

870122

40

2ej

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA SOCIOLOGIA EN LA PRACTICA DE LA
ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR
PARA SU MEJORAMIENTO.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

JACQUELINE DEL ROSARIO FRANCIS VILLADIEGO

Asesor. C.D. Francisco E. Castañeda Rico
GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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.

" LA SOCIOLOGIA EN LA PRACTICA DE LA ODONTOLOGIA COMUNI-
TARIA FAMILIAR PARA SU MEJORAMIENTO. "

INDICE.

	PAGS.
	INTRODUCCION..... 1
CAPITULO I	INTRODUCCION A LA SOCIOLOGIA..... 3
CAPITULO II	LA ODONTOLOGIA..... 25
CAPITULO III	LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMI-- LIAR..... 49
CAPITULO IV	ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR- Y ODONTOLOGIA DE PRACTICA PRIVADA 56
CAPITULO V	ACTUALIDADES DE LA ODONTOLOGIA -- COMUNITARIA FAMILIAR..... 67
CAPITULO VI	LA SOCIOLOGIA COMO MEDIO DE MEJO- RAMIENTO PARA LA ODONTOLOGIA COMU NITARIA FAMILIAR..... 108
	CONCLUSIONES..... 126
	BIBLIOGRAFIA..... 129

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

INTRODUCCION.

Es conocido de todos nosotros la definición -- utópica, pero ideal que nos ha legado la Organización -- Mundial para la Salud la cual dice que: La salud es un - estado de completo bienestar ffsico, mental y social y - no solamente la ausencia de afecciones a enfermedad o in- validez (de un individuo o de una comunidad en todos los sentidos). Por lo cual considero prudente cuestionar- - nos: ¿ Estamos los miembros de la profesión odontológica ofreciendo un verdadero bienestar ffsico, mental y so- - cial a nuestros semejantes ?

A través del tiempo no hemos preocupado por el - aspecto ffsico y mental de dicho bienestar ofrecido, pe- ro, ¿ Hemos acaso hecho algo por el bienestar social de - la población que nos rodea ? ¿ Hasta que punto somos con- cientes de que vivimos en una sociedad necesitada de no- sotros los odontólogos como SERES HUMANOS ?

La idea de éste estudio bibliográfico es tra-- tar de llamar la atención hacia la ayuda que la sociolo- gfa nos puede brindar para el mejoramiento del servicio- a la comunidad, en donde el profesional desde su básica- formación debe tomar conciencia que debe tener la misma- importancia la acción preventiva como la terapéutica, ya que ella nos ofrece ventajas tales como el tan deseado -

bienestar físico, mental y social en cada uno de los integrantes de la comunidad, que se verá reflejado incluso en la economía de una Nación. Así mismo debe tener la convicción de que ha de prepararse para desempeñarse en un futuro inmediato dentro de una modalidad de actividad social de salud. Algunos consideramos que debería ser de primordial importancia (la concientización y la motivación de los odontólogos tanto privados, como institucionales para que se sientan conmovidos, motivados por la presencia del paciente como persona y deje de verlo solamente como una cavidad bucal o una pieza dentaria; que vivencie el calor humano que proviene del conocimiento personal, dando una respuesta a su vocación personal y social manifestada como servicio a la comunidad en consecución del bien común.

El odontólogo tiene acciones y responsabilidades que deben de moldear su conducta profesional, acciones que establecen obligaciones no solo para con él, sino para con sus familiares, pacientes y sociedad en general que merecen el más delicado respeto y están cimentados en normas de moral; a esto se le llama Deontología que es la ciencia o tratado de los deberes y la Deontología en Odontología tiene que ser de los deberes del odontólogo. PRESTAR AL HOMBRE soluciones para su salud bucal dentro de un marco científico.

CAPITULO I

" INTRODUCCION A LA SOCIOLOGIA. "

CAPITULO I

" INTRODUCCION A LA SOCIOLOGIA. "

Para hablar de la Sociología como medio para el mejoramiento de la Odontología Comunitaria Familiar, es necesario tener conocimiento de los estudios que han llevado a cabo algunos autores sobre Sociología, es por eso - que creo necesario dedicar éste capítulo a describir si - no todos los estudios por ser muy extensos, sí por lo me - nos, algunos conceptos que nos servirán de gran utilidad como introducción para el personal relacionado con la -- Odontología clínica-social interesado en el estudio de - los fenómenos sociales y su valor en la misma.

El estudio de los fenómenos sociales no aparecen en forma de ciencia independiente sino hasta la primera mitad del siglo XIX.

Existía ya todo un conjunto de ciencias todas con su objeto de estudio determinado, pero no había ninguna que se preocupara por atender esta distinta clase - de fenómeno que son las relaciones interhumanas, las so - ciedades. Ninguna ciencia se había planteado como tema - propio el de indagar el fenómeno social.

El hecho de que el estudio de los fenómenos --

sociales aparezcan hasta la primera mitad del siglo XIX - explica por que este fenómeno, el social, no es tan claro perceptible y aprehensible, como cualquiera de los otros - que constituyen el objeto de estudio de las demás ciencias. Lo social tiene la fluidez de la vida misma, las relaciones interhumanas no son perceptibles por los sentidos, consiste en un fenómeno vital cambiante que se está siempre realizando, deviniendo. Se sostiene además que - la Sociología aparece en un momento en que habfa una crisis histórica social, humana.

A mediados del siglo XIX empieza a cambiar las - más tradicionales formas de vida, sin que sean inmediatamente substituidas por otras.

El maquinismo, el intelectualismo, etc., colo-- can al ser humano en una crisis espiritual; el ser humano se vuelve reflexivo, apreciativo, y se preocupa por des-- cribir las causas de la crisis en que se encuentra, y es-- así como viene a plantearse el fenómeno social como un -- objeto de conocimiento, resumiendo, las causas que expli-- can la aparición de la Sociología en el siglo XIX son:

- a) Dificultad propia de aprehensión del fenóme-- no social y
- b) Momento de crisis en el siglo XIX.

Esta nueva ciencia es creada y fundamentada por el filósofo francés Augusto Comte (1798-1857). Pretendió éste delimitarla, encontrar una esfera propia y exclusiva que enfocará su investigación al campo de los fenómenos que ocurren en la convivencia humana.

Esto no quiere decir que la indagación de los fenómenos sociales no hubiera existido antes de Comte. -- Con gran anterioridad se hacía en casi todos los pueblos desarrollados culturalmente, y encontramos esa inquietud tanto en el Oriente como en el Occidente. Sin embargo -- antes de Comte no existía el estudio de los fenómenos sociales con el carácter de ciencia. Su investigación se hacía confundiendo con otras ramas como la economía, la política, la historia, la ética, la filosofía, etc. No existía estructurada, organizada y dedicada al estudio de los fenómenos que ocurren en la sociedad. Se estudiaba lo social dentro de la economía o de la política, etc.

Es hasta el siglo XIX cuando nace la Sociología autónoma. Comte toma como modelo una de las ciencias más desarrolladas de la época, la que mayor auge había alcanzado: La Física, y así es como denomina Sociología o Física Social a ésta nueva rama del conocimiento.

La palabra Sociología creada por Comte, significa tratado o estudio de los fenómenos sociales, tratado --

de las sociedades. Sus elementos etimológicos proceden de dos lenguas diversas: Del latín SOCIUS, SOCIETAS (Sociedad) y del griego LOGOS (discurso, tratado). Además de las diversas definiciones que existen se encuentra -- también que admiten que dicho estudio de lo social ha de hacerse considerándolo como una realidad; no como un -- ideal. En efecto la Sociología estudia la realidad social tal como es, más no es un tema de su incumbencia -- estricta planear como deben organizarse las sociedades. -- Pues este otro tema da lugar a tres disciplinas que, aunque de suma importancia, son diferentes de la Sociología. Ellas son: La filosofía Social, La filosofía Política y la Filosofía Jurídica.

La Filosofía Social. tiene como preocupación -- planear como deberían estar estructuradas las sociedades; se plantea programas ideales relativos a cual sería la me -- jor forma de organización social.

La Filosofía Política, con grandes puntos de -- contacto con la primera trata de elaborar planes referentes a cual sería la mejor forma de Estado.

La última de las tres ramas citadas, la Filosofía Jurídica, es una disciplina que maneja el tema de -- cual sería el mejor régimen jurídico, la mejor legislación para que rindiera sus mejores frutos en la vida social.

Otra nota inmediata que puede encontrarse en el concepto de Sociología es que aunque investiga la realidad social, no lo hace en lo que tiene de singular, de particular y concreto, sino que le interesa descubrir -- las uniformidades, las regularidades, las semejanzas que existen en la diversidad de los fenómenos sociales. O sea que estudia lo típico en la pluralidad de los hechos sociales singulares; busca la tipicidad social.

La Sociología es considerada como la ciencia-- que estudia la realidad de los fenómenos interhumanos, - en lo que estos tienen de regular, de uniforme, de típico.

Planteamos un concepto siquiera muy general, - de lo que es el saber científico. De entre la gran variedad de definiciones de ciencia, podrán extraerse, como elementos o caracteres fundamentales y constantes, -- los siguientes: un conjunto de conocimientos, con pretensión de validez universal, generalizados, referentes a - una rama delimitada del saber y ordenados en forma sistemática. Si aplicamos a la Sociología el análisis acabado de exponer, encontramos lo siguiente:

La Sociología está constituida por un conjunto de conocimientos. Estos conocimientos no se refieren a sociedades concretas o a fenómenos sociales particulares

o determinados, sino que los conocimientos sociológicos-- se refieren a conjuntos indeterminados de fenómenos sociales, en cualquier lugar y tiempo, siempre que dichos fenómenos guarden entre sí cierta semejanza, cierta tipicidad, o sea que los conocimientos de la Sociología son -- generales, incluso aspirando a formular leyes. Además -- dichos conocimientos no se extienden a la totalidad de -- los fenómenos del mundo, sino que se limitan al ámbito -- de los fenómenos interhumanos, o sea que tienen un campo delimitado de investigación. Finalmente, los conocimientos que forman la Sociología no están dispersos, sino -- que se relacionan recíprocamente, guardando un orden unificador.

Es así como se plantea el problema de aclarar -- si la Sociología, que se refiere a las relaciones humanas a la interactividad humana, es una ciencia natural o una ciencia cultural.

Se define como Ciencias Naturales las que -- refieren a la zona de las cosas cósmicas. Su carácter es fundamentalmente explicativo; pretende encontrar la razón -- o causa de los fenómenos y el enlace entre los mismos . -- Son Ciencias Naturales por ejemplo: la Astronomía, la Física, la Química, la Biología, etc.

Ciencias Culturales tienen como campo de estudio las creaciones humanas, las elaboraciones o modificaciones hechas por el hombre en el mundo. Esta clase de ciencia, más que interesarse por hacer una explicación causal de los fenómenos, se preocupa por conocer el fondo mismo de las obras humanas, o sea llegar al sentido o significado encerrado o contenido en la creación cultural de que se trate. Como ejemplo de Ciencias Culturales está la Teoría del Arte, la Teoría de la Religión, las Ciencias del Derecho, la Ciencia Política, etc.

BIOLOGIA Y SOCIOLOGIA.-

La Biología es la ciencia que tiene por objeto el estudio de los seres vivos, en cuanto tales, o sea como organismos vivos.

Entre estos seres vivos se encuentra el hombre. El hombre es materialmente considerado un ente biológico. Ahora bien, la Sociología estudia las Sociedades; pero las sociedades están compuestas por estos seres, seres orgánicos que son los hombres.

El ingrediente material de la sociedad lo constituyen un conjunto de seres biológicos, sin estos es obvio que no puede haber sociedad. En consecuencia, la

Biología que estudia a los seres vivientes, entre ellos - el hombre, está estrechamente vinculada a la Sociología - que estudia la relación entre dichos seres.

Sin fenómeno biológico no hay fenómeno social - posible. Sintetizando entre ambas existe una íntima relación. La Sociología presupone a la Biología, más no a la inversa, pues la Biología no requiere de la Sociología.

LA CULTURA Y EL DESARROLLO.

CONCEPTO.-

La cultura es el conjunto de ideas, artes y costumbres que forman y caracterizan el estado social de un pueblo o de una raza.

Cultura es todo lo que se aprende socialmente y que comparten los miembros de una sociedad.

La cultura puede dividirse en Cultura Material y no Material.

La Cultura no Material consiste en las palabras que emplea la gente, las creencias, las ideas y costumbres que sustentan, y los hábitos que han adquirido. La-

Cultura Material la constituyen los objetos que el hombre fabrica tales como instrumentos, muebles, automoviles, edificios, presas de regadío, granjas cultivadas y de hecho cualquier materia física que el hombre a transformado y empleado.

Desde antes de nacer hasta que muere, la vida de una persona está circunscrita por su cultura. Su cultura: 1) Define la significación de las situaciones y, por consiguiente, determina la conducta de que ella se espera; 2) Define las actitudes que ha de adoptar, los valores que tiene que apreciar y los fines que merece -- la pena conseguir; 3) Provee los mitos, leyendas y creencias sobrenaturales de lo que se sustentan los que en ella viven; 4) Le proporciona normas ya hechas de conducta, que le permitirán realizar todas estas cosas.

"Folkways", se define como cultura o costumbre que tienen en común los miembros de un mismo grupo social. Son la manera acostumbrada, normal y habitual de hacer ciertas cosas un determinado grupo. Conocemos dos clases de Folkways: 1) los que se refieren a los buenos modales y a la cortesía y 2) los que deben obligatoriamente seguirse por que se consideran esenciales para el bienestar del grupo. Estas ideas de lo justo e injusto que van unidas a algunos de estos Folkways, se llaman --

entonces Mores (costumbres aplicadas especialmente a las que envuelven sanción moral).

Los Falkways son los distintos tipos de conducta habitual que tienen la misma fuerza que un hábito, pero no implican una connotación moral, mientras que los Mores suponen la idea de lo bueno y lo malo. Los Falkways y los Mores se desarrollan gradualmente a través de la vida social sin ningún plan o designio consciente.

Un Rasgo es la más pequeña de las unidades de la cultura, y los distintos Rasgos que se relacionan entre sí, se agrupan en los Complejos. Rasgos Universales de una cultura son ciertos patrones de comportamiento, que comparten todos los miembros normales de una sociedad. Las Alternativas son Rasgos o Complejos entre los que uno puede escoger, mientras que las Especialidades son Rasgos o Complejos que solo atañen a ciertos grupos particulares de la sociedad, Una subcultura es el sistema de comportamiento de un grupo que, de hecho forma parte de una sociedad más amplia, pero que tiene ciertos patrones peculiares de comportamiento que los caracterizan como una unidad diferenciada. Al núcleo de normas y valores que aporta el sentimiento o tono característico a la cultura, se llama Ethos. El Ethos o hecho moral de una cultura es casi imposible de definir con precisión; sin embargo, -

existe una diferencia apreciable entre las culturas de -- las distintas sociedades, que es algo más que la simple - catalogación de los rasgos y complejos individuales. Este Ethos es una especie de lazo o espíritu unificador que se extiende a través de todos los aspectos de la cultura - y que da su carácter propio a una sociedad.

Una cultura es un sistema integrado de comportamiento, junto con las ideas y valores que lo sustentan, - por ejemplo: La adopción de la tecnología occidental por - las sociedades no occidentales traerá inevitablemente o - otros cambios en la cultura tradicional.

Además encontramos que todas las sociedades y - todos los grupos, dan por supuesto la superioridad de la - propia cultura; esta reacción es lo que se llama etnocen-
trismo: Somos etnocéntricos porque:

- 1) Estamos tan acostumbrados a las normas de nuestra cul-
tura que las otras no nos agradan.
- 2) No entendemos lo que representa un rasgo para el que -
lo práctica y, por consiguiente, le atribuímos a él --
nuestras propias reacciones.
- 3) Hemos sido educados en el etnocentrismo.
- 4) Encontramos en el etnocentrismo una disciplina confor-

tadora de nuestras propias imperfecciones.

