "De Morbis Artificum Diatriba", donde establecía la relación enfermedad y pobreza.

Una de las obras resucitadas y más estudiadas hasta los siglos XVIII y XIX fue "Utopia" de Tomas Moro, que daba normas básicas de salud pública, de protección a los pueblos y del seguro-social.

Entre los personajes que formaron la segunda Audiencia de la Nueva España vino en 1530 el Licenciado Vasco de Quiroga, cuya labor entre los indios fué ejemplar, apenas a un año de su arribo, formuló programa para resolver los problemas de -

los aborígenes, interesándose principalmente por aquellos que trabajaban en el campo, en las minas y en los que habían huído de la tiranía española hacia la sierra.

Su programa tuvo un carácter neto de asistencia social, aunque difería notablemente de la idea cristiana. Estableció asilos y hospitales -- siguiendo las reglas de la famosa "Utopía" de -- Tomas Moro.

Un famoso panfleto puritano inglés titulado "Jhon Born free", exigía al gobierno un sistema humanitario para resolver el problema de las enfermedades y sus consecuencias posteriores en la sociedad. Daniel Defoe en su "Ensayo Sobre Proyectos", propuso muchas reformas, incluyendo el seguro social. Denise Diderot en la "Enciclopedia y en el "Hospital", pedía asistencia pública gratuita durante las enfermedades del pueblo. Francia, durante la Revolución y a instancias del Dr. José Ignacio Guillotin (inventor de la guillotina), estableció un sistema nacional de asistencia gratuita.

Paralelamente a la preocupación de los gobiernos por la salud pública avanzaban las ciencias médicas y estadísticas.

El padre de la aritmética social, el economista William Petty inició en el siglo XVII una recabación de datos de número de población nivel de educación y salud en Inglaterra.

Jhon Ground escribió el primer libro sobre estadística de salud pública en 1662 en la Gran Bretaña. En Alemania el filósofo Leibnitz recomendó la realización de investigaciones estadísticas sobre la salud en 1780 y sus proposiciones --

fueron llevadas a la práctica por su compañero -- Veit Ludwig Von Seekendorf creador de la filosofía de la salud pública. Suencia en 1768 realizó un censo de población, cosa que imitaron los Estados Unidos e Inglaterra. Massachusetts fué el primer estado de la Unión Americana que realizó un estudio estadístico de la salud general de la nación, aunque la realización correcta con métodos y alcances, fue el "Reporte Shattuek" logrado por el librero bostoniano Lemuel Shattuck en 1950, reporte que posteriormente dió origen a la Sociedad Norteamericana de Estadística".

La ciencia utilizó así a las matemáticas para mejorar la salud. La medicina, un tanto, realizaba admirables descubrimientos Richard Mead realizó trabajos sobre venenos, plagas y métodos de prevención de las enfermedades, en el siglo XVIII Jhon Forthegil publicó la obra "La Putrefacción como foco de enfermedad".

Jhon Huxhan recomendó dietas vegetales en el tratamiento de cólicos, tifoideas y escorbuto. Jenner introdujo la vacunación y James Lind los primeros métodos de prevención del escorbuto en los marineros.

John Howard con la idea de que el tifo era mortal. Oliver Wendell demostró que la fiebre puerperal es causada por insalubridad en el parto y no por contagio. John Snow publicó un tratado sobre el cólera. William Budd en un estudio sobre la tifoidea, indicó que el primer paso para prevenir este mal es hervir el agua.

Panam estudió las fiebres tropicales. Luis Pasteur abrió nuevas puertas a la medicina con el estudio de los microbios, y sus huellas fueron seguidas por Koch y Ebert. Se atacó efectivamente

enfermedades como la tifo, la tifoidea, la viruela y las fiebres tropicales. Nacieron los laboratorios; se hicieron pruebas serológicas, cultivos, se crearon anticuerpos y se vacunó.

La epidemiología y la microbiología alcanzaron la categoría de ramas científicas de la medicina gracias a Charles Chaplin, W.H. Frest y Mayor Greenwood.

La odontología empezó a ser considerada como rama científica médica en la segunda mitad del siglo XVIII.

Hacia 1885, Robert Arthur introdujo la técnica de ir pegando otro laminado en la oquedad, sistema muy tardado que después fue substituído por el uso de la amalgama, no se había usado por abribuirse al mercurio propiedades malélicas, hasta que fue demostrado lo contrario, siendo el inglés C.B. Black quien demostró su inocuidad en 1987.

Desde 1889 se utilizó la porcelana para imitar el color de los dientes, pero su uso no se difundió.

La Gutta-Percha, que aún se utiliza en casos especiales, se uso por primera vez en 1880.

La endodoncia contó con nuevas técnicas y desde 1880 se justificó la extracción y el envenenamiento de la pulpa, y durante los siguientes 30 años se usaron poderosos germicidas o venenos para esterilizar los canales radiculares.

La Revolución Industrial creó nuevos problemas para la salud pública al producir el desem-

pleo en masa, que a su vez trajo como consecuencia la pobreza, está la insalubridad y por consiguiente la enfermedad. Pero los gobiernos se preocupaban ya más por la salud pública y frecuentemente se vieron auxiliados por el naciente sindicalismo.

Richard Chadwick es uno de los grandes reformadores del siglo XIX en materia de salud y seguridad públicas; su trabajo se inició con la publicación de su informe "Las condiciones de la clase trabajadora en la Gran Bretaña", en 1842. Cuando su obra fué leída, la corona le dió la dirección de una comisión de salud pública.

Chadwick reunió a una serie de profesores que dieron las siguientes condiciones:

- 1.- La salud depende de la higiene.
- 2.- La higiene debe ser aceptada como ciencia.
- 3.- Las autoridades deben dotar a la población de agua potable y drenaje.
- 4.- Las medidas públicas de higiene deben ser obligatorias.
- 5.- La creación de la teoría Chadwick: Entre más pobre es la sociedad, es más enferma.

Chadwick y sus compañeros crearon, en vía experimental, centros de salud pública donde se curaban y hacían exámenes previos, formaron grupos de guardianes que vacunaban a las familias.

Los esfuerzos de la comisión Chadwick tuvieron

ron gran efecto entre los legisladores quienes -- empezaron a crear leyes para proteger la salud -- pública y resolver los problemas sociales. Así -- surgieron el "Acta de eliminación de males y prevención de enfermedades", el "Acta para las fábricas", el "Acta sanitaria de Liverpool" y "Acta sobre salud pública", primera en el mundo en este género.

En el México precortesiano era frecuente -- que, junto con los templos, hubiera colegios en -- que se educaba a los huérfanos "hasta que se encontraban aptos para las artes". Había también trabajos destinados a guardar granos sobrantes que después se repartían entre los necesitados, "tanto niños como viudas y enfermos".

Existían además hospitales gratuitos en Tenochtitla, Cholula y Texcoco, y asilos para ancianos pobres y guerreros inválidos. Pasada la conquista se implantó la caridad cristiana en forma de asistencia privada manejada casi siempre por religiosos. Este sistema funcionó hasta 1861, -- cuando el gobierno de Juárez transformó legalmente la asistencia privada religiosa en asistencia pública federal. Según las ideas juaristas la dependencia encargada de administrarla debía reunir lo que hoy es Seguro Social, SEP, ISSSTE y Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Francia y Alemania realizaban igualmente -- avances en legislación social Jhon Peter Frank es el pionero de la salud pública alemana y el primero que levantó la voz pidiendo una regulación de salud pública internacional. Fue también el creador de la "política médica" que investigó y reguló la salud pública, y a cuya creación contribuyeron los doctores Thomás Welfang Rau y Franz Anton Mai.

En 1884, cuando Bismarck indemnizó a los -- trabajadores por accidentes de trabajo, dió pro-- tección y asistencia a las madres, seguro de vida familia y atención médica. Alemania se convirtió en inspiración y guía de salud pública del mundo.

Mientras tanto surgieron medicamentos con -- la antitoxina para la difteria y el salvarsan pa-- ra la sífilis, que después se han visto seguidas-- por drogas maravillosas como las sulfas y sulfona midas en 1932, y posteriormente la penicilina, -- auremicina, cloromicetina, etc., que dan nuevas -- oportunidades a la prevención y a la curación.

Entre los medicamentos más usados por los -- aztecas para curar heridas infectadas, estaban -- los emplastos hechos con tortillas de maíz fungo-- sas que se preparaban en lugares cerrados y con -- cierta dosis de humedad y calor. Los hongos mi-- croscópicos que se formaban y que curaban las in-- fecciones son los que en nuestro siglo permitie-- ron a Fleming, Florey Waskman descubrir la penici-- lina.

La aparición de la cortisona y la ACTH ofre-- cen nuevas esperanzas.

La medicina Azteca usaba, entre otras plan-- tas curativas, la cabeza de negro, planta de la -- cual se obtuvo por primera vez la cortisona.

La medicina Azteca era rica en herborismo.-- El sabio sachimilca Martín de la Cruz compuso el-- primer tratado de farmacopea herborística mexica-- na, dirigida por los franciscanos del convento de Santiago Tlatelolco. La obra en lengua Nahuatl, -- fue traducida al latín por otro alumno de ese mis-- mo colegio: Juan Badiano.

El original quedó abandonado en la biblioteca del Vaticano desde el siglo XVI, y después descubierta en 1931 por el investigador estadounidense Charles U. Clark en 1931, quien trabajó para que en 1940 se hiciera una reedición facsimilar con traducción en inglés. La obra en español solo apareció en 1950.

En el siglo XX ha habido avances en el tratamiento y prevención de enfermedades: Se usan rayos X, substancias radioactivas, biológicas, extractos hormonas, y se aplican ciencias nuevas como la psicología y psiquiatría y ramas especializadas como el análisis, la genética y la narcosis.