Los efectos del etnocentrismo son:

- 1) Favorece la unidad, la lealtad y la moral del grupo y, por lo tanto, refuerza el nacionalismo y el patriotismo.
- 2) Protege a la cultura frente a los cambios, incluso - frente a aquellos que son necesarios a la supervivencia de la propia cultura:
- 3) Refuerza al fanatismo y ciega al grupo respecto a los hechos reales acerca de sí mismo y de los otros grupos frustrando en ocasiones el éxito de la adaptación a otros grupos y culturas. La Sociología no aplaude ni condena el Etnocentrismo, sino que intenta comprenderlo, así como sus efectos sobre la sociedad.

RELATIVISMO CULTURAL.-

El relativismo cultural define el hecho de que la función y significación de un rasgo, depende de la cultura en la cual actúa.

Los rasgos se consideran "buenos" o "malos", según sean o no eficaces dentro de la propia cultura.

CULTURA IDEAL Y REAL.-

Toda sociedad tiene una cultura ideal, que comprende las normas que se supone que practicamos, y una cultura real que comprende la conducta ilícita que se -- condena formalmente, pero que muchos practican. Los con flictos que surgen entre las dos, se eluden por medio de ciertos pretextos subterfugios racionales. En algunos- caos, las normas ilícitas son maneras de llevar a buen - término los actos que se han de realizar necesariamente, y así, aunque los mores no los aprueben por ilícitos, -- contribuyen de hecho a la estabilidad cultural.

LA FAMILIA.

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.-

Como todas las instituciones, la Familia es un sistema de normas y procedimientos aceptados para la - - ejecución de ciertas tareas fundamentales para la sociedad.

Según Horton: " La Familia se define como una agrupación de parentesco que crfa y educa a los niños nacidos en su -- seno y satisface otras necesidades humanas. "

Si se fuera a confeccionar una lista de cada - forma de organización familiar posible, la indagación -- en la literatura antropológica revelaría probablemente, - que cada forma de organización encontraba aceptación - - en una sociedad por lo menos. En lo que a patrones fami- liares se refiere, todo es válido en algún lugar, con -- muy pocas excepciones a esta regla.

COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR.-

Cuando hablamos de la familia pensamos es un - esposo, una esposa sus hijos y, ocasionalmente en algún - pariente. Esta es la denominada FAMILIA CONYUGAL, pues to que su núcleo está formado por la pareja casada; tam-

bién se le denomina " familia nuclear ". LA FAMILIA CON SANGUINEA se basa, no en las relaciones cónyugales de -- dos personas, sino en la relación de sangre de un gran -- número de individuos. La familia consanguínea es un -- clan extendido de parientes de sangre, juntamente con -- sus conyuges e hijos.

FORMAS DE MATRIMONIO.-

El matrimonio es la pauta social aprobada mediante la que una pareja funda una familia. Implica no solamente la concepción y crianza de los hijos, sino también una cantidad grande e indefinida de obligaciones y privilegios de diversos tipos y que afectan a numerosos individuos. Toda sociedad ha elaborado, por tanto, una serie de pautas para canalizar sus matrimonios.

EXOGRAMIA, cuando el individuo elige pareja fuera de su propio grupo.

ENDOGRAMIA, cuando la elección matrimonial se hace en el seno de un grupo específico. La endogamia de clan, poblado y tribus son muy comunes en las sociedades primitivas.

Con diversos grados de presión, nosotros estimulamos en nuestro país la endogamia religiosa y de clase, aunque no estén reforzados por la ley.

Para nosotros la única forma decente y civilizada de matrimonio es la MONOGOMIA, un hombre con una mujer (al mismo tiempo). Sin embargo una mayoría de las sociedades del mundo han practicado la POLIGAMIA, permitiendo una pluralidad de conyuges. Existen tres formas teóricas de poligamia. Una es el Matrimonio de Grupo, en el que varios hombres y varias mujeres se hallan en relación matrimoniales recíprocas. Aunque se trata de una posibilidad teórica, no hay un ejemplo auténtico entre los seres humanos, con la posible excepción en una época de los indígenas de las Islas Marquesas, (Francia).

Una variedad muy poco común de la poligamia es la Poliandria, en la que varios esposos comparten una so la esposa. Los "todas" de la India Meridional ofrecen -- uno de los pocos ejemplos de este tipo de matrimonio. En este caso, como en la mayoría de los demás, la polian- - dria era fraternal, es decir, cuando una mujer se casaba con un hombre, se convertía automáticamente en esposa de todos sus hermanos, viviendo juntos con escasas discor- - dias o celos. La Poliandria tiende a darse únicamente donde alguna situación ha originado una escasez de muje- - res. La forma la más usual de poligamia es la Poliginia, consiste en una pluralidad de esposas, que no tiene por que ser necesariamente hermanas, y adquiridas, por lo gene- - ral, en diferentes épocas a lo largo de la vida del indi

viduo.

FUNCIONES DE LA FAMILIA.-

La función de la regulación sexual:

La familia es la principal institución, por medio de la cual las sociedades organizan y satisfacen los deseos sexuales de sus individuos. En diversa medida, toda sociedad tolera también una conducta sexual que viola las normas establecidas al respecto. Algunas sociedades ofrecen satisfacciones para las necesidades sexuales de todos los adultos, prácticamente; en otras no sucede así.

Muchas sociedades primitivas dan salida a las necesidades de los solteros, por medio de alguna forma de hospitalidad sexual o permiso ocasional. Un hombre soltero o viudo puede tener acceso ocasional a la esposa de su hermano. Una viuda puede convertirse en la esposa del hermano de su marido fallecido automáticamente -- (el levirato); y, menos comunmente, el viudo se convierte en esposo de la hermana de su esposa muerta (el sorororato).

El celibato es muy raro en sociedades primitivas. Las sociedades occidentales contemporáneas son me-

nos comprensivas. No ofrecen expansión sexual para el viudo o el soltero adulto.

La facilidad con que las sociedades occidentales podrían ofrecer dicha expansión, sin perturbar gravemente las otras instituciones y valores, es materia de discusión.

La función reproductora:

Toda sociedad depende fundamentalmente de la familia para la reproducción de sus miembros.

La función socializadora:

Todas las sociedades dependen de la familia, principalmente para la socialización de niños en adultos que pueden desempeñar con éxito las funciones que socialmente les sean encomendadas.

Uno de los muchos modos en que la familia socializa al niño estriba en la proporción de modelos para ser copiados por este. Aprender a ser hombre, esposo y padre, principalmente a través del desarrollo de su vida en una familia encabezada por un hombre, esposo y padre. Donde falta este modelo, y el niño tiene que recurrir a-

modelos de segunda mano que ve en otras familias y en sus parientes, hacen su aparición algunas dificultades de socialización. No existe ningún sustituto plenamente satisfactorio para el padre y la madre.

A veces, aunque muchos padres estén presentes, no son modelos satisfactorios.

La función afectiva:

Los Psiquiatras mantienen, que quizá, la mayor causa individual de dificultades emocionales, problemas de comportamiento e incluso enfermedades físicas, sea la falta de Amor es decir la falta de una relación cálida y afectiva. La falta de afecto, daña realmente la capacidad de supervivencia de un niño.

La mayoría de las sociedades se apoyan totalmente en la familia, en lo que a respuesta afectiva se refiere. La necesidad de compañerismo, la satisface en parte la familia y en parte otros grupos como clubs y fraternidades.

La función de Status:

Todo niño comienza con el status de clase de su

familia, y esta situación inicial tiene probablemente mayor influencia sobre sus futuras realizaciones que ningún otro factor individual.

Normalmente, el niño absorbe de su familia una serie de intereses, valores y hábitos que le faciliten el continuar en el status de clase de su familia y le hacen difícil el conseguir otro status de clase. Ninguna familia puede tener éxito pleno en el intento de socializar a sus hijos en un modelo de vida que ella no practique.

Función protectora:

En todas las sociedades, la familia ofrece a sus miembros un cierto grado de protección económica, material y psicológica. En muchas de ellas, un ataque contra una persona, se considera dirigido contra toda la familia, y todos los miembros se alían para vengar la ofensa o para defender al miembro afectado.

En otras muchas, la culpa por la vergüenza la comparten por igual todos los integrantes de la familia.

La función económica:

La familia constituye en muchas sociedades la unidad económica básica. Sus miembros trabajan juntos,

como un equipo y comparten juntos el producto de sus esfuerzos.

En la actualidad han aparecido cambios en las funciones de la familia.

No se puede decir con certeza, que patrones familiares surjan en otras partes del mundo, pero la incompatibilidad de las formas familiares tradicionales con el desarrollo económico, hace inevitables cambios en la institución de la familia.

LA SOCIEDAD.

La palabra Sociedad significa ante todo pluralidad o multitud de seres. Es inconcebible la Sociedad de un solo individuo consigo mismo, más no toda pluralidad basta para constituir una sociedad.

Para formar una sociedad se necesita la convivencia, no solo material sino también moral de seres inteligentes y libres. La palabra sociedad envuelve además la idea de estabilidad. Consiguientemente podemos definir la Sociedad en general como la convivencia de varios seres inteligentes y libres que juntos cooperan de una manera estable para la consecución de un fin .

Podemos además decir que sociedad es el conjunto de las formas, de las interacciones, y de los procesos que se dan entre los hombres, al cual llamamos sociedad; se da y se desenvuelve en la vida humana.

Una sociedad es un grupo de personas que participan de una cultura común.

Una sociedad está compuesta por personas distintas entre sí desde el punto de vista de unas creencias, -- costumbres, valores y actividades compartidas.

CAPITULO II

" LA ODONTOLOGIA. "

CAPITULO II

" LA ODONTOLOGIA. "

Es difícil señalar el comienzo exacto de la práctica dental, ya que en la Antigüedad los individuos que -- se preocupaban de aliviar el dolor oral asumían otras responsabilidades con las cuales se les podía identificar.

Cuando el hombre primitivo se sentía atacado por la enfermedad súbita se creía víctima de la cólera del mismo dios o de los mismos dioses que gobernaban los elementos de su ambiente. En consecuencia, se dirigía al "personaje sagrado" de su grupo para que intercediera por él. -- Así surgió el papel de "brujo médico", y durante siglos -- los grupos sociales han mantenido al "sacerdote-médico".

Al parecer fueron los Egipcios quienes primeramente apoyaron la diferenciación de un "sanador" independiente. La primera mención de un práctico dental se halla en la siguiente afirmación de Herodoto (siglo V a de J.C.) Entre los Egipcios el ejercicio de la medicina está regulado y dividido en tal forma que se destinan médicos especiales a la curación de cada enfermedad, y ningún doctor se -- prestará a tratar enfermedades diferentes. Así, Egipto -- abunda en doctores: los de los ojos; los de la cabeza; algunos para los dientes; otros para el abdomen.

En los papiros Egipcios de 37 siglos antes de - Cristo, Ebers ha declarado haber hallado referencias a dolores y abcesos de encías en incisivos y prescripciones - para su cura.

La enfermedad periodontal es la más común encontradas en las momias embalsamadas por los egipcios hace - 4.000 años. Entre los chinos, encontramos entre sus es--critos nueve clases de enfermedades dentales y siete prescripciones para curarlas. También se encontraron veinte--puntos de sangría en varias partes del cuerpo por donde - creían se debían expulsar los humores y curar el dolor de muelas.

Investigaciones demuestran, por el exámen de esqueletos, que los antiguos sufrían de las mismas afeccio--nes que nos afligen, desvirtuando la errónea creencia, --propagada por los filósofos del siglo XVIII, de los indi--viduos sanos y robustos de la antigüedad. El dolor de --muelas existió siempre. Solo hubo períodos en la prehis--toria, en que su coeficiente fué menor.

Algunos maxilares prehistóricos se caracterizan por una mala dentadura y lo atribuyen a la impurificación del alimento con arena, la que desgasta la superficie masticatoria de los dientes, además usaban los dientes como-

herramientas y a ello sería el fuerte desgaste de los - -
dientes dando por resultado el descubrimiento pulpar, lo-
que se traducía en abscesos y fistulas.

El hombre de la Edad Glacial, 240.000 a 100.000
años, hasta 5,000 antes de J.C., no conocía la caries den-
tal, aunque Weinert dice que el hombre de Rhodesia tenía
más de un diente hueco.

En la Edad de Piedra, la caries dental era rela-
tivamente rara (1,5% a 3%).

En la Edad de Bronce se hallaba, ya muy exten-
da la caries dental.

La parodontosis era ya la causa más frecuente-
de caída de dientes en el hombre diluviano. También la -
formación de tártaro sérico era frecuente en la dentadura
del hombre diluviano.

La Historia de la Odontología se confunde con -
la historia de la Medicina hasta la primera mitad del si-
glo XVII. Ejercida primero por los médicos y luego por -
cirujanos, la Odontología fue considerada como parte inte-
gral de esas profesiones durante siglos.

Desde los comienzos de la literatura médica con

servada, los autores médicos, Esculapio- Galeno- Hipócrátes, revelaron su interés por las enfermedades de la boca. Durante la edad media la práctica de la medicina se dejó a mano de los monjes que eran los únicos capaces de leer las obras de Hipócrates y de Celso. Posteriormente les ayudaron en el aspecto quirúrnico los barberos de las comunidades que rodeaban los monasterios.

En 1163, cuando el Papa decretó que la práctica de la sangría era incompatible con el sacerdocio, surgió el barbero-cirujano. Es evidente que todas las exodencias eran practicadas por estos individuos; en 1308- habían alcanzado tal prestigio que en Inglaterra se creó el gremio de Barberos-cirujanos por privilegio real.

En Francia los barberos-cirujanos habían alcanzado mucho más que en Gran Bretaña.

Guy de Chauliac era un famoso cirujano francés en cuyas obras hay mucha referencia a la Odontología, -- describía diversos servicios que podían realizarse en -- los dientes, pero prefería que se encargaran otros de éste trabajo, a los que llamaba "dentators". Posteriormente utilizó el término francés "dentisté" que se transformó en "dentist" en inglés.

ODONTOLOGIA EN AMERICAERA PRECOLOMBINA.-

Se cree que en las civilizaciones antiguas del continente americano, ya se conocía la Odontología; se ve corroborado por el descubrimiento de dientes incrustados con discos de oro y con diferentes minerales de colores vistosos, también se han encontrado craneos con los dientes mutilados en forma de limaduras lo que nos induce a suponer que dicha costumbre era universal y es de creer que de ese hábito se habría originado luego la idea de rellenarlos, eligiendo algún material que al mismo tiempo sirviera de adorno.

Sobre las técnicas de estas mutilaciones en América, no se sabe aún nada en concreto pues no se han encontrado los instrumentos y elementos que pudieron haber servido para éste trabajo.

Puede ser que los indígenas americanos hayan empleado para limar o pulir los dientes alguna piedra tallada y para ese uso. Se cree que los pueblos americanos empleaban la coca como anestésico para sus mutilaciones dentarias, otras tribus masticaban el tabaco para ese fin.

Para Van Ripper, fueron los mayas y pueblos del Ecuador los primeros en preparar cavidades en dientes vivos e incrustar incrustaciones en ellos; los mayas eran un pueblo poco propenso a la caries y parece que dicha decoración frontal tenía la finalidad de adorno facial.

En lo referente a las incrustaciones se preparaban en tres modalidades: en forma de discos, de lámina o chapa y de bastoncitos. Las sustancias empleadas eran diversas; obsidiana, jade, hematita, oro, piedras negras, piritas de hierro, etc.

MEXICO.-

La Odontología en el territorio mexicano tiene una historia muy amplia, que se remonta desde los tiempos prehistóricos hasta el presente.

Llama la atención en las civilizaciones mexicanas antiguas las marcadas abragiones mecánicas de las superficies triturantes, desapareciendo las cúspides y surcos dejando a veces la pulpa al descubierto. Ello se explica, si tenemos en cuenta que estos aborígenes, especialmente los que habitaban la costa del Pacífico Norte acostumbraban moler sus alimentos cereales en morteros de piedra. En esta forma sus alimentos se mezclaban con la tierra y are-

na, produciendo sustancias abrasivas que desgastando las superficies oclusales que hacían más dificultosa la masticación.