Cuando la medicina europea desconocía los narcóticos y anestésicos, los aztecas conocían incluso la división. La anestesia era aplicada en forma general o local para disminuir los padecimientos, tanto en las operaciones y curaciones, como en los sacrificios humanos a los dioses, siendo algunas de estas medicinas el coaptli, el itztauyatl, el huizlochitl, el tomatl, el tetlania y el toloatzin o toloache.

Los narcóticos, tenían un caracter estupefaciente y ayudaban a la incipiente psicología.

Una porción de xoxpucapatli provocaba en los pacientes un estado de embriaguez, seguido por otro de super semejante al hipnótico, durante la cual el enfermo decía el origen de sus males y precisaba la localización de éstos, permitiendo al médico el exacto tratamiento.

Para las mutilaciones o incrustaciones dentales se usaban algunas de estas drogas, a las que hay que añadir ciertos hongos llamados nancatl que, según Fray Bernardino de Sahagún, eran

usados para producir un estado semejante al sueño, durante el cual desaparecía todo dolor. La introducción de la anestesia general en la odontología hizo posible después de 1844, la aplicación de técnicas quirúrgicas que ya se conocían desde la antigüedad, pero en dientes era obligada medicina social y es sorprendente la blancura de los dientes en cráneos conservados desde hace más de 1,000 años. A la blancura de los dientes de los indígenas siguen contribuyendo la cal y el tequexquite que se agrega al nixtamal de las tortillas. En México se logra un magnífico dentrífico tostando las tortillas y moléndolas. Otra buena substancia para el lavado de los dientes es la ceniza.

Entre la nobleza azteca era de buen gusto ofrecer, después de los banquetes, una pasta hecha a base de chicle y chapopote que limpiaba y prevenía las enfermedades dentales. La primera conferencia internacional de salud, se llevó a cabo en París en 1851. La misma ciudad organizó otra ocho años después a la que siguieron la de Constantinopla en 1865, Viena en 1874, Washington en 1881, Roma en 1885, Venecia en 1892, Dresden en 1893, París en 1894 y Viena en 1897.

En 1902 se creó en Washington El Departamento Panamericano de Sanidad, la primera institución Internacional de control de enfermedades y que no se concretó a ayudar al continente, sino a todo el mundo.

El 9 de diciembre de 1907 fue decretada en París la Oficina Internacional de Higiene Pública la cual funcionó hasta la segunda guerra mundial, pero logrando controlar, antes en todo el mundo males como fiebre amarilla, el cólera, la peste, la fiebre bubónica, el tifo y la vieruela. Otros organismos internacionales han ayudado, en 1902 -

nació en París la Asociación Internacional de Ayuda a los pobres y ese mismo año, en Basilea, Suiza, la Oficina Internacional de Trabajo. El presidente Truman en su programa "punto cuatro", incluyó la asistencia técnica en materia de salud pública en el mundo, desde entonces ha venido ayudando a países subdesarrollados.

Hacia 1910, el Movimiento para el Control de la Tuberculosis, inauguró los primeros programas para la prevención de la salud, basándose en el principio de que un cuerpo sano es más resistente a las enfermedades.

Los organismos internacionales se han venido ocupando también por las enfermedades venéreas, la mortalidad infantil, los males mentales, los cardíacos y el cáncer.

Se han creado grupos de enfermeras y médicos visitantes que recorren los barrios para examinar la salud del cuerpo, así como antiguamente -- hoy en día los sacerdotes examinan la salud del alma. Los médicos se convierten en constructores de la salud y no sólo en reparadores de ésta.

Los límites entre la medicina curativa y la preventiva desaparecen poco a poco.

En 1923, en Suiza, empezó a funcionar la Organización de la Salud de la Comunidad de las Naciones, con representaciones en Washington, Alejandría, Singapur y Sidney, preparando hormonas, vacunas y antibióticos para todo el mundo, ayudando a la elaboración de estadísticas mundiales de salud y tomando parte activa en el control del opio y de la marihuana organizando viajes de estudio, otorgando becas y prestando atención especial a los problemas creados por la miseria y la

desnutrición. Esta organización se sostuvo gracias a las aportaciones de los gobiernos y a las donaciones de la Fundación Rockefeller.

Los organismos de París y Ginebra vieron -- afectadas sus funciones durante la segunda guerra mundial, pero los esfuerzos internacionales aislados crearon en 1943 la Administración de las Naciones Unidas (UNRRA), para ayudar a las víctimas de guerra y preservar la salud de los pueblos liberados. Durante dos años funcionó este organismo hasta que, en 1945, en la conferencia de San Francisco, se suscitó la conveniencia de crear un organismo mundial especializado en el campo de la salud, por lo que, el mes de julio del año siguiente, en Reunión de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reunida en la sede de Nueva York, creó la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que participaron de inmediato más de sesenta países.

La OMS trabaja con un alto grado de autonomía de la ONU y tiene sus oficinas generales en Nueva York, aunque su dirección se halla establecida en Ginebra.

La OMS cuenta con un secretario general al frente de 11 divisiones que son:

- 1.- Coordinación Pública.
- 2.- Información Pública.
- 3.- Servicio de enfermedades de salud pública.
- 4.- Organización de servicios de salud pública.
- 5.- Educación profesional.
- 6.- Estadística de salud.
- 7.- Medidas terapéuticas.
- 8.- Servicios epidemiológicos.

- 9.- Ediciones de informes y logros.
- 10.- Administración y personal.
- 11.- Financiamiento.

Existen además seis delegaciones regionales en Africa, América el Mediterraneo, Europa, Asia y el Pacífico.

El artículo 10. de la Constitución de la -- OMS define su trabajo como "EL CUIDADO DE TODAS - LAS PERSONAS PARA CONSERVAR SU MAS ALTO NIVEL DE- SALUD", siendo la salud UN DERECHO HUMANO SIN DIS- TINCION DE RAZA, RELIGION, IDEOLOGIA, SITUACION -- ECONOMICA Y SOCIAL; EL BIENESTAR QUE NO SOLO SUPO- NE LA AUSENCIA DE ENFERMEDADES O AFECCIONES SINO-- UN EQUILIBRIO FISICO MENTAL Y SOCIAL.

MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS ORALES

La magnitud de los problemas odontológicos en México no se conocen con precisión ya que sólo se han hecho investigaciones esporádicamente y en muy pocas entidades de la República Mexicana; por lo que se conocen perfectamente bien la magnitud, la trascendencia y vulnerabilidad de los problemas orales en México, debiendo de complementarse acciones mediante el uso de indicadores precisos, pero que nos den la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los problemas odontológicos en todas las entidades de la República para con esos indicadores poder implementar acciones de salud pública.

Es necesario crear conciencia en los C. Dentistas y la población, de la gran necesidad de conocer estos problemas y sus soluciones tomando como base algunas investigaciones realizadas en el país sobre morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia de los problemas de caries, parodontopatías, anomalías, dentomaxilares, se puede decir que en México, la relación con la caries dental está en uno de los padecimientos de mayor frecuencia en la República y en el mundo, presentándose en todas las edades.

Las encuestas y estadísticas nos demuestran una elevada prevalencia del 95% siendo más afectado el grupo etario de 1 a 14 años, el índice CPO es del 3.10 y corresponde al 29.2% del promedio de dientes temporales presentes en estas edades, el mismo nos indica dientes careados primordialmente que presentan el 3.0% con un (0.8) de extracciones indicadas y con un mínimo de dientes obturados del (0.02%).

El máximo índice se encuentra en la edad de-

6 años, del 6.5 a 7) con una incidencia de dientes por año, siendo mayor el problema en el medio rural, y en la población de menor ingreso.

BIBLIOTECA CENTRAL

CAPITULO II

PANORAMA DE LA MORBILIDAD

En la población de 5 años y más el índice - CPO, es de (15.58).

Como en las edades mayores los dientes se pierden por otros problemas que por caries, es conveniente analizar los índices CPO, separadamente, en la población escolar, de 5 a 14 años, el CPO, en el cual los componentes de los índices guardan más estrecha relación con el padecimiento con un índice de 3.10 con un incremento considerable con el aumento de la edad, principalmente por dientes perdidos, extraídos y por padecimientos varios, no siendo el único factor ocasionado por las caries con índices del 26.18% en la edad de 5 a 14 años aumenta el 42.0% del promedio de dientes presentes, por encima de esa edad en la cual se observa un cambio del problema caries en la edad en la cual se observa un cambio del problema caries en la edad de 5 a 14 años, y en los de más edad en extracciones, indicadas a medida que aumenta la edad por otros padecimientos.

En la población adulta, en la que la población es comparable al índice total, es más alto que en los países desarrollados como EUA, Inglaterra, Suecia, etc.

El problema de parodontopatías se puede decir en la población de México es de 5 a más años el índice periodontal es de (1.6) por superficie lisa de diente, aumentando con la edad y las condiciones socioculturales y económicas.

En la población de más de 20 años un 99.7% de la población tiene una inflamación del periodonto, el 30.2 tiene lesiones severas que incluyen bolsas parodontales o reabsorción alveolar: en los dientes con cálculos dentales, depósitos de sustancias inorgánicas mezclados con distintos

alimentos, bacterias y células de descamación están presentes a mayor o menor grado en 0% de los dientes en las personas de más de 20 años.

La magnitud de las anomalías dento maxilares en la población de uno y más años, considerándose las que desfiguran al individuo, y le impiden al individuo el ejercicio normal de la función masticatoria con una tasa de apiñonamiento de - - 16.87 X 1000 diastemas 12.59 X 1000 mordida cerrada 10.3 x 1000, mordida abierta 9.5 x 1000 retrognatismo 8.4 x 1000 y otras anomalías 8.9 x 1000.

La magnitud del cancer oral es de 0.15 causado por traumatismo, dientes incluidos, tabaco, etc. anotándose un considerable incremento en los últimos años.