Se destacaron por la utilización de hierbas medicinales, para tratar caries, incluso usaron el chile para calmar dolores de dientes y lo usaban para obturar cavidades mezclándolo con polvo de caracol. También hacían punciones de encías, curaban la gingivitis a base de colutorios. Los dentríficos no eran desconocidos entre los antiguos mexicanos usando semillas secas de ciertas plantas mezcladas con alumbre.

Acostumbraban usar después de cada comida un palillo de madera para limpiar los dientes así como también cierta goma de masar (Tzictitl), preparada con asfalto y pomada amarilla de axfn; sin embargo mascaban solo en la intimidad y únicamente las prostitutas mascaban la goma en público.

Las culturas del Centro y Oriente ya conocían los abscesos dentarios, y practicaban mutilaciones diversas e incrustaciones dentarias como lo revelan maxilares encontrados en Cholula estado de Puebla y algunos en el estado de Veracruz.

Los indios mayas presentaban una cierta inmunidad bucal debido a sus practicas higiénicas. Contra el dolor de muelas empleaban unas hierbas conocidas con el nombre de "zumaques".

Practicaban cavidades en piezas dentarias anteriores por vestibular, se cree que dichas cavidades fueron hechas con utensilios de piedra afilada y cristal de roca y trabajados a mano.

Las incrustaciones eran de jadeita, hematita, obsidiana y oro, perfectamente pulida en su cara externa y exactamente ajustadas a la cavidad tallada en el diente. Estos trabajos resaltan la finalidad estética y representa una jerarquía social en el aborígen, al igual que el tñido y pintado de los dientes, la perforación de orejas y naríz y la deformación del cráneo.

Como el pueblo maya tenía casi absoluta inmunidad a la caries, el dentista no existía como profesional, practicando esas mutilaciones e incrustaciones individuos que se dedicaban a la joyería y alfarería. Las gingivitis estomatitis, etc. Las curaban unos individuos que hacían pequeñas incisiones en la mucosa inflamada, posiblemente para descongestionar, haciendo pasar luego por absorción, infusión de diversas plantas.

GUATEMALA.-

La primera noticia escrita acerca de la intervención dentaria en América quizá sea la que se encuentra en el "Popol Vuh" que es la recopilación de datos por diferentes autores donde se halla en resumen sus tradiciones orales y sus pinturas que eran signos y figuras grabadas en tela y corteza.

Aquí se habla de un soberano que fué humillado al serle dislocada su mandíbula debido a su soberbia y fueron aflojados sus dientes los cuales los tenía incrustados con piedras preciosas.

En zonas arqueológicas fueron hallados dientes con incrustaciones de todo tipo, pero relatan de dos ejemplares de inestimable valor encontrados en excavaciones de Uaxactún. El uno comprende toda la arcada dentaria superior, inclusive los terceros molares, los incisivos y caninos contienen incrustaciones de piritas, son de forma redonda y llaman la atención por su simetría.

También es digno de admirar en ese espécimen, el magnífico estado de conservación en que se encuentra toda la dentadura, no obstante su antigüedad.

El otro hallazgo de Cáceres, aparentemente es de un valor arqueológico mayor, por ser muy pocos los ejemplares que se han encontrado con esa clase de cavidades artificiales en los dientes. Es el fragmento de un cráneo y consta del maxilar superior en cuyas hemiarcadas se encuentra desde la segunda premolar derecha hasta la primera premolar izquierda habiendo llegado todas esas piezas dentarias a su máximo desarrollo. Los cuatro incisivos y los dos caninos presentan en su aspecto labial grandes cavidades artísticamente hechas, que sirvieron para aflojar rellenos que se han perdido y en algunas de ellas hay residuos de mastic o pegamento de color blanco. El corte de las cavidades no es de forma redonda, como se hacían para simples incrustaciones, sino, cuadrangular y comprende casi toda la superficie labial de la pieza, sin llegar demasiado próximo a los bordes gingivales o incisal para dejar reforzada esas partes.

HONDURAS Y ECUADOR.

Un hecho de muchísima importancia para la historia odontológica de América es el haberse encontrado en Honduras y Ecuador cráneos de la época Pre-colombina con dientes implantados que no pertenecían a ellos.

Es realmente extraordinario concebir una técni-

ca odontológica tan avanzada como la implantación dentaria en aquellos tiempos remotos.

En la mandíbula inferior del esqueleto se encontró la curiosidad más importante para los dentistas: Un incisivo lateral izquierdo que había sido tallado de una piedra oscura y que había sido implantado para que hiciera las veces de uno que se había perdido. El sarro demuestra que había sido usado, por algún tiempo durante la vida.

BRASIL.-

En Brasil según los trabajos emprendidos por diversos autores, se ha llegado a la conclusión de que los primitivos salvajes que lo poblaban desconocían la mutilación dentaria y fué reportada hasta el arribo de esclavos africanos a sus playas en la época Post-colombina.

PERU.-

El antiguo Perú legó a la medicina una extraordinaria colección de plantas medicinales, muchas desconocidas en Europa antes del siglo XIV. Las más difundidas eran la coca de cuya hoja se extrae la cocaína, el quino de cuya corteza se extrae la quinina.

Los conocieron y emplearon muchos siglos antes-

de la llegada de los españoles al nuevo mundo.

Hacían una cauterización primitiva de las encías empleando la raíz de una planta asada partiéndola en dos y poniendo cada mitad bien caliente a ambos lados de las encías.

En craneos encontrados se advierte la gran abrasión de las superficies triturantes debido a su alimentación a base de avena y maíz. También se cree que dicha abrasión era debido a la masticación de coca mezclada con sustancias arenosas.

Ello explica la frecuencia con que se encontraba los dientes manchados de verde oscuro o azul debido a la masticación de la coca. También los abscesos alveolares - eran frecuentes, exposición pulpar y quistes mandibulares grandes. Caries mesiales y distales y mal posiciones dentarias eran frecuentes.

Lo que más llamó la atención fueron los cortes - que se hallaron en los dientes, algunos se hallaban limados en los costados quedando los dientes en forma de puntas.

Encontraron cavidades redondas, oblongas y rectangulares, tapadas luego con bloques de oro macizo, jade, es

meraldas o brillantes.

Para atenuar el dolor provocado durante las mutilaciones dentarias, los Incas mascaban coca con cal.

ARGENTINA.-

En cráneos encontrados revelan que la mayoría de las caries son en sujetos adultos y seniles y preferentemente en zonas interdetales. De acuerdo con la caries de cuello que ostentan se cree que la alimentación era carnívora preferentemente.

Los dientes se presentaban también fuertemente-abrasionado por su régimen alimenticio, con partículas de sílice y otros metaloides.

Los Guaranfes del litoral presentaban en sus incisivos y caninos caprichosas mutilaciones practicadas -- con sustancias abrasivas, llegando a eliminar por completo el esmalte y apreciables proporciones de dentina, descubriendo, en ocasiones hasta la pulpa. Es de suponer el gran dolor que significaría el tallado de esas mutilaciones.

Los Guaranfes del litoral no utilizaban para -- ello la coca, empleaban el curucacay (sapiens) que da un-

líquido lechoso que mezclado con la harina calmaba el dolor.

TRANSICION DE LA EDAD MODERNA.-

Al entrar la civilización en el período de la historia moderna, se estableció la práctica dental como especialidad sanitaria independiente, gracias en gran parte a la influencia de Pierre Fauchard. Ganó mucho prestigio para la odontología como clínico famoso en París, y su nombre e inmortalidad se cimienta principalmente en su obra "Le chirurgien Dentiste ou trait'e des dents", publicada en 1728.

Por esta época prácticos instruidos en Francia e Inglaterra fueron al nuevo mundo llevando la Odontología a la joven América. El primer barbero cirujano del que se sabe practicó la exodoncia en el Nuevo Mundo fué William Dinly, en 1630. El segundo dentista de cierto nombre de la América naciente fué James Reading en 1734.

Después la notoriedad alcanzada por la odontología en la historia de América Central puede atribuirse -- principalmente a los desgraciados trastornos de George -- Washington.

Durante la guerra de 1821 casi todas las comunidades de la Unión Americana disfrutaban de un dentista.

DESARROLLO DE LA ODONTOLOGIA
COMO PROFESION.

A comienzos del siglo XIX, cuando los Estados Unidos promulgaban muchas leyes nuevas para encauzar su desarrollo, algunos dentistas sugirieron que se estableciera la legislación necesaria para restringir la práctica de la Odontología a las personas con la formación necesaria y adecuada.

Otros dentistas opinaron que era más importante que se constituyeran organizaciones destinadas a proporcionar enseñanzas y textos a los nuevos dentistas y a los que ya ejercieron la profesión.

Creían que era de poca utilidad exigir legalmente la preparación adecuada para ejercer mientras no existieran los métodos necesarios para impartir dicha preparación.

De esta controversia nació el concepto de que el progreso de la profesión dependía del desarrollo de las escuelas, las revistas y las sociedades profesionales y la relación que mantuvieran entre sí; posteriormente los profesionales norteamericanos asumieron la primacía mundial al formarse la primera escuela de Odontología, la

primera revista y la primera sociedad de odontólogos - - (entre 1839-1840). Sin embargo la práctica odontológica general no quedó verdaderamente definida hasta que los - diversos estados de Norteamérica en 1867, comenzaron a - aprobar leyes en las que se establecían las restricció- nes sobre quien podía ejercer.

Fué así, como por medio de algunos profesiona- les fueron llevando a países de Centro y Sur América los adelantos e investigaciones de la escuela Norteamericana - y contribuyeron al progreso odontológico del resto del - Continente Americano sin descartar por supuesto la in- fluencia de los franceses y españoles. A través del tiem- po fué desarrollándose nuestra profesión y fueron sur- - giendo las especialidades de ella, que actualmente tene- mos:

SALUD PUBLICA.-

Es la ciencia y arte de prevenir la enfermedad prolongar la vida y fomentar la salud física y mental, - mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sa- - neamiento del medio, el control de las enfermedades tras- mitidas, la educación de los individuos en higiene perso- nal, la organización de los servicios médicos y de enfer- mería para el tratamiento preventivo y el diagnóstico - -

precoz de las enfermedades, el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

ODONTOLOGIA SANITARIA.-

Es la disciplina de la Salud Pública que tiene como misión el diagnóstico y tratamiento de los problemas de la salud oral de la comunidad. Se le considera una especialidad de Salud Pública, teniendo gran enfoque hacia la educación para la salud, prevención específica y todas las disciplinas de la odontología integral.

ODONTOLOGIA PREVENTIVA.-

Se limita a la prevención de la caries y de la enfermedad periodontal en una boca sana. No solo debemos tratar de prevenir que se produzca la patología original, sino que debemos asegurar también, que cualquier tratamiento que realicemos no tenga consecuencias en sí mismo; después del tratamiento la prevención debe practicarse para mantener el estado de salud que se ha reestablecido.

ODONTOLOGIA INFANTIL.-

La odontología para niños se ocupa, primero, -- del cuidado y tratamiento de todas las manifestaciones -- clínicas de los procesos patológicos asociados con la boca; segundo, de establecer la confianza y deseo del niño para aceptar el tratamiento; y tercero, de guiar al niño y a sus padres hacia buenos hábitos destinados a controlar la patología bucal.

PERIODONCIA.-

Se define la periodoncia como la rama de la -- odontología que se dedica al estudio y tratamiento de -- las enfermedades periodontales.

OPERATORIA DENTAL.-

Esta disciplina enseña a restaurar, la salud, -- la anatomía, la fisiología y la estética de los dientes -- que han sufrido lesiones en su estructura, ya sea por caries, por traumatismos, por erosión o por abrasión mecánica.

La Operatoria Dental nos enseña, también a preparar un diente que deben ser sostén de piezas artificia

les. Siempre que se opere sobre un diente se realiza - -
 Operatoria Dental. La Operatoria Dental salió del empi--
 rismo de Fauchard, quien en 1746 al publicar la segunda -
 edición de un libro que comprendía los conocimientos odon
tológicos de la época, ya que hablaba de un aparato para-
 taladrar los dientes.

Fue Fauchard, justamente el primero en aconse--
 jar la eliminación de los tejidos cariados antes de la --
 restauración.

ENDODONCIA.-

Es la parte de la odontología que se ocupa de -
 la etiología diagnóstico, prevención y tratamiento de las
 enfermedades de la pulpa dentaria y las de dientes con --
 pulpa necrótica, con o sin complicaciones apicales.

El tratamiento de conducto, tanto en dientes --
 con pulpa viva como con pulpa muerta, es a los efectos --
 del concepto acabado de exponer, una parte de la Endodon-
 cia, la de menor significación biológica; aunque sí la -
 de mayor interés clínico. Y puesto que la finalidad de -
 la Endodoncia es conservar en la dentadura natural la ma-
 yor cantidad de tejidos vivos, libres de inflamación e in
fección, todo profesional debe estar familiarizado con un

método que le permita resolver en forma racionalizada los problemas endodónticos que se le presenten.

GNATOLOGIA.-

Estudios científicos del aparato masticador en su totalidad: anatomía, histología, fisiología, patología y terapéutica.

ORTODONCIA.-

El nombre de la especialidad, " ortodoncia ", - proviene de dos vocablos griegos: " orthos " que significa enderezar y corregir, " dons ", que significa dientes. Parece ser que el término " ortodoncia " fué utilizado -- primero por el francés Le Foulon en 1839. A Pierre Fauchard, con frecuencia llamado el padre de la odontología moderna, se le atribuye la primera obra sobre " regulación de los dientes ".

En 1922 la Sociedad Británica de Ortodoncia propuso la siguiente definición: la ortodoncia comprende el estudio del crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la cara especialmente, y del cuerpo en general, como influencias sobre la posición de los dientes; el estudio

de la acción y reacción de las fuerzas internas y externas en el desarrollo y la prevención, así como la corrección del desarrollo obtenido y pervertido.

Ortodoncia Preventiva, es la acción ejercida para conservar la integridad de lo que parece ser oclusión normal en determinado momento.

Ortodoncia Interceptiva, indica que existe una situación anormal, según la Sociedad Americana de Ortodoncia, es aquella fase de la ciencia y arte de la ortodoncia empleada para reconocer y eliminar irregularidades en potencia y mal posiciones del complejo dento-facial.

Ortodoncia Correctiva, reconoce la existencia de una mal oclusión y la necesidad de emplear ciertos procedimientos técnicos para reducir o eliminar el problema y sus secuelas.

PROTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE.-

La Prostodoncia Fija es el arte y ciencia de restaurar con metal colado o porcelana los dientes dañados y de reemplazar los que faltan mediante prótesis fija o cementadas.

El tratamiento con éxito de un paciente que tenga necesidad de una prótesis fija requiere la cuidadosa - combinación de varias facetas: educación odontológica -- del paciente, prevención de ulteriores enfermedades dentales, buen diagnóstico, terapia periodontal, destreza operatoria, oclusión y, en ocasiones prótesis parcial removible o completa y tratamientos endodónticos.

En los últimos años han habido constantes cambios y mejoras en esta área de la Odontología, igual como en todas las artes terapéuticas. Materiales dentales mejorados, instrumentos y técnicas han hecho posible al - operador de destreza media de hoy, prestar un servicio de - una calidad igual a la que producía el virtuoso de otra - época. Sin embargo esto es solamente posible si el dentista tiene sólidos conocimientos básicos de los principios de la odontología restauradora y un íntimo conocimiento de la técnica.

PROTESIS TOTAL.-

Es la parte de la Odontología que trata de diferentes métodos que usamos para reponer los dientes en - pacientes desdentados, ya sea de una arcada o ambas.

Los objetivos que persigue la prostodoncia tiene

den a devolver al paciente su facultad de masticación; -- a corregir los contornos faciales, así como los defectos de pronunciación todo esto ejecutado de manera que el paciente tenga las mínimas molestias antes y después de insertar la prótesis.

CIRUGIA BUCAL.-

Es la parte de la Odontología que trata del -- diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante -- de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbulas y regiones adyacentes.

PROTESIS MAXILOFACIAL.-

Podemos definirla como el arte y la ciencia de la práctica dental que comprende la rehabilitación funcional y estética de las estructuras intraorales y paraorales, mediante medios artificiales.

CAPITULO III

" LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR. "

CAPITULO III

" LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR. "

Las influencias sociales y culturales en la salud individual constituyen conceptos importantes para el odontólogo familiar. Salud y enfermedad e incluso valor de la vida humana, son conceptos moldeados por la matriz socio-cultural dentro de la que ocurren.

Cada paciente vive en una sociedad y en una cultura de la que es parte y la cual influye en su salud general, mental y física. Cada odontólogo es parte de su cultura y sociedad.

El odontólogo familiar debe sostener esa salud oral del paciente sin desligarla de los factores que pudieran afectarla. Afectos y emociones, lo mismo que esperanzas de la familia y comunidad que afectan a la salud y a la enfermedad deben ser parte de las preocupaciones del odontólogo familiar.

El odontólogo familiar es un individuo humanitario que ha adquirido conocimientos y habilidades profesionales y que es responsable de tratar los integrantes de las familias. Da ayuda y atención comunicándose con su

enfermo, diagnosticando su enfermedad, y tratándolo y trabajando con él para ayudarlo a ayudarse a sí mismo dentro del ambiente del paciente y del ambiente de profesional.

La atención de los pacientes de diversas costumbres, antecedentes culturales y étnicos puede ser fuente-potencial de problemas en cuanto a la comunicación, comprensión de las esperanzas y aceptación del plan de tratamiento.

Podríamos pensar que cuanto más grande es la -- distancia social o brecha de "status" social entre dentistas y pacientes, más difícil será establecer confianza, respeto y cooperación mutua, y más probable que dentista y paciente se perciban uno a otro en cuanto a estado de clase más que cuanto a papeles personales de dentistas y pacientes.

Por otro lado el odontólogo puede verse abrumado por la fuerza de la subcultura de su paciente.

El odontólogo familiar debe familiarizarse lo suficiente con los diversos grupos sociales para entender y comprender los diferentes objetivos vitales.

El odontólogo comunitario familiar procura conocer

cer los problemas de salud de su paciente, la comunidad.- Para el dentista comunitario la comunidad puede ser una ciudad o parte de ella, si trabaja a nivel local; o un estado, región país o grupo de países; si trabaja a otros niveles.

Podemos decir que el odontólogo comunitario familiar debe desempeñar diferentes papeles que a grandes razgos son:

1) PAPEL CURATIVO: El paciente quiere estar seguro que tiene fácil acceso en todo momento a la atención curativa. Como dentista familiar le confiará problemas no odontológicos y tendrá la obligación el facultativo de referirlo con la persona indicada en dichos problemas que se le plantean por primera vez a él.

No es necesario ni aconsejable que el odontólogo acepte la responsabilidad más allá de su capacidad y sus recursos inmediatos.

El odontólogo familiar tiene la responsabilidad y estar en posición excelente de detectar a tiempo enfermedades y anomalías funcionales y físicas.

Además en esta posición el odontólogo comunita-

rio familiar puede ser muy eficaz para identificar problemas psicológicos y sociales y ayudar a resolverlos, puesto que conoce a su paciente, y su paciente lo conoce a él y ésta relación personal íntima aumentará con el tiempo.

2) PAPEL COORDINADOR: Como el odontólogo comunitario familiar está al tanto de la salud oral de sus pacientes e incluso llevará una relación interpersonal más íntima con ellos, al descubrir alguna enfermedad podrá ayudarlos y coordinará sus esfuerzos con otros colegas o miembros de ciencias de la salud.

3) PAPEL COMUNITARIO: El odontólogo comunitario familiar debe reconocer los recursos sanitarios de su comunidad y de las zonas circundantes. No solo emplea estos recursos para sus pacientes, sino que trabaja activamente en el mejoramiento de la capacidad comunitaria para satisfacer las necesidades sanitarias existentes y futuras de sus ciudadanos. Su relación estrecha con sus pacientes y la confianza de estos con él para recibir atención sanitaria le dan una oportunidad única de guiar la opinión pública en materia de salud comunitaria.

4) PAPEL EDUCADOR: La educación sanitaria in-

dividual y de la población como en todo requieren distintos enfoques y técnicas.

En la educación sanitaria odontológica de la comunidad el primer paso debería ser modificar la actitud de la profesión para capacitarla a aprender y enseñar mejor. Nuestra tarea educativa se habrá cumplido no cuando estos hayan logrado y/o retenido nueva información y - -- aprendido nuevos hechos, sino cuando los comiencen a poner en práctica en forma rutinaria y efectiva.

El éxito de todo programa de odontología preventiva en la comunidad depende en última instancia de la -- cooperación del paciente la cual a su vez se obtiene mediante la educación. La educación de los pacientes es -- por lo tanto, uno de los componentes principales de la -- odontología preventiva total; en rigor de verdad puede - decirse que prevención es básicamente educación.

La educación sanitaria promueve el reconocimiento por parte de la población de sus necesidades en materia de salud, y la adopción de las medidas adecuadas para satisfacerlas. Por medio de éste mecanismo, la educación provee al individuo un sentido de responsabilidad hacia - el mantenimiento de su salud, la de sus familiares y demás miembros de la colectividad.

Una de las funciones de los programas de educación sanitaria de la comunidad es la gufa a los individuos a adoptar las prácticas indispensables para el mantenimiento de la salud. Otra, tan importante como ésta, es la de hacerles reconocer su parte de responsabilidad por el mantenimiento de la salud de la comunidad total. En virtud de su contacto con el público, su educación y su posición, el odontólogo tiene la posibilidad y la obligación de actuar en estas dos esferas, es decir, en su consultorio y su comunidad.

La clave del éxito en la educación sanitaria de la comunidad estriba en " motivar " al paciente a entrar en acción. Antes que todo debemos conocer las necesidades educacionales y de salud del paciente.

La educación del paciente depende totalmente de que la comunicación entre el odontólogo (y/o su personal) y aquel sea tan efectiva como sea factible. Sin comunicación no puede haber aprendizaje, el proceso de comunicación está sujeto a la influencia de una serie de factores ambientales. Es importante que cuando se den explicaciones a los pacientes se use un vocabulario que esté al alcance de la comprensión del individuo haciéndolo lo más breve y concretamente posible.

Nos podemos servir de imágenes visuales para explicar mejor a nuestro paciente su problema y tratamiento.

La atmósfera emocional de libertad, confianza y franqueza es fundamental para que el proceso de comunicación entre sí mismo y sus pacientes se realice con la máxima efectividad posible.

CAPITULO IV

" ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR Y ODONTOLOGIA EN PRACTICA PRIVADA. "

CAPITULO IV

" ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR Y ODONTOLOGIA DE PRACTICA PRIVADA. "

En el pasado el dentista actuaba como si la finalidad principal de la práctica odontológica fuera la extracción de todos los dientes y la construcción de dentaduras completas.

Semejante actitud tal vez no era inadecuada -- hace algunos años cuando la odontología se limitaba a -- técnicas mecánicas, por fortuna en los dos últimos decenios se han desarrollado nuevos conceptos y métodos de prevención, y se dispone en la actualidad de materiales restauradores perfeccionados que permiten lograr mejores expectativas de prevención y control de los procedimientos bucodentarios.

PAPEL DEL DENTISTA DE PRACTICA PRIVADA EN LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD.

El desarrollo de este campo es fruto natural de la ampliación de los programas en los sectores tales como: la epidemiología, la comunicación, la administración y por supuesto la medicina preventiva, así como el-

desarrollo de métodos para modificar el comportamiento humano.

Sin embargo, el desarrollo de una especialidad de sanidad dental ha tenido el desafortunado resultado de disminuir el interés del práctico privado.

Esto es debido a la confusión, a las interpretaciones erróneas y a la falta de difusión que han contribuido a bloquear la comunicación de los nuevos conceptos sobre la odontología preventiva.

Por esta razón se ha lanzado un nuevo término:

Odontología de la Comunidad.- Su objetivo es - estimular al dentista de práctica privada a colaborar en la mayor medida posible al mejoramiento de la salud oral, reorientando su servicio y ejercicio privado hacia la prevención, con preferencia a la sustitución; mejorando la educación sanitaria dental de suerte; que los pacientes posean una información más precisa, y se sientan adecuadamente motivados para solicitar los servicios apropiados.

Es pues bien claro que su papel principal en las comunidades actuales es el de promotor de la salud.

En un principio se observó con recelo la insistencia en la prevención, suponiendo que es de mayor interés para el público, pero no para la profesión.

Pero indudablemente los tiempos han cambiado, - el número en población, ya no es el mismo. La carestía de la vida y el carácter crónico y recidivante de las enfermedades dentales indica los beneficios que tanto el público como la profesión obtienen con la aplicación más eficaz de la odontología preventiva.

El problema de las enfermedades dentales crónicas y del aumento de las cifras de incidencia al aumentar la edad, se combina con la negligencia general en seguir un tratamiento con regularidad.

En la práctica se ha encontrado que las ideas - de los pacientes sobre lo que constituye una salud dental aceptable, difiere considerablemente de los patrones profesionales, y los pacientes pueden optar por no buscar la asistencia dental. En consecuencia la demanda es mínima en relación con la frecuencia de los padecimientos orales.

Uno de los principales problemas de toda comunidad, sino el principal es la ignorancia y apatía ante la salud oral. Y una solución positiva requiere esfuerzos -

educativos a nivel comunitario a través de las escuelas, departamentos sanitarios y otras instituciones de la comunidad.

El grado de interacción del dentista en los -- asuntos de sanidad y odontología preventiva en la comunidad, será un factor importante en la determinación de la actitud del público ante la odontología con respecto a -- los derechos y privilegios que tiene como profesión sanitaria.

De hecho las razones más frecuentemente mencionadas por los odontólogos para justificar su falta de interés en la odontología preventiva comunitaria, que son:

- 1.- La odontología preventiva no exige mucha - pericia profesional y, por lo tanto, no es interesante.
- 2.- No es lucrativa.
- 3.- No es apreciada ni pedida por el público.
- 4.- No se la enseña adecuadamente, por lo menos en sus aplicaciones a la práctica diaria.

La falta / de interés que puede percibirse en la profesión odontológica por la odontología preventiva es, sin duda, el resultado de factores diversos y complejos.

La evaluación de la salud bucal de la población, aún en los países más avanzados, señala la urgente necesidad de un cambio de orientación. Para que la profesión pueda responder a los requerimientos crecientes de la población en materia de salud bucal, y, satisfacer al mismo tiempo su responsabilidad social, es indispensable que su fase filosófica cambie de predominantemente restaurativa a predominantemente preventiva. Esto es particularmente valedero si la profesión admite -- como debe hacerlo -- que su objetivo primario es el mantenimiento de los dientes naturales en una boca sana y no el reemplazo de las estructuras dañadas (que solo debe ser su objetivo secundario).

Entre otras cosas esta nueva filosofía requiere de:

1.- La institución de una filosofía preventiva en la enseñanza odontológica y, en especial, en las clínicas de las escuelas de odontología.

2.- La adopción de una escala de valores odontológicos basada en el concepto de servicio de salud total.

3.- Para el dentista que practica habitualmente, la preparación de material educativo sobre odontolo-

gfa preventiva que sea relativamente sencillo, bien planeado, teóricamente correcto y, más importante aún, práctico, de modo tal que sus enseñanzas puedan aplicarse -- sin problemas a la práctica diaria.

LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN LA PRACTICA PRIVADA.

Una definición demasiado restringida de la -- odontología preventiva, ha sido probablemente la causa -- que ha dificultado su adopción, por parte del público y -- por parte de los de la profesión.

Si la profesión se considera que solamente atañe a algunos aspectos de la práctica, como la profilaxis oral o las aplicaciones de flúor, podría parecer como -- una faceta opcional, electivo, o incluso lujosa de la -- práctica general.

Lo que se necesita es la convicción de que la -- odontología preventiva es una filosofía básica de la -- práctica, que abarca todos los aspectos de la salud oral. Y recordamos que los procedimientos preventivos pueden -- clasificarse según el momento evolutivo de la enfermedad en que se aplican.

Los períodos de prevención se subdividen en niveles de acuerdo con los mecanismos implicados.

Estos niveles son:

PRIMER NIVEL: Promoción de la salud.- Este nivel es inespecífico, es decir, no está dirigido hacia la prevención de ninguna enfermedad en particular y comprende de todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo.

SEGUNDO NIVEL: Protección específica.- Consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición, o recurrencia de una enfermedad en particular.

TERCER NIVEL: Diagnóstico y tratamiento precoz: Este nivel comprende la denominada prevención secundaria y como su nombre lo indica está compuesto por medidas destinadas a poner la enfermedad en evidencia y tratarla, -- en las primeras etapas del período clínico.

CUARTO NIVEL: Limitación de la incapacidad.- Este nivel incluye medidas que tienen como objeto limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad.

QUINTO NIVEL: Rehabilitación (tanto física co-

mo psico-social) Medidas como la colocación de puentes y coronas, dentaduras completas, rehabilitación total, - etc., pertenecen al quinto nivel.

La clave de la odontología preventiva, es que además de ser un servicio de gran calidad para todos los pacientes vistos en práctica diaria imponga la aplicación de todos los niveles de prevención ya mencionados, en los casos en que sea necesario.

Una práctica dental clínica que ponga de relieve la prevención con preferencia a la sustitución mecánica debe adoptar sistemáticamente las siguientes medidas preventivas:

- 1.- Examen completo de evaluación del paciente que incluya las observaciones del estado físico global, mediante historia clínica completa, inspección cuidadosa de tejidos duros y blandos de la boca, cara y cuello, -- examen radiográfico, elaboración de modelos de estudios y observación de la oclusión, biopsia y examen anatomopatológico de cualquier lesión sospechosa de los tejidos blandos, y por último pruebas de actividad de caries.

- 2.- Profilaxis oral completa a intervalos regulares, e instrucción adecuada sobre la higiene oral per-

sonal.

3.- Aplicaciones tópicas de flúor según las necesidades, con predominio a la población infantil, y recomendación de uso de suplementos dietéticos de fluoruro a los pacientes cuyo servicio de agua no contenga la cantidad óptima.

4.- Tratamiento de las lesiones orales y dentarias en su primera fase, corrección de las enfermedades periodontales, colocación de restauraciones de contorno adecuado para proteger la pulpa y restaurar la función - y sustitución de los dientes que falten.

5.- Premedicación de los pacientes cuyas historias clínicas indiquen la necesidad de un tratamiento medicamentoso.

6.- Preveer o indicar dispositivos ortodónticos interceptivos cuando esten indicados.

7.- Remisión del paciente a las especialidades de segundo contacto cuando sea necesario para su evolución o tratamiento.

8.- Utilización de medidas prácticas y efecti--

vas para controlar la radiación.

9.- Preveer y programar las visitas periódicas del paciente asegurar una profilaxis, nuevos exámenes y tratamientos de las enfermedades dentales tan pronto se produzcan, con el fin de efectuar tratamientos dentales-integrales.

10.- Recomendación de un régimen dietético adecuado para la protección de las estructuras dentales o del control de la enfermedad.

Podemos entonces concluir:

1.- La alta incidencia de caries y enfermedad periodontal, que vemos en nuestra práctica diaria, nos habla, de la gran magnitud y trascendencia del problema; y las cuales analizadas nos señalan las alternativas de solución que son factibles y vulnerables con los recursos con que contamos actualmente.

2.- Es de primordial importancia la concientización y la motivación de los odontólogos tanto privados como institucionales, para llevar a cabo la odontología-preventiva a nivel comunitario, ya que solos los esfuerzos unidos podrán, en un futuro, abatir los índices de -

morbilidad. Y la profesión dental posee los conocimientos teóricos y prácticos para asegurar la conservación de la dentición natural, de casi todas las personas, durante toda su vida.

3.- Es evidente la necesidad de programas educativos con gran difusión regional y nacional, con terminología adecuada para profanos, para lograr la concientización de la población en el uso de la odontología preventiva, ya que la ignorancia y el desconocimiento de dichas medidas es una de las causas de que los índices de odontología preventiva sean bajos.