Tomándose en cuenta que sólo en 5% de la población es atendida de estos problemas en México y considerando que en las estadísticas los índices de caries aumentan con una rapidéz seis veces mayor que toda la atención que presta.

Es necesario ver que estos índices no son muy precisos como anteriormente se mencionó, es necesario conocer con más precisión estos índices en México para poder implementar programas directos de atención a estos problemas, por medio de índices más precisos y representativos para conocer la magnitud de los problemas, siendo el odontólogo el encargado de visualizar los problemas de las comunidades del país.

Al C. dentista le compete y debe de preocuparse de hacer investigaciones para conocer estos índices, tomando muy en cuenta que esto no sólo es competencia de S.A., sino a todas las instituciones del sector salud, integrándose en forma coordinada, para un mejor desarrollo de las actividades que se requieren efectuar para conocer realmente la magnitud de los problemas orales en México.

TRASCENDENCIA.

Los problemas odontológicos en México tienen gran trascendencia económica ya que son una carga para las Instituciones de Salud, así como para el individuo, considerando que las necesidades de atención dental son grandes en las edades de 14 a 20 años las obturaciones ocupan el primer lugar en los 21 a los 40 años, las necesidades de prótesis son las principales de los 41 años en adelante, las necesidades de rehabilitación son progresivamente ascendentes, se puede decir que el 65% de la población necesita prótesis de algún tipo, y la atención odontológica en México con todos sus recursos actuales cubre solamente el 5% de la población, siendo atendido principalmente la población económicamente débil casi sin ningún tipo de atención dental ya que en México no se alcanza el promedio de un odontólogo por 10,000 habitantes, y por parte de las instituciones sólo se les presta atención de extracción, obturación, limpiezas quedando los problemas costosos como son las prótesis, por cuenta del individuo el cual, difícilmente podrá resolver esta necesidad, acarreará posteriormente problemas de tipo digestivo por falta de dientes, para la masticación, pudiendo resolver solamente los problemas de extracciones y obturaciones los cuales merma su economía familiar, pues este tipo de atención tiene gran costo por lo cual una gran mayoría de la población no puede resolver ni siquiera este tipo de problemas por escases de recursos económicos. Es importante tomar muy en cuenta la gran trascendencia económica que tienen estos problemas odontológicos en la familia la cual está compuesta por los padres y 6 a 8 hijos, en la cual el único sustento es el padre, con un bajo ingreso per capita, con el cual no resuelven ninguna de las necesidades de atención odontológica para su familia, por lo antes citado, es necesario y conveniente -

que en México se cree personal odontológico capacitado para resolver este tipo de problemas, como extracciones, obturaciones y profilaxis, los cuales prestarán un tipo de atención a un menor costo y con mayores resultados en cuanto a cobertura de población teniéndose en cuenta el nuevo equipo e instrumental simplificado para reducir más los costos de atención, con técnicas de odontología - a 4 manos y el trabajo por cuadrantes.

En cuanto a mortalidad no es de gran trascendencia; pero debe tomarse en cuenta que en los últimos años ha aumentado, el problema de cancer oral en México, observándose que el año de 1971 - una tasa de mortalidad por cancer bucal de 0.56 x 100,000 habitantes y el bucofaríngeo fue de 3 x 1000,000 habitantes, con un total de 259 defunciones, presentándose en el sexo masculino un 65.22% de ellos, presentándose en menor grado en: lengua, glándulas, paladar, encías, labios y piso de boca, la mortalidad por fisuras congénitas de labio y paladar muestran una tasa de 16 x 1000,000 vivos - en menores de 10 meses.

Por las cifras expuestas la trascendencia en cuanto a la mortalidad no es muy alta, pero esto no quiere decir que no se tome en cuenta, ya que en los últimos años ha ido en aumento.

VULNERABILIDAD.

Los problemas odontológicos en México son - posibles de atacar teniéndose en cuenta los recursos con que se cuenta ya que en México existe un odontólogo para cada 3,885 habitantes con un total de 17,500 odontólogos en todo el territorio nacional, una tasa de 00.05 x 100,000 habitantes - concentrados principalmente en las grandes ciudades; tomando en cuenta que cada 700 dientes necesitan atención, solamente siendo obturado uno por

siendo más afectado el grupo etario de 1 a 14 años, el índice CPO es del 3.0 y corresponde al 29.2% del promedio de dientes temporales presentes en estas edades, el mismo nos indica dientes carreados primordialmente que presentan el 3.0% con un (0.8) de extracciones indicadas y con un mínimo de dientes obturados del (0.02%).

El máximo índice se encuentra en la edad de

falta de recursos económicos y humanos, debiéndose realizar acciones preventivas que son menos -- costosas y posibles de llevarse a cabo por personal técnico, y que es posible prevenir por estas técnicas la caries dental en un 40% con las auto-aplicaciones de fluoruro de sodio, un 50% con sellantes de fisuras previniéndose también por medio de agua potable fluorada a una parte por millón con una prevención aprovechadas esta prevención en las edades de 1 a 12 años, cuando el diente todavía está en formación se puede cambiar el calcio por los iones de fluor; en la población mayor con un diagnóstico precoz y con tratamiento -- óptimo posible retener el proceso carioso.

Los problemas parodontales, se deben controlar por medio de la educación higiénica, y la enseñanza del cepillado, con la técnica adecuada, además por medio de la detección y eliminación de la placa bacteriana puesto que ésta es la primera -- causa etiológica de las enfermedades de la boca -- como son: caries dental, enfermedad parodontal, -- la cual se puede detectar por medio de una solución reveladora, que puede ser simplemente tintura vegetal, la cual revela la placa bacteriana, -- a su vez puede ser removida por el cepillado adecuado y con el hilo dental de seda.

Las técnicas más recomendables son las de -- Stillman con un cepillo recto de 6 x 3 6 6 x 2 -- derecho de cerdas duras. (Acción de barrido).

Otra técnica es la de Bass, modificada con acción rotatoria (por medio de un cepillado multicerdas con el hilo de seda que constituye un arma muy eficaz para eliminar la placa bacteriana de la superficie interdental).

La profilaxis o eliminación de tártaro hecho por el C. dentista cada 6 meses o al año, --

constituye otro medio de prevención de las parodontopatías.

La vulnerabilidad de las malposiciones y los problemas que estos ocasionan, se pueden prevenir por medio de la ortodoncia pero estos tratamientos son muy costosos; se pueden atacar por la técnica del Dr. Charles E. Buarti o ajustes oclusales, la cual consiste en desgastar los dientes hasta lograr una oclusión normal.

VULNERABILIDAD DE LOS PROBLEMAS DE PROTESIS.

Hoy en día las prótesis son costosas, pero en el avance técnico que se presentan en el mercado se pueden disminuir estos problemas, pues en su costo y tiempo de tratamiento, es reducido estas prótesis o puentes fijos son de resinas, de metales preciosos, porcelana, las cuales fijan al diente al que se les han elaborado preparaciones adecuadas con el bajo costo de este tratamiento probablemente en poco tiempo se podran implementar la realización de estas actividades a nivel institucional.

La magnitud de los problemas de cáncer oral es de temerse ya que padece un 0.5 % de la población y se calcula que una de cada dos personas sufren de cáncer inespecífico en el transcurso de su vida observandose que el carcinoma es uno de los problemas de mayor prevalencia y frecuencia y que se presenta en áreas que compete al odontólogo resolver (la trascendencia es importante porque ocasiona la muerte del individuo, perdida productiva para una familia y una nación).

Al parecer el grado de desarrollo logrado por la población va aumentando la frecuencia de estos padecimientos ya que constituyen un riesgo, por su origen son cada día más numerosos. (conta-

minación, hábitos agentes irritantes, envejecimiento de la Población, etc.).

La vulnerabilidad de cáncer oral se logra mediante la detección y el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno por medio de citologías las cuales se practican en la boca cuando se encuentran tejidos anormales irritaciones inflamatorias, ulceraciones, etc.

Como ya se mencionó anteriormente, todos los problemas odontológicos son vulnerables por los medios de la odontología moderna, pero es necesario conocer el panorama epidemiológico oral para saber la magnitud y trascendencia y vulnerabilidad, tanto de los problemas como de los recursos con que se cuenta para disminuir la frecuencia especialmente de la caries dental como enfermedad prevalente y multiplicadora del problema odontológico; modificar los componentes del índice de morbilidad oral, para establecer aumentos en la cobertura de atención odontológica tanto en las áreas urbanas y rural, haciéndose énfasis en la atención de los niños y embarazadas, tratar de fluorar el agua de consumo así como la sal para la prevención de caries, aplicación de sellantes, intensificar y estimular actividades de educación higiénica dental, principalmente en la población escolar y adolescentes, investigar y obtener modelos diferentes de práctica odontológica, pasando de una individual a una colectiva, disminuyendo costos y atendiendo mayor población, sobre todo la de bajos recursos, promoviendo la formación de personal auxiliar que incorporado al equipo odontológico de una mayor y mejor atención preventiva y curativa a la población rural; que las instituciones logren incrementar y cumplir con su programa estomatológico, terminar las investigaciones sobre el diseño de equipo e instrumental simplificado y al estudio y control de los materiales den-

tales, con miras a disminuir los costos e incrementar la eficacia de las funciones odontológicas, investigar sobre las vacunas de careo inmunidad inducida, para dar este tratamiento en forma colectiva a la población, hacer estudios de tiempos y movimientos que pueden incrementar la productividad de las funciones odontológicas; realizar investigaciones epidemiológicas profundas sobre prevalencia, causa y efecto de los problemas bucales en México para que por medio de estos estudios se logre conocer detalladamente la morbilidad oral que les permita una activa relación con su medio ambiente y una óptica participación en su transformación.