4.- Por último, para aprovechar estos conocimientos todos los miembros de la profesión han de aceptar el desafío, la oportunidad y la obligación de practicar y promover la odontología preventiva en su más amplio sentido,

CAPITULO V

" ACTUALIDADES DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR. "

CAPITULO V

" ACTUALIDADES DE LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR. "

La educación y desarrollo ha sido preocupación mundial, a través de la historia numerosas acciones realizadas así lo demuestran. Pero recientemente en 1961 fué cuando los países de Latinoamérica y los Estados Unidos - de Norteamérica y sus gobiernos aunaron sus esfuerzos para cooperar en un programa de desarrollo económico y social de sus pueblos para alcanzar un máximo bienestar con iguales oportunidades para todos.

A partir de entonces han surgido diferentes enfoques para el desarrollo de la educación en la comunidad así las universidades de los diferentes países han extendido sus programas de educación sanitaria, etc., a sus comunidades tratando de satisfacer sus necesidades.

De ésta manera fué posible la primera conferencia Panamericana de Educación Médica (Bogotá 1966) que -- contribuyó a las ideas generales que sustentaron el programa de Enseñanza de Medicina de la Comunidad.

Mencionaremos algunos programas de educación -- en la comunidad que han sido pioneros en éste campo.

La Universidad Federal del Rio Grande del Norte de Brasil creó en 1965 un programa de extensión universitaria, -- designado CRUTAC (Centro Rural Universitario de Entrenamiento y Servicio Comunitario) que comenzó en agosto de 1966.

CRUTAC, es un Centro de Entrenamiento para los estudiantes con miras a tener personal capacitado, así como a promover el desarrollo de la comunidad.

En 1967, otra universidad brasileña inició un proyecto interesante de desarrollo comunitario. Un grupo de 26 estudiantes y un profesor de la Universidad Fluminense, decidieron trasladarse a la región de Rondonia durante las vacaciones e integrarse a la comunidad. Su idea prosperó y dio origen al proyecto Rondón que con recursos del ministerio de Salud, del interior, de Educación, y de empresas privadas, estatales, municipales y locales, mantiene un equipo multidisciplinario de alumnos que en forma intermitente o continua se integran a la comunidad y ejercen sus habilidades en beneficios de la misma.

En 1973 la Universidad de Bahía, fundó un centro interdisciplinario para el Desarrollo Urbano (CIDUR) con el fin de crear y probar modelos de desarrollo comunitario.

tario que pudieran adaptarse a áreas urbanas pobres en --
otras partes del país.

El programa de investigación y extensión para -
el desarrollo industrial del Instituto Tecnológico de Es-
tudios Avanzados de Monterrey (ITESM), México, en 1951
dedicado a la solución de problemas industriales y guber-
namentales. En 1970 se convirtió en el programa de inves-
tigación y extensión para el Desarrollo Industrial.

La Universidad Agraria Nacional de Perú en 1972
firmó un acuerdo con el Ministerio Peruano de Agricultu-
ra, para apoyar la transferencia de la Tecnología a las-
áreas rurales.

En Antigua, Guatemala, en 1970, se elaboró un -
primer anteproyecto titulado: "Salud y Comunidad, Progra-
ma Interno Nacional de Adiestramiento", en el que se afir-
mó que, al aceptar que el derecho de la salud es univer-
sal no podemos ignorar las grandes dificultades que exis-
ten para hacer efectivo este derecho, especialmente para-
las enormes masas de población que, durante siglos des-
provistas de los más elementales servicios de salud, es-
tán ahora tomando conciencia de sus necesidades y dere-
chos en este campo primordial del bienestar social y co-
lectivo.

También en dicho documento se incluyeron algunos conceptos desarrollados por facultades de distintas Universidades de Latinoamérica que intentaban una proyección de la enseñanza a nivel de sus comunidades.

De las actividades contenidas en tal documento se dió cumplimiento a lo fundamental; la reunión de consultores. Esta marcó la bases y puede considerarse como el jalón inicial de la ruta por la cual comienza a desarrollarse el programa internacional de Enseñanza de Medicina en la Comunidad.

Antecedentes en México.

Desde 1936, se ha establecido el servicio social de Pasantes para los egresados de Medicina, Odontología, Enfermería, Trabajo Social y Ciencias Químicas, se realiza mediante la prestación de servicios profesionales que redunden en beneficio directo de las comunidades principalmente rurales.

Además del servicio social han surgido en el ámbito nacional, y como antecedentes de programas de Medicina de la Comunidad, los instaurados en la Universidad Autónoma del Estado de México, en el Instituto Politécnico Nacional; el Plan A-36 de la Universidad Nacional Autónoma de México, el de la Universidad Autónoma Metropolitana y el de la Universidad Autónoma de Guadalajara.

EL PROGRAMA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO -
DE MEXICO.-

Tiene como antecedentes de trabajo realizados por el Departamento de Medicina Social del Departamento del Distrito Federal en varias zonas aledañas a la capital del país. Su filosofía y estructura está apoyada fuertemente por el D.I.F. (Desarrollo Integral de la Familia) del Estado de México, mediante la creación de una infraestructura interviene la Universidad Autónoma del Estado de México.

PROGRAMA DEL INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL.-

Empezó en 1962 un programa de Medicina Social en el área rural, en Zomeyucan, Estado de México, y en la zona marginada del Molinito, en la Cd. de México. Este programa consiste en la acción de pasantes de Medicina que viven en la localidad y reciben intermitente la ayuda de estudiantes de Medicina del primero al décimo semestre. Se desarrollan labores asistenciales, de educación a la

a la fecha criterios firmes y definidos para calificar -- los resultados de este plan.

En la U.N.A.M., surgieron otros dos programas - de Medicina Comunitaria: el de la Unidad Zaragoza de Cien- cia de la Salud y el de Clínicas Periféricas de Odontolo- gía. No se tiene a la fecha información válida de los re- sultados.

LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-XOCHIMIL- CO.-

Inició en 1974 un programa de post-grado en - - Medicina Social para Médicos. Al parecer no ha tenido el éxito esperado. En el terreno de pregrado existe un plan de estudios de tipo integral que comprende la inclusión - de problemas sociales, económicos y políticos de la ciu- dad de México y las áreas marginadas circunvecinas. Aun- que no pueden llamarse propiamente programas de Medicina- en la Comunidad, su mención se justifica por el énfasis - que ponen en una educación para el desarrollo.

Además han existido algunos otros programas de - corta duración y poco impacto en el desarrollo del concep- to de Medicina Comunitaria.

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE EDUCACION EN LA -
COMUNIDAD DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA(UAG).

Como antecedentes institucionales de este programa debemos mencionar la atención obstétrica domiciliaria que a partir de 1935 se inició en la Facultad de Medicina recién inaugurada. En el mismo año se crearon -- brigadas médicas de servicio social a zonas suburbanas y rurales.

En 1959, los doctores Luis Garibay y Jaime Mendiola, planificaron y efectuaron, a partir de la investigación de un caso clínico de leishmaniosis, el primer -- programa coherente de atención comunitaria en el ejido - de la Esperanza, Jalisco.

Desde entonces, la Universidad Autónoma de Guadalajara, además de colaborar en diversos proyectos y -- campañas originadas en agencias gubernamentales o privadas, ha establecido organismos de servicio a la comuni--dad que nació en 1973, con el nombre de programa de Medicina en la Comunidad.

Desde que en México se creó la primera escuela--de Odontología como ciencia de la salud (UNM 1904) han habido muchas inquietudes en la manera de cómo darle una

orientación social a la profesión. Se ha hablado mucho - a través de los años y a través de cada período de gobierno, de la trascendencia social que el pueblo espera de la Odontología para que se haga universal un valor tan exclusivo como es la salud.

A continuación daré un resumen de lo que se ha propuesto y de lo que se ha hecho al respecto y empezaré con algunos apuntes de lo que se trató en la Reunión de Consulta Popular con el hoy presidente de la República -- Lic. Miguel de la Madrid, el 11 de mayo de 1982.

Por parte de las instituciones del Sector Salud como son: IMSS, Secretaría de Salubridad, ISSTE, DIF. Se propuso por medio del Dr. Fernando Coutiño, Representante del Comité Interinstitucional de Odontología, lo siguiente:

- 1.- Elaboración y ejecución de la encuesta nacional de -- recursos humanos para crear un banco de datos y diseñar una estrategia de acción.
- 2.- Elaboración y ejecución de la encuesta nacional de -- morbilidad bucal que permita la definición de los perfiles epidemiológicos y de los recursos para transformar los indicadores prevalecientes.

- 3.- Creación de fuentes de trabajo a nivel institucional que amplíen las posibilidades de atención a la demanda real.
- 4.- Definición de apoyos económicos para la dotación de recursos materiales.
- 5.- Sentar las bases para promover la industria odontológica a nivel nacional para evitar costos por importación.
- 6.- Definir, en base a encuestas nacionales de recursos humanos y morbilidad bucal, la transformación de los programas de escuelas y facultades de odontología -- para obtener odontólogos de práctica general capaces de ejercer en instituciones del Sector Salud y en zonas rurales y marginadas, además de estar comprometidos socialmente con México,
- 7.- Crear la estructura facilitadora que permita el acceso de la educación de post-grado a los odontólogos - que la demanden.

Según palabras del Dr. Humberto Muñoz López, -- Presidente en ese entonces de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO) dijo:

La odontología en México se prepara para cum--

plir más aceleradamente su función social."

Es a las universidades a quien corresponde formar la piedra angular en la que se cimente la formación académica de alto nivel y a la concientización social de los nuevos profesionistas, acorde con las necesidades del pueblo.

Esta misión, dijo, queda truncada por que:

- 1.- Contamos con pocos recursos a nivel académico.
- 2.- Se ha limitado la educación por razones presupuestarias.
- 3.- Falta de investigación en las escuelas.

Dijo además que el problema medular en México - consiste en el incorrecto aprovechamiento de los recursos humanos formados en las escuelas y facultades de Odontología ante la creciente demanda de atención odontológica.

Agregó que tradicionalmente el problema se ha intentado tratar así:

- 1.- La odontología integral se destina exclusivamente a un sector económicamente privilegiado de la población ofrecido por un muy limitado número de profesionistas

del mismo nivel socio-económico.

- 2.- Tratamientos solo paliativos en las instituciones debido al uso de técnicas no actualizadas.
- 3.- Falta de correlación entre las instituciones de servicio médico y las universidades con un número insuficiente de odontólogos que hacen frente a la cobertura que ellas deberfan proteger.

El Dr. Manuel Farrill Guzmán, presidente del Grupo Odontológico Revolucionario de la República Mexicana habló de ciertas alternativas y programas de solución que a grandes rasgos son:

- 1.- Educación higiénica masiva:

La cual se lleva una efectiva y constante compañía de educación higiénica de cobertura nacional de común acuerdo de la Secretarfa de Salubridad con la dirección de Radio, T.V. y cinematograffa.

- 2.- Mayor compromiso social de la profesión:

Gran parte del servicio social de los estudiantes de odontologfa debe consistir en orientar a las universidades, sobre como cuidar de su salud integral y bucal y en orientar a la gente sobre su nutrición.

3.- Revisión de la reglamentación de alimentos y medicamentos:

Hacer que la población sepa y pueda aprovechar su poder adquisitivo para alimentarse lo mejor posible -- pensar en que deben quedar exentas de IVA los medicamentos.

4.- Fortalecimiento de la Industria Odontológica Nacional:

Exigir calidad a la industria nacional y disminuir -- impuestos por importación para abaratar costos en la atención odontológica.

5.- Ampliación de los servicios de las instituciones y fluoruración del Agua de consumo y de otros vehículos adecuados:

Que todo mexicano tenga acceso a los servicios de -- salud. El procedimiento de fluorar el agua potable no es muy complicado, el costo es bajo y la eficiencia es enorme, la Secretaría de Salubridad ha logrado fluorar la sal de cocina pero este esfuerzo no -- basta.

Por último el Dr. Daniel Silva Herzog, presidente del Comité Ejecutivo de la Asociación Dental Mexicana, sintetizó planteamiento para 1982:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Unificar, actualizar y perfeccionar los programas y sistemas de estudios de los diferentes centros de enseñanza odontológica del país.
- 2.- Incrementar la generación de fuentes de trabajo por parte de las autoridades gubernamentales en aquellas zonas donde no existen servicios odontológicos suficientes.
- 3.- Impulsar la investigación, diseño y producción de instrumental técnico especializado, así como el desarrollo de métodos de control de calidad en los materiales de uso dental.
- 4.- Propiciar mediante la colegiación obligatoria la actualización técnica y científica de los odontólogos.
- 5.- Proponer que 1983 sea declarado año de la Salud Oral.

Hasta el momento lo más actualizado de lo que se ha llevado a cabo de lo antes propuesto tenemos:

Por parte de la Secretaría de Salubridad, un estudio sobre morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal en 1979. Y por parte de AMFEO, se llevó a cabo en 1984 un estudio piloto sobre Registro de Morbilidad Estomatológica, realizado solo en 5 estados de la Repd--

blica Mexicana. Como nos damos cuenta este último estudio puede ser más significativo que el primero, pero hasta el momento no se ha hecho nada a nivel nacional, más-consistente que lo antes mencionado y si acaso hay algo más, es a nivel estatal o a nivel local.

A continuación un resumen de estos dos estudios:

"ESTUDIO SOBRE MORBILIDAD BUCAL EN ESCOLARES DEL DISTRITO FEDERAL. "

POR: SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

AÑO: 1980

OBJETIVOS:

General:

1.- Conocer la morbilidad bucal de la población escolar del Distrito General.

Específicos:

1.- Medir la prevalencia de caries dental y --
parodontopatías en la población escolar del Distrito Federal.

2.- Obtener información sobre la distribución - por grupos de estas enfermedades.

3.- Medir el grado de higiene oral de los escolares en el Distrito Federal.

4.- Obtener un diagnóstico de Salud bucal para orientar los programas de la institución.

5.- Establecer parámetros de evaluación para estudios posteriores y programas en ejecución.

Conclusiones:

Las instituciones de salud realizan programas en escolares, cuyo objetivo es la conservación de la salud bucal por medio de la educación y aplicación de métodos como aplicación de fluor; estos programas tienen amplia cobertura en algunas delegaciones, pero en general en el Distrito Federal no alcanzan a cubrir la mitad de la población. Debido a la importancia que tiene la educación para la salud en el fomento de la misma, se considera necesario realizar un incremento en este tipo de actividades, sobre todo tomando en cuenta las delegaciones en las que no se alcanza a cubrir más del 50%, como son en Coyoacán, Cuajimalpa, Iztacalco, Iztapalapa, Milpa Alta, Tlalpan y Venustiano Carranza.

Los escolares que reciben atención estomatológica acuden en su mayoría a servicios de tipo particular. Las instituciones en conjunto cubren a menos de la mitad de los escolares con sus servicios estomatológicos, pero aún así una tercera parte de la población escolar queda completamente desprotegida, pues nunca ha recibido tratamiento estomatológico de ninguna especie.

Los servicios de la SSA tienen mayor cobertura y la SEP es la que tiene menor cobertura, tanto general como por obligación.

Los hábitos higiénicos observados por medio de la frecuencia de cepillado dental, denotan una gran deficiencia, pues sólo un poco más del 50% realiza cepillado diario, siendo la frecuencia al día menor de la deseada por una correcta higiene bucal.

La caries presenta gran magnitud en la población escolar, ya que solo 4,5% de los escolares entre 6 y 14 están libres de dicho padecimiento.

El CPO (carios-perdidos-obturados) del grupo de escolares que participan en programas preventivo-educativos es poco mayor que el CPO de los que no participan, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

tiva, lo cual quiere decir que a pesar de estos programas contemplan actividades de prevención tanto (auto-aplicación de flúor) como indirectas (prácticas educativas), estas no han logrado la eficacia deseada para combatir la enfermedad.

El hecho de que los niños con índice CPO más alto correspondan a escolares que asisten a servicios -- estomatológicos, probablemente se debe a que los escolares con graves problemas de caries dental acuden a solicitar la atención al servicio más cercano o donde lo atiendan más rápido, o bien donde el tratamiento sea más completo. Por el contrario, los niños con bajo índice de caries y por tanto con menos molestias, a este respecto, no sienten necesidad de acudir a un consultorio dental. Esto a la vez estaría denotando la falta de costumbre de visitar al odontólogo para el simple examen periódico.