Todo esto por medio de una coordinación efectiva interinstitucional de salud, para establecer programas de atención preventiva de enfermedades bucales en México, siendo esto preocupación y responsabilidad de los trabajadores de la salud pública en el país.

De acuerdo con lo anterior, se puede hacer jerarquización de los problemas orales en México siendo la caries dental el primer problema y este la causa de muchos padecimientos generales, siquiendola, la parodontopatía, mal oclusiones, labio fisurado, paladar hendido y cancer oral.

Al analizar la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los problemas odontológicos en México, tenemos que en cuanto a magnitud la caries ocupa el primer lugar, atacando a todos los grupos etereos de la población perdiendo ésta a la edad de 5 a 29 años la mitad de sus dientes por caries, la trascendencia económica que tiene la caries dental en la población es muy importante, ya que un diente careado implica problemas en la masticación, nutrición y mal posición, etc.

En cuanto a la vulnerabilidad de los problemas tenemos que, la caries dental es el principal problema odontológico en México, el cual debemos atacar inmediatamente.

Se puede decir que la caries es una infección de la estructura del diente y por tanto es una enfermedad oral, debiéndose ser tratada como tal, debiéndose tomar en cuenta la eliminación del proceso infeccioso activo, (caries activa), debe proceder a los procedimientos restauradores-ortodónticos y protésico que ya en la restauración o aparatos colocados en la boca infectada con caries dental activa, produce alteraciones graves, la caries infecciosa, se produce cuando esta presente la flora bucal (estreptococos, carogénicos, sobre la superficie del esmalte o dentina formando una capa cariogénica, además es transmisible - (esto se comprobo en los estudios realizados por Keyes y Fitzporald).

Los métodos actuales para prevenir la caries en México y que se pueden implementar en forma masiva para la población son implementar los programas educativos, fluorar las aguas de abasto, la eliminación de depósitos bacterianos del esmalte, usar pastas con fluoruro de estaño, aplicaciones del Gel acidulado de fluoruro de sodio aplicado este en cubetas prefabricadas; usar tabletas reveladoras después del cepillado para cerciorarse de la eliminación de la placa dento bacteriana, abrir todas las lesiones cariosas y yatrogénicas, eliminación de sarro-tártaro, materia alba, restos alimenticios.

Las medidas adecuadas para la eliminación de la caries dental en el niño, se logra mediante la higiene oral, autoclisis natural, profilaxis hecha por el C. Dentista, aplicación de sellantes,

obturaciones, todo esto deberá hacerse en las --
edades de 9 a 11 años y en las edades más críticas
de 12 a 15.

CAPITULO III

ANALISIS DE LOS ASPECTOS BASICOS SOBRE LA
ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGIA EN EL PAIS Y
EL PAPEL DEL GREMIO ODONTOLOGICO EN LA
PRACTICA PRIVADA.

LA FORMACION DEL PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA

Existen tres factores determinantes para la odontología y son los planes de estudio, escuela, la práctica profesional y la situación en que se encuentra la salud bucal de la población.

Necesariamente el último factor, la situación epidemiológica la morbilidad bucal en un país es el resultante enfrentamiento de las necesidades odontológicas con los servicios proporcionados directa o indirectamente por los cirujanos-dentista u odontólogos de esa región o país; es poco discutible el que la práctica profesional, es decir la cantidad y calidad de servicios de todos los odontólogos que presta a toda la población, depende de la formación que estos hayan recibido, tanto de su escuela de odontología como del medio en que se hayan desarrollado.

Así se establece un sistema de retroalimentación en el cual, la formación del estudiante que en buena escala depende del plan de estudios que haya recibido, influye en forma determinante en la práctica profesional de esta a su vez depende de la salud bucal de la población y de esta nuevamente dependen los planes de estudio de las escuelas, ya que la razón de ser de dichas escuelas es de formar recursos de personal encargados de resolver los problemas de la sociedad y promover su mejoramiento en todos los aspectos posibles. Es pues importante el análisis de la formación del estudiante ya que en último término es quien será el profesional y de quien dependerá la situación de la salud bucal de toda la sociedad.

La formación del estudiante de odontología, como es lógico depende fundamentalmente de las escuelas a las que haya concurrido además de las influencias que haya recibido de ellas.

Las escuelas que se ocupan de su formación-básica son las encargadas de lograr que utilice métodos para el razonamiento lógico, entre ellos el método científico que le permita el análisis crítico de factores cualitativos y cuantitativos que determinen una variedad, o sea, la discriminación de cuando un planteamiento es una hipótesis, que esta ya demostrado para ser utilizado con certeza práctica o definitivamente es algo falso o no útil.

Las escuelas son las encargadas de que el estudiante obtenga el conocimiento de la evolución histórica, político, económico y cultural de su país, que sirve de base para su actuación profesional, encargadas de que el estudiante llegue a manejar en forma adecuada el lenguaje hablado y escrito que hasta ahora es nuestro principal instrumento de comunicación, por último, es la encargada de mover al estudiante para que llegue a ser un ciudadano útil a su comunidad.

La universidad es la encargada de que el estudiante se forme con una base de conocimientos científicos útiles y adecuados a su profesión, y de que obtenga el conocimiento psicomotor, las destrezas o habilidades necesarias y manifieste una sincera actitud que le lleve a actuar de acuerdo a sus principios y propósitos de su profesión.

De acuerdo con Lexington, la escuela de odontología es la encargada de lograr que el estudiante llegue a ser un profesionalista biológicamente habilitado, técnicamente capaz, concientizado socialmente y en general preparado para resolver los problemas odontológicos que afecten a su comunidad.

En cierto aspecto una escuela de odontolo--

gía debe tener como meta principal la formación - de personal que constituya un equipo que este en - condiciones de resolver significativamente los - problemas bucodentarios que afectan a la comuni- - dad de acuerdo al momento social económico, cultu - ral y en general epidemológicamente del país o re - gión para la cual está formando recursos odontoló - gicos.

La formación del estudiante en la escuela - depende en buena medida de los objetivos del con - tenido, de la metodología y del sistema de evalua - ción que constituya la curricula.

Los objetivos deben ser útiles, es decir en - focados hacia la solución de los problemas reales y vigentes y no otros; medibles o que sean suscep - tibles de determinarse si se han obtenido o no - hasta que grado y con que extensión, profundidad - y alcanzalbes, o sea la disposición sea ordenada - o integrada y no intentar lo máximo con el fin -- conciente de lograr aunque sea un mínimo.

La experiencia docente ha demostrado que -- hasta ahora son los objetivos terminales de con - ducta los que mejor se prestan para lograr las ca - racterísticas. enunciadas.

Estos objetivos se expresan diciendo que al - finalizar el tema, la asignatura, el curso o la - experiencia de aprendizaje, el alumno deberá ser - capaz de llevar a cabo la acción que se ha especi - ficado, describiendo el nivel deseado en las -- áreas del conocimiento de las destrezas y de las - actitudes que se hayan estipulado para alcanzar - esa acción, los objetivos corresponden a una que - sea necesario que el cirujano dentista maneje --- cuando se encuentra funcionando en su práctica -- odontológica: es conveniente también que se con - sidere el que esa acción se desarrolle en ejer---

ciente lo más exactamente posible dentro de las -
cuales se llevará a cabo en la práctica profesio-
nal.

El contenido del curriculum debe ser acorde a los objetivos que se han propuesto y cubrir lo -
más apropiadamente lo que sea necesario para el -
desarrollo de la acción o acciones que se plan-
teen en el objetivo.

En cuanto a la metodología que debe emplear se para ser más efectivos en la orientación del -
alumno y lograr una correcta formación profesio-
nal, está debe emplearse de modo que el alumno --
pueda integrar sus conocimientos, destrezas y ac-
titudes y le sea fácil relacionarlos y utilizar--
los de modo que no sobre ni falte alguno y le sea
posible llevar a cabo su acción con un conocimien-
to que lo fundamentey una actitud que lo dirija.

Es necesario que evite todo aquello que de-
sintegre, obstaculice o confunda la formación del
estudiante.

Entre los métodos que han demostrado mayor-
utilidad para obtener la integración, carácter --
científico, técnica efectiva y actitudes acepta-
bles se encuentra la llamada "Unidad Docente" que
sería el arreglar una situación real y dinámica -
a la que se le enfrenta un alumno para que reac-
cione de la misma manera como debiera reaccionar-
en su práctica profesional, esta debe desarrollar
conocimientos, destrezas y actitudes que determi-
nen una acción inespecífica tal como debiera de-
sarrollarse en el desempeño de alguna actividad -
o función de un profesional en práctica general.

En referencia a los sistemas de evaluación,
esta ha continuado por mucho tiempo dependiendo--
fundamentalmente del examen final que por una par

te no está siempre bien diseñado por no representar lo importante del contenido, ni por estar medido por escalas de razones en las cuales las calificaciones representan verdaderamente la realidad, ni existe entre las diferentes calificaciones una relación entre ellas, por ejemplo que 8 represente el doble de 4 ó el cuádruple de 2.

La evaluación debe ser de objetivos y debe evaluar principalmente el resultado final logrado por el alumno.

Un breve análisis nos puede explicar que es lo que a cierto juicio esta ocurriendo en muchos países de Latinoamérica: la situación de la salud bucal en México puede expresarse con unos pocos indicadores, como ya se mencionó en el capítulo II.

Todo esto desde luego es consecuencia de -- la cantidad y calidad de servicios odontológicos -- prestados a la población por las personas que se encargan de hacerlo, tanto en su carácter profesional como en el de empíricos; se menciona a menudo que en el país existen no más de 17,500 odontólogos graduados, lo que para 1980 darían una -- proporción de un cirujano dentista para 3,885 habitantes, número obviamente muy alto para que un profesionalista atienda, dada su actual productividad promedio, considerada como muy posible de -- ser incrementada en forma significativa; prácticamente el personal auxiliar de sillón no es utilizado y la delegación de funciones todavía no es -- generalmente aceptada; es posible decir que en el cuerpo profesional está constituido por una pequeña porción de cirujanos dentistas capacitados -- científicamente y humanísticamente; la mayoría -- son capaces, aceptablemente solo en el aspecto -- técnico y algunos no lo son en alguna de esas -- tres áreas.

Se puede pensar lógicamente que las características descritas para el cuerpo profesional son en gran medida resultantes de los planes de estudio de las escuelas de las cuales han egresado.

Estos han sido analizados en otros trabajos y resumiendolos se puede decir que no han variado significativamente desde hace más de 25 años, en cuanto a sus objetivos, metodología y sistemas de evaluación y solo en relación al contenido han -- sufrido algunos cambios debido al alcance de la -- tecnología fundamentalmente en cuanto a instrumen-- tal, sobre todo en cuanto al corte de tejidos den-- tales, diferentes técnicas y algunos de los nue-- vos materiales.

Esta situación se ha hecho conciente de la mayor parte de las autoridades docentes de odontología en México y con un gran sentido de responsabilidad y deseos de modificar lo que pensamos.

Es de confiar en que pronto la situación -- que se ha expuesto sobre la formación de estudian-- tes de odontología mejore significativamente a -- través de las acciones que tomen las autoridades -- universitarias conscientes en su mayoría de su -- responsabilidad ante la sociedad mexicana.

EL PAPEL DEL GREMIO ODONTOLOGICO EN LA PRACTICA PRIVADA

Actualmente en las 31 entidades federativas del país como en el Distrito Federal, los profesionistas de las ciencias políticas sociales, económicas y antropológicas tienen la tendencia a -- determinar que existen clases sociales, por lo -- que han dividido en tres clases y cada una de --- ellas se les enunciarán sus características básicas, y su relación con el ejercicio de la odontología privada.

CLASE ALTA

En lo general esta clase presenta ingresos económicos elevados que les permite vivir en colonias elegantes de infraestructura adecuada a los diversos aspectos.

Generalmente está compuesta por familias de un número mínimo de integrantes, con una alimentación balanceada, y sus necesidades de salud son cubiertas por servicios médicos de alta calidad dado el nivel de compra con que cuentan en este nivel.

En lo referente al servicio odontológico al que está clase tiene acceso es una odontología -- de alto nivel, ubicados en colonias generalmente de cierta elegancia, físicamente limpios, con salas de espera amuebladas de manera refinada, con uno o dos cubículos implementados con el mejor -- equipo e instrumental, manejando materiales de -- consumo de la más alta calidad.

Este tipo de consultorios son atendidos por cirujanos dentistas bien preparados, muchos de -- ellos especializados la mayoría de las veces en -- el extranjero lo que conlleva a que se cobren honorarios sumamente altos y sólo al alcance de las clases sociales mencionadas.

El problema epidemiológico oral en este nivel es manejado por los profesionistas de tal manera que favorezcan sus intereses de tipo monetario y haciendo a un lado muchas veces el concepto salud.

En lo referente al tratamiento que se otorga en estos servicios, se desarrolla tomando como base la buena planeación del tratamiento, siempre teniendo como base los medios de diagnóstico de -- apoyo necesarios.

El plan de tratamiento se va cumpliendo adecuadamente mediante citas de trabajo, en las que se ocupa una regular cantidad de tiempo, haciendo uso de excelentes técnicas odontológicas en las que se cuenta con asistentes capacitados lo que lleva a proporcionar al paciente una buena atención odontológica de manera integral.

Los tratamientos rehabilitativos siempre están apoyados por laboratorios dentales que les permite una elaboración adecuada de la aparatología necesaria para la solución de los tratamientos que ahí se realizan.

CLASE MEDIA.

Esta clase se puede decir que se encuentra configurada en su mayoría por la baja burocracia y el asalariado que presta sus servicios en las empresas transnacionales, comerciantes en pequeño que generalmente cuentan con salarios suficientes para cubrir medianamente sus necesidades básicas, esta población vive en colonias con infraestructura básica y suficiente.

En este nivel núcleo familiar cuenta con un número de integrantes un tanto mayor al de la clase alta.

Tomando en consideración su poder de compra en lo referente a los servicios de salud es mucho menor al de la clase alta, teniendo que recurrir a los servicios a que les son prestados en las dependencias en las cuales prestan sus servicios, por lo que generalmente nunca están satisfechos con los servicios de salud que les son prestados en las instituciones que les corresponden.

En lo referente al servicio odontológico tienen que recurrir a consultorios privados de me

diana categoría que en general cuentan, con una buena ubicación y en su aspecto físico están implementados con una sala de espera modesta, un cubículo con el equipo, instrumental y materiales de consumo necesarios, muchas veces tendiendo más a la baja que a la alta calidad en su fabricación.

Estos consultorios son atendidos algunas veces por cirujanos dentistas, pasantes de odontología, y con cierta frecuencia charlatanes (que alguna vez estudiaron odontología sin haber terminado), por lo que estos presentadores de servicios cuentan con cierto grado de preparación y cobran honorarios al alcance de esta clase.

La calidad del servicio que aquí se ofrece con frecuencia deja mucho que desear en virtud de que estos consultorios cobran cuotas bajas y esto hace que el profesionista tenga que usar materiales de consumo de mediana calidad para elaborar aparatología, que es requerida por el paciente.

Tomando en consideración, que estos profesionales deben atender a un número grande de pacientes, que les permita obtener ganancias adecuadas a su supervivencia, debe hacerse notar que tal situación va en detrimento de la calidad del servicio prestado ya que el tiempo es poco y las actividades deberán realizarse con rapidez y muchas veces con cuidados mínimos. Lo que ocasiona, que la odontología, que aquí se presta tienda a ser más bien mala que buena.

CLASE BAJA.

Este tipo de población habita en colonias en las que destaca la insalubridad, su alimentación es insuficiente y cuentan con escasos recursos para acudir a servicios médicos en los que puedan resolver sus problemas de salud.

Por lo general esta clase está conformada por unidades familiares integradas por un elevado número de personas, lo que ocasiona la falta de recursos para poder satisfacer sus necesidades primarias.

De acuerdo con lo anterior esta parte de la población para resolver sus problemas de salud recurre a los servicios que prestan algunas instituciones de salud (como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que les resolverá sus necesidades básicas), y para resolver sus problemas restaurativos y de rehabilitación tienen que acudir a servicios médicos dentales de bajo nivel, ya que es costumbre en esta población asistir a un servicio dental cuando la molestia es insoportable y en un estado desastrozo.

Esta población se interesa "por que se le quite la molestia" y jamás se preocupará por saber la causa del problema que le está afectando a su salud.

Los servicios que la práctica privada ofrece a este tipo de población para la solución de sus problemas en el aspecto odontológico presenta las siguientes características.

Son los consultorios atendidos algunas veces por pasantes de odontología, muchas veces por charlatanes que no cuentan con la suficiente preparación para poder diagnosticar y mucho menos para tratar adecuadamente las necesidades de la salud oral que le son demandadas.

Este tipo de servicios se caracteriza por sus bajas condiciones de higiene, trabajan con equipos e instrumental en las más bajas condiciones de limpieza y de asepsia por lo que son en potencia verdaderos focos de infección para la po-

blación, que desafortunadamente acuden a esos lugares a resolver sus problemas de salud oral.

En este tipo de servicio la tendencia a los charlatanes que ahí trabajan es la de mutilar -- al paciente haciéndole el mayor número de exodoncias posibles con el objeto de convencer al paciente de que se mande a hacer sus prótesis removibles, totales que representan para ellos mayores ingresos sin importarles el daño que estos -- aparatos mal hechos ocasionaran a corto plazo a la salud general del paciente.

De este tipo de clínicas se encuentran saturadas el D.F., en las colonias populares, áreas urbanas de ciudades fronterizas como Tijuana, Mexicali, Reynosa, Matamoros, Nuevo Laredo, Tapachula, etc., y algunas trabajan con nombres distintos como Clínica de San Pedro, San Javier, Dental -- Sta. Rita, Clínica Dental Novegades, Clínica Dental de Oro, etc.

CAPITULO IV

ANALISIS DEL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGIA
EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD AN
TE EL PROBLEMA EPIDEMIOLOGICO ORAL.

Para el desarrollo de este capítulo se han tomado como base los problemas de odontología en la Dirección General de Estomatología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, encontrándose lo siguiente:

Para la implantación de estos programas se ha tomado en cuenta el funcionamiento y el equipo especializado de profesionales, técnicos clínicos auxiliares, pasantes de servicio social y sociológicos, existentes en cada unidad aplicativa realizando sus funciones en dos aspectos el administrativo y el programático operativo, los cuales han de marchar conjunta y coordinadamente.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

El primer problema que se presenta es el número reducido de dentistas ante las grandes necesidades de atención oral presentes en el pueblo, por lo que deberá elaborarse un plan de trabajo perfectamente controlado que produzca servicios básicos (la clase indigente es la que más requiere atención, y sólo en los Centros de Salud donde puede recibirla gratuitamente).

Los horarios de los servicios dentales tienen un límite que puede variar de 2 a 6 horas de atención directa, según el Centro de Salud.

Existen sin embargo, la necesidad de proporcionar servicio de emergencia, por lo que es necesario sostener guardias dentro del Servicio, aunque estén fuera de los horarios de los servicios dentales. La educación Estomatológica requiere también de horas de trabajo dentro y fuera del Centro, y se debe contar con el personal específico para esta actividad.

BIBLIOTECA CENTRAL

En los Centros de Salud el trabajo de clínica dental y el conjunto de actividades deberá desarrollarse y canalizarse en forma eficaz siguiendo un programa determinado que facilite el ordenamiento y en función de sus disciplinas.

Se debe de buscar la forma para que los programas de trabajo den el máximo beneficio a mayor número de personas.