La atención que se ha estado brindando a la población además de tener baja cobertura se enfoca a tratamientos radicales como son las extracciones, lo cual tomando en cuenta que se trata de dientes permanentes va a ocasionar nuevas necesidades de atención como son las prótesis y los tratamientos de ortodoncia, problemas que son difíciles de solucionar a nivel institucional, debi-

do al alto costo de los mismos.

Se reporta gran porcentaje de escolares con problemas parodontales (94.7%) en general los casos son de gingivitis simple y que en algunas edades se incrementa tal vez debido a las etapas de erupción de los dientes.

En relación al tipo de servicios, se puede apreciar que los escolares que acuden a servicios estomatológicos particulares o institucionales, reportan mayores problemas parodontales, y los que nunca han recibido atención, de este tipo, presentan índice parodontal menor repitiéndose éste comportamiento en cada uno de los grupos-etáreos, lo cual podría significar que los escolares no acuden a los servicios por que no presentan sintomatología que amerite la visita al odontólogo, la cual solo la llevarían a cabo en los casos de emergencia.

En lo que respecta al tipo de servicios, no se encuentran diferencias significativas estadísticamente, pero si existe mejor higiene en los que asisten a servicios, ya sea institucionales o particulares, en comparación con los que no asisten a ningún servicio, lo cual implica que se recibe cierta orientación o motivación que logra modificar los hábitos higiénicos de los escolares.

REGISTRO DE MORBILIDAD ESTOMATOLOGICA.

AMFEO (ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE -
ODONTOLOGIA, A.C.)

Informe técnico de la prueba piloto (Octubre de 1984).

AMFEO, tiene como finalidad principal, elevar el nivel académico de las instituciones miembros de la asociación y promover actividades de colaboración científica y académica entre las mismas.

Se ha diseñado un proyecto de investigación -- epidemiológica descriptiva, que obtenga como resultado, información de tipo empírico, que permita identificar posibles asociaciones casuales de la patología estomatológica más frecuente en las diferentes regiones del país, y que contribuya a delinear el perfil epidemiológico en el área estomatológica a nivel regional y nacional.

Esta es la primera aportación de nuestra asociación en materia de morbilidad y otros indicadores estomatológicos.

El estudio de la morbilidad estomatológica, ha sido un área relativamente poco desarrollada en América-Latina. El primer estudio se realizó en Colombia en - -

1970, posteriormente en Venezuela en 1972 y en 1976 en Ecuador.

En nuestro país, la SSA a través de la Dirección General de Estomatología, llevo a cabo en 1978 un estudio para determinar la prevalencia de fluorosis, periodontopatías y caries en una muestra intencionada de cinco ciudades del país.

En 1979 realizó un estudio sobre morbilidad bucal en la población escolar del Distrito Federal. Por último en 1982 la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal realizó un estudio de morbilidad bucal en ocho de las dieciseis jurisdicciones sanitarias -- del Distrito Federal.

En nuestro país, las escuelas y facultades de Odontología proporcionan cerca del 80% de los servicios de atención estomatológica demandada a nivel institucional, por lo que los pacientes atendidos por estas instituciones, representan un universo de estudio importante, desde el punto de vista de su magnitud y da fácil acceso para la investigación.

Este estudio tiene como propósito, identificar los principales problemas de salud estomatológica que se

generan una demanda de atención en las clínicas de escuelas y facultades de Odontología en el país, a través del registro permanente de los padecimientos detectados en la consulta.

La información generada por el proyecto sirve-- principalmente para la construcción de indicadores epidemiológicos en el campo de la estomatología, la identificación de asociaciones empíricas entre la presencia de padecimientos específicos y características del grupo que los presenta con mayor frecuencia, lo cual permite plantearse hipótesis a ser verificadas a través de la investigación. Además ésta información permite hacer evaluaciones de la congruencia entre la estructura curricular y la morbilidad que deberá atender el egresado en su ejercicio profesional, así como planear racionalmente las actividades docente-asistenciales y las necesidades de recursos materiales para su desarrollo.

El proyecto se dividió en 3 etapas de las cuales las dos últimas no se han llevado a cabo.

ETAPA I:

Diseño y piloteo de los instrumentos y procedimientos de recolección. Participaron cinco facultades de

Odontología.

- Universidad Autónoma de Baja California Norte.
- Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Universidad Tecnológica de México.
- Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Universidad Autónoma de Yucatán.

Duración total es 8 meses.

2 meses de planeación.

6 meses de pilotaje.

ETAPA II:

Consiste en la promoción del proyecto y la incorporación al mismo del resto de las escuelas y facultades de Odontología y tendrá una duración de 12 meses incluyendo la capacitación del personal de las escuelas de nuevo ingreso.

ETAPA III:

En esta etapa se promoverá la incorporación al proyecto de las instituciones del Sector Salud, que prestan atención odontológica y la introducción de la información producto del proyecto al Sistema Nacional de información de Salud.

Resultados de la Etapa I.-

Durante los 6 meses de duración de la prueba -- piloto, se atendió una población total de 18,602 pacien-- tes en las clínicas de las cinco facultades y escuelas -- participantes.

Los padecimientos más frecuentes reportados fue-- ron la caries con una tasa global de 440 casos por 1,000-- pacientes atendidos, en primer lugar; y los gingivitis -- con una tasa global de 182 casos por 1,000 pacientes aten-- didos. La periodontitis ocupó el tercer lugar en la dis-- tribución con una tasa global de 34 casos por 1,000 pa-- cientes atendidos. La cuarta causa de morbilidad fue la-- hipocalcificación. El quinto lugar lo ocupó la descalci-- ficación los trastornos de la oclusión aparecen entre -- los principales diagnósticos.

Durante los 6 meses de la prueba piloto se lle-- varon ha cabo un total de 15,377 actividades finales de -- atención a la salud odontológica, dirigidas a un total -- de 11,176 pacientes.

Del total de actividades 3,851 corresponden a -- actividades preventivas de las cuales 1828 fueron aplica-- ciones de flúor, 1992 profilaxis y 31 aplicaciones del se-- lladores de fisura.

Se realizaron 6,481 (42%) restauraciones.

410 prostodoncia.

129 rehabilitación de oclusión.

271 actividades quirúrgicas

3,741 exodoncias.

El siguiente es un ejemplo de lo que se hace en los Estados Unidos de Norteamérica, con respecto a la - - Odontología Comunitaria.

EL DENTISTA EN LA SALUD DE LOS INDIOS.

Programa del Servicio de Salud de los Estados Unidos.-

" El servicio de salud india es una dependencia del servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, - el cual es responsable de la dirección comprensible de -- las necesidades de los cuidados de salud de más de 850,000 Indios Americanos y Nativos de Alaska. En el servicio de Salud India operan aproximadamente 50 hospitales, 100 centros de salud y clínicas de pacientes ambulatorios y más de 300 estaciones de salud en 20 estados.

Los grupos de indios varían enormemente de localidad a localidad en los Estados Unidos dependiendo sobre manera de las variables económicas y sociales. Las -

formas de ser y las costumbres de cada tribu son únicas; - por lo cual, el sistema de cuidados de salud que dirige - cada una de las localidades deberá de estar diseñada indiv - idualmente para que encuentre o se encare efectivamente las necesidades de la población.

La odontología en los servicios de Salud Indios también deberá de tasar o evaluar adecuadamente las necesidades de la comunidad y llevar o prestar los servicios - adecuados. La duración de tiempo que el cuidado dental - ha sido ofrecido, el tamaño de la comunidad, el comporta - miento y las costumbres y hábitos sociales de la gente -- la experiencia del equipo dental y el nivel previo de las actividades preventivas, todo esto será lo que determinará los tipos y cantidades de servicios dentales que son re - queridos y que pueden ser otorgados o llevados a cabo.

RETROALIMENTACION.-

Los servicios dentales para los indios america - nos y los nativos de Alaska comenzó en 1913 con la asigna - ción hecha por la Oficina de Asuntos Indios del Departa - miento del Interior; de 5 dentistas para viajar a todas - las reservaciones y escuelas indias para proveer cuidados dentales. Se utilizó equipo dental portátil y frecuente - mente los viajes se hacían a lomo de caballo. Como fue--

ron creandose caminos y se fue disponiendo de dinero, se utilizaron trailers móviles dentales.

Por 1955, cuando el USPHS estableció el I.H.S., se han venido construyendo clínicas dentales fijas en basantes localidades estratégicas. Gradualmente se han venido poniendo o adquiriendo clínicas de campo adicionales unidades móviles dentales, y algún equipo dental móvil. - Ahora hay más de 150 recursos dentales de la I.H.S. localizados en hospitales, centros de salud y estaciones de salud aparte de otras 250 localidades pequeñas de tratamiento a lo largo de 28 estados.

El equipo es moderno y la mayor parte de las -- clínicas cuentan con más de dos sillones dentales, un dentista y uno o más asistentes dentales. Las asistentes -- dentales se emplean para maximizar la eficiencia mediante la práctica de la odontología a 4 manos.

Los servicios de laboratorio normalmente se pueden contar con ellos en la mayoría de las clínicas dentales.

Para el dentista, los desafíos o retos profesionales existen en muchos niveles. La prevención de las enfermedades buco-dentales es lo más importante en los con-

sultorios de I.H.S. y las necesidades del total de las comunidades son consideradas cuando se diseñan las actividades de salud dental apropiadas. Algunas comunidades recientemente han adaptado o a sido instaladas o instituidas en varias escuelas por requisición de la comunidad.

Las actividades de la comunidad se han implementado a través de la cooperación entre los empleados tribales (de la tribu) y los equipos de salud dental.

El Servicio de Salud Indio se divide en áreas administrativas donde cada oficina de área se responsabiliza por un número de localidades de cuidados de salud.

LA PRACTICA DENTAL CLINICA EN EL

I. H. S.

El tipo de prácticas son de un naturaleza de -- práctica general y asistida una amplia gama de servicios -- es la que se ofrece basada sobre todo en las necesidades de la gente. El entrenamiento y la experiencia del dentista y los recursos disponibles.

Los dentistas se justifican por la disponibilidad de los especialistas de la clínica para la planeación de los casos difíciles y de dentistas de Salud Pública pa

ra actuar como consultores para ayudar a planificar un programa de prevención comprensivo y tratamiento. Se pide -- a los dentistas para que se involucren en la orientación preventiva total de las I.H.S. y para que ayuden a desarrollar nuevas proporciones para la salud oral. Las recompensas profesionales para los que se integran pueden ser exitosas.

CONSIDERACIONES PERSONALES.-

Los estilos de vida personal de los profesionistas de las I.H.S. es algo diversa. Los hospitales y clínicas del I.H.S. se encuentran localizados en las más bellas regiones de los Estados Unidos. Las actividades extrainstitucionales (externas) son abundantes como montañismo, campamentos, fotografía, esquí, cacería, pesca y excursionismo todas estas casi se pueden encontrar en todas las regiones. Como las prácticas (consultorios) se encuentran localizados donde las grandes ciudades no están cerca, para que se ofrezca la forma tradicional de -- atención. Los empleados generalmente son auto-suficientes y auto-confiables.

La vivienda que hay en los lugares de las I.H.S. también son proporcionadas por el gobierno o se utilizan casas disponibles de la comunidad. La oportunidad de

empleo para los esposos puede ser investigada en conjunto con el proceso de selección de los dentistas.

RELACIONES CON LA COMUNIDAD.-

El dentista es un miembro integrante del equipo de salud de la comunidad. Las relaciones desarrolladas con los líderes tribales y con otros profesionales (trabajadores) de la salud facilitan la planificación de la salud específica de la comunidad y proveen un medio importante para la revisión continua del programa y los elevan. Estas relaciones incluyen a aquellos que forman el consejo de salud de la tribu, a los médicos, a las enfermeras de salud pública, a los representantes de salud comunitaria, asistentes médicos, nutricionistas, maestros y otro personal del programa tanto del sector público como del privado.

OPORTUNIDADES DE DESARROLLO DE LA CARRERA.-

Para individuos de las escuelas de odontología (estudiantes) las asignaciones temporales a clínicas de los I.H.S. se pueden llevar a cabo durante los períodos de vacaciones mediante el Programa Externo del Oficial Comisionado Estudiantil (COSTEP). Los estudiantes son distribuidos en las instalaciones de el I.H.S., Llevan

a cabo Odontología clínica e integran con un programa de Odontología en la Comunidad comprensivo. No hay que pasar otros comités de servicios si fueron seleccionados -- por asignamiento del COSTEP.

Para los dentistas que son contratados para -- asignaciones de práctica general, se aprueba su competencia por una variedad de pasos de la carrera. Después de un Comité de Servicios inicial de dos años, los dentistas son libres de competir por puestos o posiciones de responsabilidad mayor y hacer los movimientos necesarios con el I.H.S. para diferentes asignaciones, las cuales hacen que su experiencia se acreciente y los hacen más expertos.

Dichas posiciones deberán de incluir la administración de mayores áreas de servicio o clínicas más grandes (físicas), inclusión como maestro de programas de entrenamiento para dentistas o asistentes dentales, trabajo en áreas de desarrollo comunitario o administración de salud pública.

La I.H.S. ha venido seleccionando con competitividad por muchos años a dentistas que van a trabajar en el I.H.S. en residencias de práctica general, entrenamiento clínico de especialidades y grados avanzados de salud pública.

empleo para los esposos puede ser investigada en conjunto con el proceso de selección de los dentistas.

RELACIONES CON LA COMUNIDAD.-

El dentista es un miembro integrante del equipo de salud de la comunidad. Las relaciones desarrolladas con los líderes tribales y con otros profesionales (trabajadores) de la salud facilitan la planificación de la salud específica de la comunidad y proveen un medio importante para la revisión continua del programa y los elevan. Estas relaciones incluyen a aquellos que forman el consejo de salud de la tribu, a los médicos, a las enfermeras de salud pública, a los representantes de salud comunitaria, asistentes médicos, nutricionistas, maestros y otro personal del programa tanto del sector público como del privado.

OPORTUNIDADES DE DESARROLLO DE LA CARRERA.-

Para individuos de las escuelas de odontología (estudiantes) las asignaciones temporales a clínicas de los I.H.S. se pueden llevar a cabo durante los períodos de vacaciones mediante el Programa Externo del Oficial -- Comisionado Estudiantil (COSTEP). Los estudiantes son distribuidos en las instalaciones de el I.H.S., Llevan -

Estos tipos de experiencias son los que se encuentran disponibles muy seguido para aquellos dentistas que persiguen una relación a largo tiempo con el I.H.S. -

También se ofrecen oportunidades de educación-- continuada para dentistas a través de un amplio rango de cursos de especialidades clínicas de administración, de ciencias del comportamiento y de salud pública.

EMPLEOS.-

Los dentistas pueden ser contratados en diferentes formas por la I.H.S. y los grupos tribales. La forma más tradicional para los empleos directos federales es -- los cuerpos comisionados de los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos. El sueldo y los beneficios del sistema son básicamente los mismos como los de los militares. Un mecanismo federal secundario se lleva a cabo a través de un sistema de servicio civil. En el caso de -- que una tribu haya decidido administrar su propio programa de cuidados dentales, un dentista deberá ser empleado directamente por el grupo tribal.

Un método final podría ser un acuerdo contractual tanto para práctica de tiempo parcial o tiempo completo. Todas las posiciones federales son seleccionadas-

competentemente de los aplicantes disponibles en un mismo tiempo por medio de calificaciones.

LICENCIAS.-

Los oficiales comisionados en el I.H.S. no requieren de tener una licencia de práctica del estado, ya que los servidores civiles tienen que poseer una licencia válida para poder practicar en un estado específico, no necesariamente será del estado en el cual se encuentra localizada la posición. Solo el contrato directo tribal de un empleado en estas posiciones requieren que el dentista posea la licencia del estado donde se encuentra localizado el consultorio.

BENEFICIO DE LAS CORPORACIONES COMISIONADAS.-

- Los dentistas principiantes sin servicio militar previo reciben una comisión con un grado ASISTENTE CIRUJANO DENTAL SEÑOR. Este grado es el equivalente de un capitán en el ejército o un teniente en la Marina.
- Los dentistas del I.H.S. reciben un salario de acuerdo al sistema de pagos del ejército.
- El ajuste de los costos de la vida han sido tipificados cada año y autorizados por el congreso.
- Los dentistas del I.H.S. reciben incrementos salariales

de acuerdo a los años de servicios, para vivienda y para subsistencia.

- Los dentistas del I.H.S. pueden permutar de un asignamiento a otro basados en la habilidad y la preferencia personal.
- Los gastos por viajes, transportación y manejo de casa cuando son llevados a servicio activo o cuando se cambia de servicio son pagados por el gobierno.
- Los dentistas I.H.S. reciben 30 días de vacaciones pagadas cada año.
- Los dentistas reciben su sueldo completo y continuo en caso de enfermedad.
- Los dentistas pueden ser elegibles de jubilación a los 20 años de servicio.
- Existen beneficios para sobrevivientes basados en el mínimo de años de servicio y el grado alcanzado por el dentista del I.H.S. al tiempo de su muerte.
- Existen beneficios de seguridad social para aquellos que participen en el programa de seguro social.
- Los dentistas del I.H.S. son reconocidos como Comisionados y tienen privilegios puestos de cambio por los militares.
- Se dan licencias administrativas para asistir a reuniones profesionales, cursos y seminarios.
- Los dentistas de I.H.S. tienen oportunidades de recreaciones extramuros de muchos tipos y el reto de preferir la odontología en las áreas remunerativas en los --

Estados Unidos.

- Los oficiales comisionados del I.H.S. podrán participar en la asistencia educativa de la administración de Veteranos y de los programas de Bienes Raíces.
- Oportunidades de desarrollo profesional continuo a través de las experiencias educacionales y los retos que se ofrecen.

El Programa Dental recluta dentistas en una base abierta, competitiva e individual. Los dentistas que deseen vivir y trabajar en un medio fascinante de la odontología moderna y en un ambiente cultural único son atraídos al I.H.S. Los dentistas generalmente encuentran que ellos dan mucho de ellos mismos en I.H.S. y que son recompensados por eso, por el crecimiento personal y profesional que pueden ser ofrecidos por muy pocas situaciones alternativas! "

A continuación hago un breve resumen del análisis de la currícula de las escuelas y facultades de odontología en México hecho por A.M.F.E.O. en el estudio de la situación actual de la enseñanza de la Odontología en México.

ESTUDIO DEL ANALISIS DE LA CURRICULA
DE LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGIA EN
MEXICO REALIZADO POR AMFEO EN
1986.

En este trabajo los aspectos específicos en los que se hace énfasis son, prerrequisitos, formación académica, formación humanística, formación administrativa y formación continua. Dicho estudio se realizó por encuestas resueltas por cada una de las 42 escuelas y facultades de Odontología afiliadas a A.M.F.E.O. del país, de las cuales solo 26 fueron contestadas y 16 no fueron resueltas.

Se pretendió investigar si el currículum propone el forma explícita la formación integral del estudiante y como se vincula la formación humanística con la formación profesional.

Entre los resultados que arrojó dicha investigación en cuanto a odontología para la comunidad se refiere, tenemos que:

La odontología preventiva la ofrecen el 90% de las escuelas.

Bioestadística el 35% de las escuelas lo imparten.
 Odontología sanitaria solo 30% de las escuelas.

Nutrición el 20%

Educación para la salud 20%

Epidemiología 15%

Grupo asesor de familias 10%

Odontología en la Comunidad 10%

Estudios de la Comunidad 10%

Placa dentobacteriana 10%

Trabajo de campo 10%

Seminario de investigación 10%

Salud Pública 5%

Odontología en la Salud Pública 5%

Brigadas comunitarias 5%

Atención a la Comunidad 5%

Prevención de caries 5%

Mantenedores de espacio 5%

Introducción a la ciencias de la salud 5%

Métodos científicos 5%

Ética 5%

Lectura y métodos de estudio 5%

Economía dental 5%

Seminario de Sociología 5%

Odontología social 5%

Universidad y Sociedad 5%

Antropología social 5%

Evolución social 5%

Estratificación y Cambio social

Sociología mexicana 0%

Servicio social universitario

Problemas Socioeconómicos de México 5%

Haciendo la aclaración que a partir de la asignatura de Nutrición no fué aclarado las horas promedio de teoría práctica.

Es afirmación generalizada que el currículum se responde a las necesidades de la comunidad, las cuales fueron detectadas a través de estudios epidemiológicos y que lo que facilita la formación del odontólogo para responder a esas necesidades son las materias preventivas y el servicio social y que la carencia de las materias sociales lo entorpece.

En cuanto a las carencias que se marcan para que los cirujanos dentistas puedan salir preparados respondiendo a las necesidades de la comunidad se marcan la investigación, el equilibrio entre la prevención, la curación y la rehabilitación; el enfoque social e incluir las disciplinas pedagógicas y administrativas.

La mayoría de los encuestados responden que el currículo propone elementos que preparan al futuro ciru-

jano dentista para desenvolverse como educador de la comunidad en relación a su profesión, pero las materias que enuncian no contienen dichos elementos; sin embargo, proponen como conveniente incorporar al currículum este tipo de preparación y una de las razones es que para educar -- es necesario estar preparado.

Un alto porcentaje de los escuelas ofrecen formación psicológica y entre las razones que se expresan están la de conocer y estudiar mejor al paciente, para mejorar la relación paciente-odontólogo, etc.

Entre las conclusiones de este estudio cabe destacar que el Cirujano Dentista debe estar capacitado para:

- Prevenir las afecciones de aparato masticatorio a través de la educación para la salud bucal y aplicación de los procedimientos específicos individuales y comunitarios pertinentes.
- Propiciar la comunicación con sus pacientes basados en los principios psicológicos y culturales, promoviendo y orientando las acciones para lograr la salud de la comunidad.
- Investigar la morbilidad de los problemas de salud bucal así como los métodos, materiales y procedimientos para su solución con énfasis en la prevención.
- Administrar tanto su práctica privada como la de los --

servicios de salud de la comunidad a través de la planeación, organización, ejecución y evaluación.

- Actualizar sus conocimientos tanto en lo científico y técnico como en el desarrollo de los aspectos humanísticos y sociales.

Y por último entre las recomendaciones hay una que dice: Realizar las modificaciones necesarias en los contenidos curriculares de cada Escuela para incorporar la Salud Pública, Odontología comunitaria, Relaciones humanas, Metodología de la investigación, Psicología Médica Administración, buscando además un equilibrio en la atención de los problemas de salud bucal y entre la prevención, curación y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades, socioculturales, morbilidad y políticas relativas.

A continuación la lista de las facultades y escuelas de Odontología afiliadas a AMFEO y que colaboran con el estudio:

- CENTRO BIOMEDICO DE AGUASCALIENTES.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA EN MEXICALI.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA EN TIJUANA
- INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS (CIUDAD JUAREZ)
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA.
- INSTITUTO TECNICO UNIVERITARIO DEL NORTE.

- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA. (SALTILLO)
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA (TORREON)
- UNIVERSIDAD DEL SURESTE.
- INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD. DE CHIAPAS.
- FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNAM.
- INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA.
- E.N.E.P. ZARAGOZA-UNAM.
- UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE MEXICO.
- UNIVERSIDAD INTERCONTIENTAL.
- UNIVERSIDAD LATIIONAMERICANA.
- UNIVERSIDAD DEL EJERCITO Y LA FUERZA AEREA .
- UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO.
- ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES DE IZTACALA-UNAM.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO.
- UNIVERSIDAD QUETZALCOATL (IRAPUATO)
- UNIVERSIDAD DEL BAJIO (LEON)
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO.
- UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
- UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS HIDALGO.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA BENITO JUAREZ DE OAXACA.
- UNIVERSIDAD REGIONAL DEL SURESTE DE OAXACA

- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA.
- UNIVERSIDAD CUAUHTEMOC DE PUEBLA
- UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA.
- UNIVERSIDAD JUAREA AUTONOMA DE TABASCO
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS.
- UNIVERSIDAD DE MATAMOROS
- UNIVERSIDAD DEL NOROESTE.
- UNIVERSIDAD DEL VALLE DE BRAVO DE REYNOSA.
- UNIVERSIDAD DEL VALLE DE BRAVO (NUEVO LAREDO)
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TLAXCALA
- UNIVERSIDAD VERACRUZANA
- UNIDAD CIENCIAS DE LA SALUD DE CIUDAD MENDOZA
- UNIDAD DOCENTE INTERDISCIPLINARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD. (CIUDAD MENDOZA, VER.)
- UNIDAD DOCENTE MUTIDISCIPLINARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO. (MINATITLAN, VER.)
- UNIDAD DOCENTE MUTIDISCIPLINARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD (POZA RICA, VER).
- UNIVERSIDAD DE YUCATANA.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ZACATECAS.

CAPITULO VI

" LA SOCIOLOGIA COMO MEDIO DE MEJORAMIENTO PARA LA
ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR. "

CAPITULO VI

" LA SOCIOLOGIA COMO MEDIO DE MEJORAMIENTO PARA LA ODONTOLOGIA COMUNITARIA FAMILIAR. "

Ya hemos visto através de la historia como los egipcios, griegos y demás civilizaciones tuvieron en sus senos seres que ejercían al arte de curar. Cada instante tuvo una su historia y sus características.

Si nos adelantamos un poco y tomamos como punto de partida el Siglo XIX, nos podemos percarar de la manera como nuestra profesión se ha visto en la obligación -- de tener en cuenta muchos factores para su desarrollo: -- sociales, políticos y económicos. El complejo socioecológico varía: la antropología con texturas raciales diferencias de peso, altura, capacidad física, etc., nace -- la sociología con las revoluciones industriales, agrícolas y tecnológicas, etc., así el mundo experimenta nuevas inquietudes y el hombre incorpora la salud como un derecho y no un privilegio.

Es aquí cuando el odontólogo se coloca frente -- al paciente con otra visión, considerando factores sociales, culturales, económicos, educacionales y ecológicos.

Tal vez por intuición el arte de curar sobrepasa los límites de su función y aborda nuevos problemas -- que no son exclusivos de la clínica, para llegar al contexto de las relaciones interpersonales.

El odontólogo general supuestamente, de acuerdo con la formación recibida en la facultad, no ha tenido -- oportunidad de tener acceso a un saber humanístico adecuado, tanto para su crecimiento personal, así como, la formación de su carácter como miembro de una profesión de la salud.

Sus estudios universitarios le acreditan a su egreso, conocimientos que le permiten desenvolverse con soltura dentro de la esfera técnico-científica; pero su limitada experiencia con pacientes y la omisión de disciplina que lo introduzcan en la problemática de la condición humana, provocan una fisura que interfiere en la relación interpersonal odontólogo-paciente.

Dicha relación se va mejorando con la experiencia siempre y cuando el dentista tenga ese interés en -- prestar el servicio social completo, ya que el ejercicio de la odontología se realiza mediante la relación entre -- persona, de allí que el quehacer odontológico siempre es-

un hecho social; somos alguien en función del otro como ocurre entre la inter-relación odontólogo-paciente.

Odontología social, básicamente es la toma de conciencia para afianzar, modificar o generar actitudes y conductas del odontólogo referidas a una comunidad determinada, a fin de la coparticipación para el logro de la salud bucal para ese cuerpo social, en busca del bien común. Considerada a través de la acción educativa, es la disciplina humanística y científica, cuyo objetivo es promover la reflexión sobre la ubicación del hombre que ejerce la profesión odontológica dentro de una comunidad en la cual actuará y del compromiso personal que con ella contrae.

Antes de llegar a dar soluciones a problemas dentales de una comunidad, hay que estudiarla, conocer sus necesidades e inquietudes de sus individuos, y llevar a cabo una planeación.

Siempre el paciente consciente está en la búsqueda de su odontólogo ideal.

Según el estudio realizado por el Dr. Raúl Truco en Argentina, dice:

" Si juzgamos los factores y sin pretender establecer el juicio de la calidad de prestaciones, la selección del personal por parte del paciente juega en base a diversos parámetros. El resultado de la investigación, da la siguiente tabla de valoración.

Habilidad del profesional	21%
Lo hace fácil y posible	17%
Amigable y afectuoso	15%
Toma su tiempo con el paciente	13%
Calidad del tratamiento	6%
Responsable y cuidadoso	5%
Personalidad fuerte	5%
Humano	5%
Informativo	4%
Limpio y de buena presentación	2%
Honesto	2%
Amable y gentil	2%
Buenos modales	1%
Otros	7%

T O T A L: 100 %

Lo sorprendente es que en los datos obtenidos y estableciendo los caracteres del odontólogo, es que en la elección del paciente pesan más los factores sociales en su suma que los factores profesionales".

Dentro de nuestro ejercicio profesional todos sabemos que existen en términos de muy simplificados dos tipos de pacientes.

A) Los que regularmente cuidan su aparato y función masticatoria.

B) Los irregulares que responden a la demanda estética y dolorosa.

Según el doctor Raúl Trucco: " En el estudio realizado se comprobaron algunos hechos salientes con presunción de verdad:

1.- Los pacientes irregulares desean por parte del profesional más amistad.

2.- Lo mismo para pacientes de sexo femenino.

3.- Los pacientes irregulares son los que desean restaurar y no prevenir su salud bucal.

4.- Los pacientes regulares desea más habilidad profesional.

5.- Los pacientes regulares exigen eficiencia - y evitar pérdida de tiempo.

6.- Los pacientes privados quieren más información.

7.- Los pacientes que tienen cobertura social - son menos exigentes".

Obviamente estas estadísticas no pueden considerarse determinantes, aunque este estudio supuestamente fue realizado en una comunidad latina (Argentina), recordemos que todas las comunidades son diferentes entre sí. Siempre son opiniones, la calidad y acción profesional debe fundamentarse en condiciones más objetivas.

Claro está que la sociedad debe ser educada hasta llegar a una mayoría de los llamados " Pacientes Regulares". Sin duda alguna variarán entonces las opiniones.

¿ Pero cuáles son las necesidades del odontólogo y cual es su situación real ?

Los sistemas en vigencia son centrados en la -- función profesional y en procedimientos no preventivos, - pero si restaurativos. Afortunadamente se está en el momento actual frente a un gran incremento de la prevención que traerá sus resultados al transcurrir el tiempo.

Sabemos que la odontología no ha definido por - culpa de los Administradores de Salud, la responsabilidad específica que le corresponde en muchos años, el camino - para poder servir a todos los grupos de población.

Todos sabemos que la práctica odontológica tie-- ne sus dificultades y entre otros hechos, la dificultad - que tiene el paciente, como mantener los horarios de atenu ción, estar sobrecargado o infradimensionado de trabajo - ante la evidencia de haber quedado desbordada la planifi- cación de profesionales en la distribución de la mano de- obra profesional con severos excesos en determinadas zo-- nas y falta de ellos en muchas otras. La soledad de su -- consulta y falta de remuneración adecuada. El déficit a- su esmero profesional ante el deterioro que el paciente - presenta en tardías visitas de manutención de su boca.

El odontólogo, podríamos decir que necesita si- tuaciones tales como:

- A) Organización y aprendizaje constante y permanente.
- B) Interpretación e inter-relación social.
- C) Participación en todas las esferas del campo profesional.
- D) Organización de un plan de trabajo.

Los resultados que se buscan son:

1.- Llevar al paciente al conocimiento de cuales son las consecuencias de no tratarse a tiempo o en el momento.

2.- Mitos y falsas creencias de lo que es la odontología.

3.- Planear la prevención de las enfermedades orales.

4.- La conservación de la salud una vez lograda.

El profesional desde su básica formación debe tomar conciencia que debe tener siempre preferencia la salud preventiva sobre la odontología terapéutica tal actitud beneficiaría no solo al paciente, sino también al profesional por generalizarse con ello la asistencia y atención bucal.

Así mismo ha de tener la convicción de que ha de prepararse para desempeñarse en un futuro inmediato -- dentro de una modalidad de actividad social dentro de un Seguro Comunitario de Salud rápida difusión mundial. Incluso en la atención privada o mixta sería preferible y -- dentro de los cánones posibles, la actividad en equipo -- para complementación científica e instrumental.