El trabajo asistencial debe combinarse con todas aquellas medidas de prevención que están al alcance y, de acuerdo al orden de las enfermedades buco-dentarias, establecer prioridades que actúan sobre los grupos en que los recursos con que se cuentan sean más aprovechables.

Las partidas para sueldos, instrumental y materiales se tienen que ajustar a cantidades pre determinadas que generalmente rebasan posibilidades presupuestales.

ASPECTOS PROGRAMATIVOS OPERATIVOS.

Ante todo el odontólogo debe conocer y analizar los problemas especiales de su comunidad, aunque los más graves son fácilmente determinables por ser mundialmente conocidos: así las caries y otras enfermedades o afecciones bucales aumentan geométricamente en todo el mundo a pesar de los esfuerzos que ejercen conjuntamente los servicios públicos y las clínicas particulares (aunque en estas últimas existe una saturación de horas-trabajo que en cierta forma agravan el problema).

Concretamente en nuestro país, las encuestas han demostrado que las enfermedades buco-dentales, representan un grave problema de salud pública por su elevada morbilidad, por ejemplo las-

caries y las parodontopatías afectan a un 90 y 80% de la población respectivamente; por otra parte, y al margen de la etiología específica de los padecimientos orales, la falta de educación higiénica -- contribuye a que el problema vaya en aumento.

Al considerar que la República Mexicana cuenta con 60,000,000 de habitantes, el 90% de la población está afectada por caries, se tiene que -- existen 59,000,000 de personas que requieren tratamiento dental; además como el número de piezas -- afectadas por personas es de 7, existen 315,000,000 de piezas dentales afectadas, mientras que el número de dentistas que se ocupan del problema es -- 17,500 ahora bien, suponiendo que cada uno de estos profesionistas pueda atender al año 1,000 piezas, sólo se logrará una curación de 17,500,000 en 428,571 pacientes, por lo que, dedicar todo el esfuerzo a la asistencia de la caries ni resuelve el problema ni permite disminuir notablemente.

Las parodontopatías, al igual que las caries es otro gran problema de odontología. Las encuestas indican que en hombres de más de 35 años de -- edad y mujeres de más de 40 años, las afecciones -- del parodonto ocasionan de 2 a 3 veces más extracciones que la caries. La prevalencia y gravedad de esta afección aumenta con la edad y se encuentra -- extendida en todo el orbe.

La educación higiénica es la mejor medida -- profiláctica conocida hasta ahora en contra de este padecimiento.

Otras afecciones, no tan frecuentes, deberán ser tratadas con programas especiales y en departamentos o clínicas especializadas.

ELABORACION DEL PROGRAMA.

Para la elaboración del programa y mejor rea

lización de éste, de acuerdo con los aspectos administrativos y programáticos operativos, se han establecido, prioridades de acuerdo a la ocurrencia de la enfermedad, con los grupos de población y con la actividad a desarrollar.

a) A.- Prioridades en cuanto a los padecimientos a atender.

1.- Caries.

2.- Parodontopatías.

3.- Maloclusiones y afecciones que siguen en número a las anteriores como procesos patológicos, distrofias congénitas, cáncer oral, etc.- (estos padecimientos podrán ser canalizados a -- servicios asistenciales especializados, ya sea dentro del mismo Centro o en otras clínicas).

b) B.- Prioridades en cuanto a los grupos de población.

1.- A escolares porque existen en ellos:

a) Es el grupo de riesgo ante la patología bucal.

b) Menor mortalidad que en el grupo preescolar.

c) Mayor expectativa de vida del diente.

d) Facilidad de controlarlos en las escuelas.

2.- A gestantes.

a) Para prevenir complicaciones buco-dentales.

b) Para darles educación higiénica que después se transmitirá a la familia y a la comunidad.

3.- A preescolares porque en ellos existe:

a) Una fase de evolución de temporales y -- permanentes.

b) Mayor frecuencia de complicaciones.

c) Mayor ventaja educacional.

d) Es grupo de riesgo ante la patología bucal.

4.- A adolescentes y adultos, que ocupan el último lugar debido a que, por su condición y -- edad, de poco sirven para las medidas de prevención oral.

C.- En cuanto a la actividad.

1.- Atención clínica.

2.- Educación higiénica.

3.- Protección específica (Prevención).

En un servicio de 2 a 3 horas en el departamento dental, la labor del personal especializado se efectuará de acuerdo con los siguientes:

PROGRAMA DE ACTIVIDADES.

A.- Atención clínica.

1.- Primera prioridad: escolares.

a) Emergencias.

b) Obturaciones temporales e intermedias con óxido de zin-eugenol.

Piezas Temporales.

a) Emergencias (endodoncias, pulpotomías).

b) Obturación de amalgama y resinas sin técnicas.

Piezas Permanentes.

a) Terapia pulpar.

b) aplicaciones fluorúricas.

c) Profiláxis y odontoxesis.

2.- Segunda prioridad: gestantes.

a) Emergencias.

b) Tratamientos profilácticos.

c) Extracciones.

d) Obturaciones: amalgama y resinas sintéticas.

e) Profiláxis y odontoxesis.

NOTA: Las obturaciones a gestantes se seguirán efectuando mientras exista tiempo disponible - dentro del horario y en tanto no sea cubierto por lo anterior.

3.- Tercera prioridad: preescolares.

a) Emergencias.

b) Extracciones.

4.- Cuarta prioridad: Adolescentes y adultos.

a) Emergencias.

b) Extracciones.

c) Obturaciones.

d) Profilaxis y odontoxesis.

NOTA: Obturaciones y extracciones a adolescentes y adultos se canalizan a servicios vespertinos de los centros. En zonas semiurbanas o rurales donde no existen otra institución asistencial, las - - atenciones a esta última prioridad se cubrirán en - su totalidad.

B.- Actividades de campo.

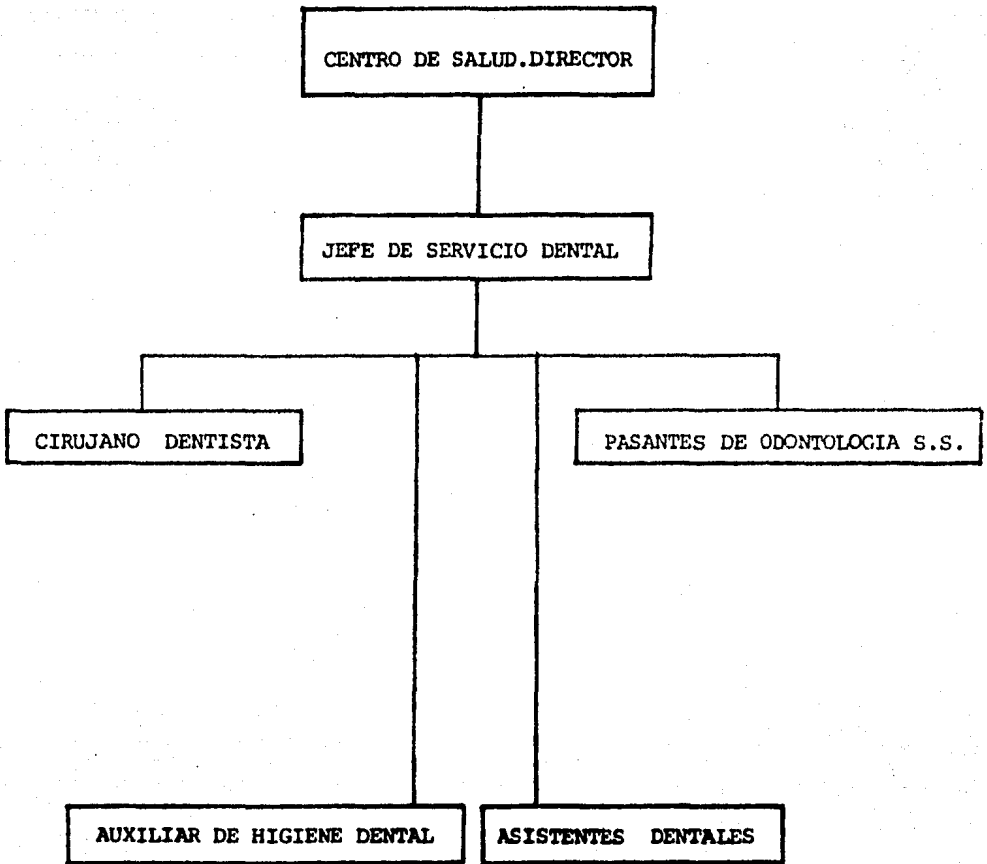
1.- Educativos y preventivos.

a) Asistencia de escolares hacia los Centros de Salud usando los medios de notificación para los padres de familia y los maestros.

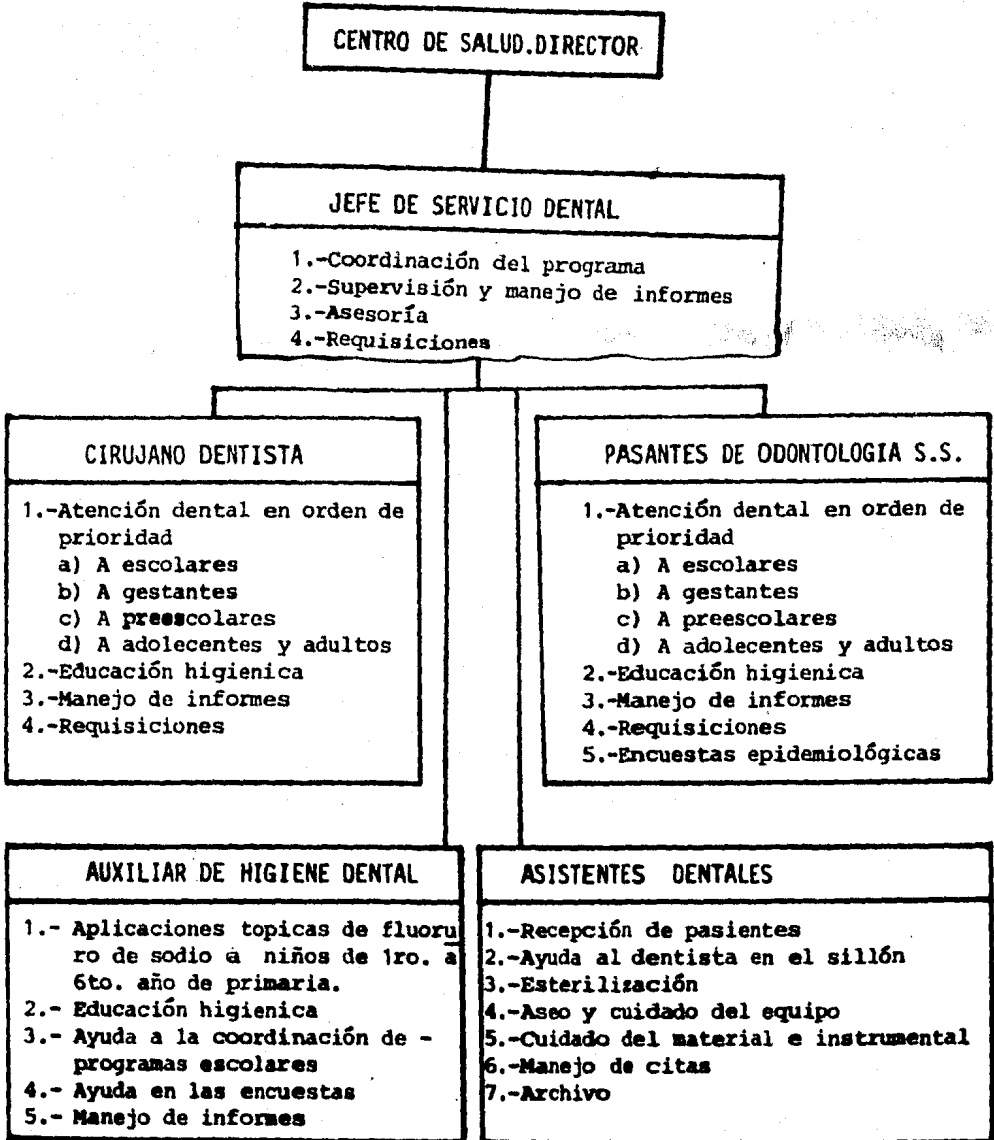
b) Estableciendo clubes de cepillado dental - tanto en escuelas como en el Centro de Salud, instalados por personal de este último. Debe considerarse finalmente que estos programas de trabajo han -- sido aceptados en el ambiente sanitarista internacional como una de las medidas más efectivas, de -- prevención y atención de las enfermedades buco-dentales, especialmente para la prevención de la ca- - ríes. Su realización está planeada a nivel nacio- - nal, operándose en cada localidad mediante una campaña educativa y preventiva de las instituciones en

escuelas (autoaplicaciones de flúor).

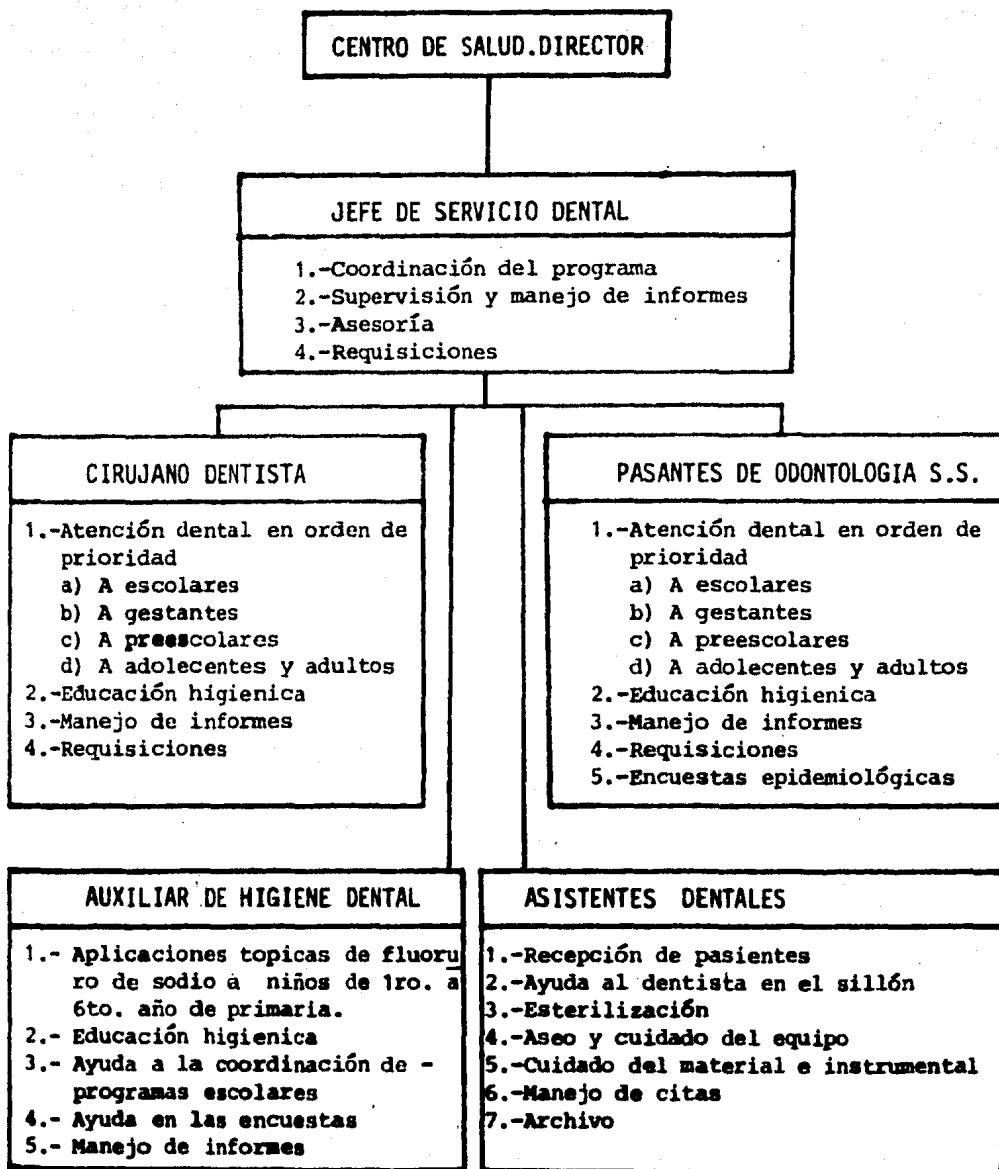
Finalmente se presenta un esquema de organización profesional y distribución de actividades en un Centro de Salud. (Ver cuadro 1 y 2).



CUADRO 1



CUADRO II



CUADRO II

IMPORTANCIA DE LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE ODON

TOLOGIA SANITARIA

La salud pública tiene como objetivo principal, la prevención, conservación y restablecimiento de la salud en la comunidad y trata de lograr sus objetivos por medio de programas que puedan tener diferentes objetivos por medio de programas -- que puedan tener diferentes magnitudes, desde el más modesto programa de control hasta la campaña de erradicación nacional.

Ahora bien, es imperioso e indiscutible saber si el programa es adecuado, si su ejecución se lleva a cabo en la forma prevista y si los resultados obtenidos son los estipulados; en una palabra es necesario saber si el trabajo que se realiza -- es el indicado tanto cualitativa como cuantitativa mente. Es a esta acción a la que se le da el nombre de evaluación de Programas Sanitarios.

La evaluación debe ser tomada como un medio para lograr el proceso de los programas sanitarios y nunca como un fin.

Tradicionalmente, la evaluación ha sido uno de los aspectos olvidados en la odontología sanitaria, y consecuentemente el avance a este campo.

Todas las actividades que se llevan a cabo en odontología sanitaria deben ser evaluadas, tanto las de proyección nacional como las de nivel intermedio y local. Aquí se trata brevemente de la evaluación de los programas a nivel local siguiendo el ejemplo anterior de un Centro de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Las actividades a este nivel pueden englobarse en dos aspectos que se complementan.

EDUCATIVO, PREVENTIVO Y EL CURATIVO.

El problema al cual se da prioridad en cuanto a los padecimientos a atender, es la caries dental, y las actividades principales en el aspecto preventivo son la fluoración del agua de consumo, las aplicaciones y autoaplicaciones tópicas de soluciones fluorificas (estas dos solo cuando son necesarias) y la educación para la restricción del consumo excesivo de azúcares.

La evaluación en la fluoración es relativamente sencilla, ya que trata solamente de saber si los componentes de los índices de caries han sido modificados en la proporción esperada y si el costo de los beneficios obtenidos ha sido adecuado.

Sin embargo, los programas que se promueven por medios educativos para restringir el abuso excesivo de azúcar, son sumamente difíciles de evaluar, ya que sus resultados no son directos y no sólo se trata de averiguar cuantas personas han cambiado sus hábitos, sino además cual ha sido cuantitativamente el beneficio obtenido con el cambio.

Son los programas de acción curativa los que mayor trabajo representan para ser evaluados. Se sabe que la eficiencia o rendimiento de un servicio de este tipo depende de:

LA PRODUCTIVIDAD Y EL COSTO.

La evaluación de la productividad se basa a su vez en la relación trabajo-tiempo efectuado y el tiempo utilizado en su ejecución: para la recolección de éstos se utilizan generalmente cuatro tipos de fichas o formas.

- a) Ficha individual.
- b) Hoja de trabajo diario.
- c) Informe mensual.
- d) Informe anual.