Con formación universitaria altamente especializada y a su vez de formación integrativa socio-cultural, la complementación podría conformarse con estudios epistemológicos y de psicología social, hecho por otra parte -- que insensiblemente, pero progresivamente se va produciendo.

Es claro y cierto el objetivo en cuya consecución, el futuro odontólogo podrá satisfacer la avidez de su intelecto mediante la adquisición de ciencias y técnica de aplicación odontológica, pero además estamos persuadidos que es responsabilidad de los educadores, auspiciar el encuentro del estudiante con el hombre respondiendo -- así, a una exigencia del mundo de hoy, donde, el mayor interés se encuentra en el problema del hombre.

La profesión que pudo haber sido interpretada -- como un " medio de vida " se conjugará con la vocación --

de vivir con y para los demás en un modo de servir y debemos adquirir el compromiso, la disponibilidad y responsabilidad como cualidades.

El bien común es responsabilidad de todos. Ser profesional universitario es poseer talentos que tenemos la obligación de distribuir con justicia para el bien de todos y para el bien personal.

Exponemos las significativas palabras del Papa Pfo XII referidas al médico, ya que tiene igual vigencia para los odontólogos,

" El médico no respondería plenamente al ideal de su vocación ni poniendo a contribución los más recientes progresos de la ciencias y del arte si no no hiciese entrar en juego, en su papel práctico, su inteligencia y su habilidad y si no aportará su corazón de hombre y su caritativa delicadeza. "

Con la siguiente transcripción expongo el criterio del C.D.M.S.P. FRANCISCO ENRIQUE CASTAÑEDA RICO, sobre la realidad de la sociología en la odontología en donde hace un análisis ligero y las posibilidades de solución de los problemas de salud pública buco-dental en México.

" Siempre he estado de acuerdo con los principios de la administración que nos dicen que es de gran importancia (antes que nada) hacer un análisis abierto y sin piedad de un problema o serie de problemas a que se quiere enfrentar para poder resolverlos de la mejor manera posible.

Es también del todo importante que al hacer dicho análisis no se trate de justificar, el por que está sucediendo en esa forma, por lo cual, en primer lugar estamos inconformes. Y es importante a la vez querer solucionar o dar la mejor solución que la que se está ofreciendo para no caer en el abismo de la crítica inhumana - " canibalismo de nuestros suspicaces congéneres. "

Es por eso que ahora haciendo un análisis ligero sobre cuales son los principales problemas de Salud Pública Buco-Dental que afectan nuestro país podemos encuadrarlos dentro de diferentes áreas o ámbitos que creemos que pueden ser los siguientes:

- Educativa o pedagógica dental.
- Práctica dental profesional.
- Práctica dental institucional.
- Legislación de Salud Buco-Dental.
- Relaciones humanas y Públicas del dentista.

- La política y el dentista.
- Administración para la salud.
- Antropología.
- Economía.
- Epidemiología.
- Deontología (ética y moral).
- Civismo (nacionalismo).
- Culturales.
- En general de Salud Pública y otros más como podrían ser los referentes a la psicología o ciencias -- del comportamiento.

Tenemos pues tantos problemas como queremos -- y suena totalmente ilógico el aceptarlos y peor aún sabiendo cuales son estos y conociendo además la forma de solucionarlos rápidamente.

EDUCACION ODONTOLOGICA.

Es difícil explicar a cualquier colega visitante foráneo (extranjero) que aquí en México no hemos -- sido hasta la fecha capaces de abarcar ni siquiera el -- 50% de la población nacional, que digo el 50%, ni siquiera el 30% de la misma. A pesar de saber que contamos con más de 42 escuelas y facultades de Odontología -- distribuidas a lo largo y ancho de nuestro territorio nacional siendo apenas 8 de las 31 entidades federativas --

las que no cuentan con una universidad que tenga facultad o escuela de Odontología.

Las escuelas van de las más pequeñas que no cuentan con más de 20 estudiantes, las medianas con un volumen aproximado de 300 a 400 estudiantes y las grandes que van de 1,000 o más, estudiantes de la carrera, pueden ser privadas o estatales, sumando todas estas alrededor de 15.000 estudiantes de la Odontología en el país aproximadamente.

LA PROFESION ODONTOLÓGICA.

Se cuenta además con aproximadamente 45,000 practicantes de la Odontología profesionalmente, de los cuales un 60% tiene licencia o título profesional para ejercer la carrera, 35% son graduados de la carrera, pero sin haber hecho su examen profesional (pasantes) y el 5% aproximadamente son dentistas empíricos, los cuales no tienen estudios previos en ninguna escuela o facultad, ya que los servicios dentales que ofrecen los han aprendido con la práctica.

LA ODONTOLÓGICA INSTITUCIONAL.

No sabemos por ningún documento oficial a ciencia cierta cuantos trabajan en éste campo a pesar de ser-

profesionistas contratados por el estado y estar dentro de una nómina.

Sabemos también que el sector educativo es el que lleva a cabo el 80% de las atenciones buco-dental - que se hace en nuestro país y solamente es el 20% el - que lleva a cabo tanto el sector privado y el institucional del Sector Salud.

Por lo tanto y después de estar escuchando por varios años a nuestros " políticos " actuales el ya tan-trillado tema de cuales son los problemas de Salud Pública Budo-Dental y de cuales podrían ser sus soluciones. - Por parte de todos los sectores interesados en dichos -- problemas, como lo son; el sector público, el sector -- privado educativo. Vemos con extremada tristeza y desaliento que:

- A pesar de conocer los problemas de Salud Publica Budo-Dental del país desde hace mucho-tiempo, no se ha solucionado ni la mínima -- cantidad necesaria para poder congratularnos y decir que ya iniciamos un programa nacio--nal " AD HOC ".
- Que son muy limitadas las acciones del personal que labora en el sector público y no - -

tienen la cobertura necesaria para poder sentir un alivio porque " ya iniciamos " .

- Porque no se tiene un verdadero y buen programa en conjunto de los tres sectores para la erradicación o disminución de las tasas de -- morbilidad buco-dental del país.
- Porque dudamos de la capacidad de algunos de los administradores y directores de las dependencias públicas para llevar adelante o tan siquiera avanzar un poco en cualquier programa de este tipo.
- Porque nunca se ha tratado de " exigir " oficialmente un verdadero ejercicio del servicio social profesional porque no se tiene la infraestructura por parte de las autoridades -- competentes.
- Porque ni siquiera nos acercamos actualmente a un registro de morbilidad nacional serio.
- Porque todos estamos actuando cada quien por nuestro lado sin pensar o con miedo de crear una comisión nacional de odontología.
- Porque las ideologías y prejuicios no nos permiten trabajar en conjunto en pos del bien -- común de la sociedad mexicana.

- Porque no somos suficientemente maduros para aceptar y para hacer críticas necesarias para el mejoramiento de todos sin pensar en la envidia ni en la autoeficiencia o el afán de --mofarnos de los errores de otros.
- Porque queremos seguir sin parpadeos al pie de la letra tratados de " personalidades " a las cuales se anatema el simple pensar que -- pudieran estar mal.
- Porque no creemos en nadie más que en nosotros.
- Porque en el área educacional de la odontología no se toma en serio el tema de la sociología o la odontología y la sociedad.
- Porque la mayor preocupación de las áreas docentes-administrativas de las universidades - tienen exagerada tendencia a enseñar en un mayor porcentaje la práctica clínica olvidando-- casi por completo la práctica de atención primaria en la odontología.
- Porque no se ofrecen sueldos acordes al número de pacientes atendidos en las áreas de atención pública o institucional.
- Porque las administraciones actuales del área de la salud pública están llenas o dirigidas-- muy comunmente por personas no aptas para to-

mar decisiones. Y tan solo se limitan a evitarse problemas y a devengar un sueldo.

- Porque la tardanza en los trámites burocráticos siguen siendo la característica propia de nuestra administración pública.
- Porque los partidos políticos quieren o desean ser los únicos que decidan en este ramo.
- Porque no creemos que los mexicanos sinceros podríamos llevar a cabo cualquier plan nacional organizadamente siempre y cuando haya buena comunicación.
- Porque algunos dentistas piensan que es de pobres o peor que eso de descastados el caminar por las calles llevando casa por casa el mensaje de la promoción para la salud y hacen escarnio de los que si ayudan de todo corazón.
- Porque la legislación de la salud es muy bonita y bien pensada, pero solo se hace en escritorios, porque los que las hacen son salubristas de escritorio.
- Porque no nos hemos preocupado de tener representantes legales ante la política nacional, estatal o local. Y los pocos que hay no son democráticamente escogidos.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Hemos planteado los aspectos principales de la situación sociológica de la Odontología, sabemos que intervienen en este complejo los administradores de Salud, el Gobierno, las instituciones educativas, consumidores, además ciencias como la economía, la política, la sociología, los avances tecnológicos, y todo aquello que se integra al servicio de la salud.

Sabemos que la odontología no está llevando a cabo con plenitud su función social, y ello se debe a la dispersión de recursos económicos, al deficiente aprovechamiento de las infraestructuras instaladas, y la subutilización de los servicios, así como la excesiva concentración y mala distribución de recursos humanos, la falta de concientización social del estudiante de odontología, como la falta de investigación en las universidades; todo esto aunado a la implantación de sistemas no acordes con la realidad de las características nacionales, regionales y locales, ha entorpecido los beneficios que puede ofrecer el ejercicio de nuestra profesión.

De las soluciones propuestas por dirigentes y representantes de la profesión odontológica del país en la Reunión de Consulta Popular en mayo de 1982 (ver capítulo V), caben resaltar aquellas que quedan en manos de -

las instituciones educativas y aquellas en las que se de manda el apoyo de los organismos especializados del Sector Salud, por parte del gobierno. Hago esta combinación ya que la educación no es elemento aislado de los componentes sociales y políticos de una Nación.

Sabiendo que la salud es un resultado del sistema político - económico y social es el Estado como organizador político de la Nación quien debe conducir a la sociedad a los satisfactores de salud y educación, en condiciones de igualdad y justicia. Esta responsabilidad deben compartirla las profesiones de la salud. A ellas compete organizarse con el gobierno para ayudar a resolver los problemas que le son comunes.

Finalmente quiero decir que en este estudio bibliográfico además de las experiencias transmitidas fué para mí una manera de canalizar inquietudes en el aspecto sociológico de la profesión odontológica lo cual considero de gran interés para todos.

Me dió además una visión más clara de esta situación de la educación en las universidades mexicanas -- pudiendo de ésta manera ser conscientes de deficiencias -- a este respecto y así mismo buscar una pronta solución y-

y concientización para el mejoramiento de la educación --
y por consiguiente para el mejoramiento del servicio - -
odontológico y obtener un mejor nivel de vida para nues--
tra sociedad.

Así mismo deseo haya sido de provecho para el -
lector y haya despertado en él, el sentido de deber moral
que tenemos para con nuestros semejantes y la profesión -
debe ser un medio para servir.

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

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ALVIN, L. MORRIS y BOHANNAN H.
Las especialidades odontológicas.
Segunda Edición.
Talleres Gráficos, Ibero-Americanos.
España 1976
- 2.- A.M.F.E.O.
Registro de morbilidad estomatológica,
Primera Edición.
Editorial Bravo, S.A.
México, D.F. 1984
- 3.- ASOCIACION DENTAL MEXICANA.
Situación actual de la odontología en México.
México, D.F. No. 6
Vol. XXX (Noviembre-Diciembre)
1973
P.P. 39-42
- 4.- BATRES EDMUNDO.
Prácticas Ergonómicas en odontología.
Primera Edición.
Editorial Continental.
México, D.F. 1982
- 5.- CASTAÑEDA RICO, FRANCISCO ENRIQUE.
Apuntes personales, Programa de Odontología en la -
Comunidad de la U.A.G.
1982 - 1987

- 6.- CHAVEZ, MARIO.
Odontología Sanitaria.
Organización Panamericana de la Salud.
Washington 6 D.C. U.S.A.
1962
- 7.- CUYAS, ARTURO.
Nuevo diccionario Cuyas de Appleton.
5ta. Edición.
Ediciones Appleton, U.S.A.
1966
- 8.- DEL CASO, OCTAVIO.
Situación actual de la enseñanza de la Odontología-
en México.
1° de octubre de 1986
- 9.- FINN B., SIDNEY.
Odontología Pediátrica.
Cuarta Edición.
Editorial Interamericana.
México, D.F.
1983
- 10.- GARIBAY G., LUIS
Programa de Educación en la Comunidad.
Vol. I y II
Talleres Gráficos U.A.G.
Guadalajara, Jal.
1977

- 11.- GLICKMAN.
Periodontología clínica.
Tercera Edición.
Editorial Mundi.
Buenos Aires.
1976

- 12.- GRABER.
Ortodoncia.
Tercera Edición.
Editorial Interamericana.
México, D.F.
1981

- 13.- HORTON / HUNT.
Sociología.
Editorial McGraw Hill.
España
1968

- 14.- HOWARD F, CONN.
Medicina Familiar.
Primera Edición en español.
Editorial Interamericana.
México, D.F.
1974

- 15.- KATZ, SIMON.
Odontología preventiva en acción.
Editorial Médica Panamericana.
Argentina
1975

- 16.- KRUGER.
Tratado de Cirugía Bucal.
Segunda Edición.
Editorial Interamericana.
México, D.F.
1979

- 17.- LERMAN, SALVADOR.
Historia de la Odontología y su ejercicio legal.
Segunda Edición.
Editorial Mundi.
Argentina.
1964

- 18.- LOPEZ E, HECTOR.
Apuntes de sociología general.
Segunda Edición.
Editorial Talleres Gráficos U.A.G.
Guadalajara, Jalisco
1983

- 19.- LOPEZ R, FELIPE.
Introducción a la sociología.
Vigésima primera Edición.
Editorial Porrúa.
México, D.F.
1971

- 20.- LLOVERA, JOSE.
Tratado elemental de sociología Cristina.
Segunda Edición.
Editorial Herederos
Vivda Pla, Barcelona
1912

21.- MUÑOZ, ANTONIO.

La odontología social como promoción humana.
Revista del Círculo Argentino de Odontología.
Vol. 41 No. 3-4 # 51
Septiembre-Diciembre
1977

22.- PRECIADO.

Manual de Endodoncia.
Tercera Edición.
Ediciones Cuellar de Ediciones
México, D.F.
1977

23.- RAHN Y BOUCHER.

Prótesis maxilofaciales principios y conceptos.
Primera Edición.
Editorial Toray.
Barcelona
1973

24.- RECASENS, LUIS.

Sociología.
Onceava Edición.
Editorial Porrúa.
México, D.F.
1971

25.- REUNION NACIONAL.

La participación social de la odontología.
Práctica Odontológica.
Vol. 3 No. 4
Julio-Agosto
1982

- 26.- RITACCO.
Operatoria Dental.
Sexta Edición.
Editorial Mundi.
Argentina
1981
- 27.- ROBLES HERRERA,
Manual de Prostodoncia total.
Segunda Edición.
Editorial U. A. G.
Guadalajara, Jalisco
1980
- 28.- SANCHEZ AZCONA.
Familia y Sociedad.
Tercera Edición.
Editorial Joaquin Mortiz.
México, D.F.
1980
- 29.- SENIOR, ALBERTO
Compendio de un curso de sociología.
Novena Edición.
Editorial Francisco Mendez Oteo.
México, D.F.
1977
- 30.- SECRETARIA DE SALUD.
Morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal.
Talleres Gráficos de la Nación.
Primera Edición.
México, D.F.
1982

- 31.- SWALON.
Salud Dental Infantil.
Primera Edición.
Editorial Mundi
Argentina
1979
- 32.- TRUCCO, RAUL
Hacia la sociología de la Odontología.
Salud Bucal # 65 XI
Junio-Julio 1984
Argentina
P.P. 21-26
- 33.- U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE.
The dentist in Indian Health.
Indian Health Service, U.S.A.
1984
- 34.- WELFORD.
Sociedad.
Primera Edición en español.
Editorial Martfnez Roca.
Barcelona
1966
- 35.- ZINTZUN, LAURA.
La odontología de la comunidad en la práctica general.
Asociación Dental Mexicana.
2 Vol. XXVII
Marzo- Abril
México, D.F.
1980
P.P. 122-127