De acuerdo con las normas recomendadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia para los Centros de Salud, en cuanto a los grupos de población las gestantes tienen prioridad.

Se tomará esta prioridad como ejemplo para estudiar su evaluación.

Dentro de los servicios prestados a esta prioridad se tienen datos fundamentales a saber:

- 1.- Consultas.
- 2.- Tratamientos iniciados (exámenes dentales).
- 3.- Tratamiento completo.
- 4.- Obturaciones de Amalgama.
 - a) En dientes permanentes.
 - b) En dientes temporales.
- 5.- Obturaciones de resinas sintéticas.
- 6.- Terapia pulpar.
- 7.- Curaciones.
- 8.- Extracciones en dientes permanentes.

9.- Extracciones en dientes temporales.

10.- Horas contadas y trabajadas por los -- dentistas en el mes.

El principal objetivo en un programa de tratamiento a escolares debe ser expresado en término de números de pacientes con tratamiento completo; la función del odontólogo en este caso debe ser la de rehabilitar el mayor número de pacientes en la función masticatoria en la forma más conveniente posible.

Los tres primeros datos (consultas, tratamientos iniciados y completos) deben aparecer -- siempre juntos para que al acompañarlos den una -- idea clara sobre la proporción de pacientes con -- tratamientos terminados en relación con los iniciados, así como el número de consultas necesarias para obtener el tratamiento completo.

Mientras mayor sea la proporción de casos -- terminados respecto a los iniciados y mientras menor sea el número promedio de consultas por tratamiento completo, mejor estará siendo ejecutado el programa.

El dato de obturaciones de amalgama haciendo la diferencia entre permanentes y temporales -- es necesario, para saber hasta que grado se sigue la política recomendada de dar preferencia a la -- obturación en permanentes sobre temporales.

Para el dato de extracciones no basta saber cuantas han sido hechas en dientes permanentes o temporales sin tener necesidad de otros datos como el tipo de técnicas seguidas para la anestesia (en última instancia la odontología moderna -- no acepta las extracciones sin anestesia) este -- será un ejemplo del uso de datos útiles.

Para poder evaluar eficazmente un programa de tratamientos es necesario conocer el tiempo que se ha gastado en llevarlo a cabo por lo que precisamente el total de horas de trabajo de los dentistas en un mes.

Es lógico que un servicio que cuenta con cuatro dentistas trabajando tres horas diarias, o sea un total de 312 horas dentista en un mes (26 días laborables) tenga mayor producción que otro servicio con un solo dentista con un total de 78 horas.

Por otra parte deben contarse vacaciones, permisos, reuniones científicas o enfermedades, con lo cual el servicio de un solo profesionalista puede quedar con solo 48 horas dentista en un mes. Por esto la evaluación puede solo hacerse cuando se toma en cuenta el tiempo que fue disponible para llevar a cabo el programa. Por la elasticidad que tienen estos programas es necesario incluir en estos datos el apartado; "otros tipos de trabajo" pero cuando este alcance o sobrepase el número de obturaciones, quiere decir que esta desvirtuando la política recomendada.

La evaluación de la productividad indica si el trabajo planeado se ejecuta en forma correcta o no y en que porcentaje.

Para que la evaluación sea completa tendrá que estudiarse el costo del programa, y la conveniencia de continuarlo, ya que en dos servicios igualmente productivos de un mismo programa, uno puede costar el doble o más que el otro (Se ha comentado acerca de algunos servicios que por su alto costo es más justificado enviar a los pacientes a dentistas particulares).

Los elementos más importantes que componen el costo de un programa son:

- 1.- Personal: sueldos y horarios.
- 2.- Depreciación de equipos e instalaciones.
- 3.- Gastos de operación que incluyen:
 - a) Material de consumo.
 - b) Renovación de equipo.
 - c) Conservación y arreglo del equipo.
 - d) Improvistos de gastos eventuales.

Así pues, la evaluación sirve para conocer - los errores que se cometen al planear o ejecutar - los programas y de este modo poder corregirlos evi-
tando que sus repercusiones desfavorables conti-
nuen año a año.

Por eso la evaluación debe ser obligatoria - del trabajo ordinario de cada servicio y represen-
ta un instrumento sumamente valioso para el mejora-
miento de los programas de odontología sanitaria -
parte competente e inseparable de la salud pública.

CONCLUSIONES

Actualmente la mayoría de la población del país se muestra indigente en cuanto a su salud corresponde y muchas veces se acostumbra a su enfermedad o al dolor que ésta le provoca llegando incluso hasta convertirse en crónico, si junto con esto aunamos el hambre, la insalubridad y las epidemias es de esperarse grandes estragos en las comunidades mexicanas.

Es por ello que debe establecerse una lucha en contra de la ignorancia y la pobreza tratando de devolver al hombre su dignidad perdida a través de la salud.

Si bien es cierto es un estado completo de bienestar físico, mental y social también es cierto de que la salud es uno de los derechos individuales que debe procurarse sin distinción y que toda sociedad debe velar por ella para su buen desarrollo.

Una sociedad sin salud es como un cuerpo sin alma y la salud oral es parte del completo bienestar.

Las clínicas dentales particulares existentes atienden a un sinnúmero de pacientes, pero todos ellos pertenecientes a un grupo privilegiado que puede pagar los honorarios del dentista y como consecuencia la mayoría se encuentran enclavados en las grandes ciudades.

Viéndose difícil combatir la mentalidad de la mayoría de los individuos relacionados con la salud oral, la odontología sanitaria, financiada por el esta--

BIBLIOTECA CENTRAL

do, se realiza como la única solución inmediata para disminuir las afecciones orales de grandes grupos marginados de nuestra sociedad y conducir las -- algún día a su mínima expresión.

La Odontología Sanitaria está vinculada a la Salud Pública y a la Odontología Preventiva y Curativa; depende y se sirve de ellas. El ideal de la Salud Pública y de la Odontología Sanitaria es la prevención primaria de las enfermedades, y sólo al fallar ésta, debe recurrirse a las prevenciones secundarias.

No se puede pasar por alto el mencionar que los programas de trabajo para los servicios dentales deben ser adaptados para cada comunidad en particular debiendo principalmente a la ignorancia -- o nivel cultural de cada una de ellas.

Los programas de trabajo para los servicios dentales, al igual que otros servicios, deben organizarse dentro de los órdenes técnico, científico y administrativo para el buen desarrollo de las actividades a realizar.

El hombre como animal superior, es eminentemente social y que dotado de un pensamiento tiene entre otras la convicción de igualdad y es por esto que podemos afirmar que mucho se ha logrado, -- pero queda mucho por hacer y será necesario todo el ingenio de la técnica, la ciencia, al servicio de la salud oral y de todos los demás adelantos científicos para que el hombre sea verdaderamente hombre.

BIBLIOGRAFIA

1. Freman, Tuth Holmes, M.E. Administración de los Servicios de Salud Pública. Ed. Interamericana 1962.
2. La Salud Responsabilizada del Estado de México, 1972 S.S.A.
3. Material de orientación sobre odontología en Salud Pública S.S.A.
4. Estudio de Patología Bucal en 1293 hombres del grupo etario de 20 años de la provincia de Chulent. Argentina.
5. Dra. Flores H. de Mendoza Carmen. Índice para el estudio Epidemiológico, de las Caries Dental y Criterios para llevar a cabo el examen dental en la escuela epidemiológica.
6. Dirección General de la Odontología Política Nacional de Salud Pública.
7. Dirección General de Odontología 1974, México Programa Nacional de Salud Bucal.
8. Ministerio de Salud Pública. Colombia Evidencia Clínica.
9. Asociación Dental Mexicana. Revista, Vol. 30 - No. 3 Mayo 1973.
"La Formación del Estudiante de Odontología".
10. Dres. Flores H. de Mendoza Carmen y Rico Cano-Crispin M.S.P. Encuesta sobre el estado de salud oral en la población derecho-habiente de la clínica T-2 de Uruapan, Mich.

11. Comisión Estatal de Odontología de Nuevo -- León. Metodología para la creación del Centro Regional de Recursos Odontológicos de -- Monterrey, 1974.
12. a).- Asociación Americana de la Salud.
 b).- Diversos Autores, Salud Pública de Mé- xico, Epoca V, 1960, 1961, 1962, 1963, Vol. II, III, IV, V, VI.
 c).- Hanlon J.J. Principios de Administra- ción Sanitaria.
 "La Prensa Médica Mexicana". 2a. Ed. - México, 1963.
 d).- Dr. Vasilio Vaquillo Lagos. "Bases de -- la Odontología Sanitaria". (Trabajo).
13. Documentos H.P./D.H./24. Serie Internacio- -- nal de Conferencias sobre Odontología Sani- taria Panamericana, Washington D.C. 1973.
14. Dres. Belamy Hare Carlos y Farril G. Manuel. "La Gran necesidad de reformar las técnicas -- de aprendizaje de la Odontología".
15. Encyclopedaia Británica, Vols. 7 y 11.
16. Análisis de la Problemática de los Maxila- -- res de la Odontología en México, 1973.
17. Dirección General de Servicios Coordinados -- de Salud Pública en Estados y Territorios. Normas para los Servicios de Odontología -- 1974.

18. Dirección de Bioestadística Vitales (1960 - 1970). De los Estados Unidos Mexicanos. México.
19. Dr. Ruing Bentz Rafael.
La Tribuna Odontológica, Buenos Aires, Argentina.
20. Salud Pública en México No. 4.
Curso sobre Pluxuación del Agua Potable, 1971.
21. Oficina Panamericana de la Salud Maracaibo, - 1973. Universidad de Zulia.
Programas de Acciones en Salud Mental.
22. Rouríguez Luis Angel. La Ciencia México de - los Aztecas. Ed. Hispano Mexicana 1944.

BIBLIOTECA CENTRAL