
EDITORIAL

Preparación de los dentistas de mañana, de acuerdo con las necesidades de hoy

En un sentido amplio, educar es ante todo dirigir, encaminar y, sólo en un sentido específico, instruir mediante la actividad docente. La enseñanza universitaria odontológica y la práctica dental clínica están por cumplir su primer centenario como las actividades orientadas a atender la salud de la sociedad mexicana. En esta centuria, la profesión dental ha sido poseedora de gran prestigio. La sociedad ha financiado de forma continua la preparación de estos especialistas: la escuela universitaria más grande del país gradúa de 600 a 800 dentistas cada año. A escala nacional se titularon 3 444 nuevos dentistas en 1997. La planeación que ha prevalecido hasta ahora supone que cuanto mayor es el número de personal clínico, la demanda es enfrentada más efectivamente. Desafortunadamente, hay buenas razones para pensar que la satisfacción de las necesidades de tratamiento dental no ha ocurrido cabalmente.

La ocasión es propicia para hacer una reflexión acerca de la situación en la que se encuentran la práctica clínica y la enseñanza de la odontología. La pregunta es: ¿hacia dónde se encaminan estas dos actividades? Es necesario pensar acerca de la educación para saber qué esperamos de nuestro esfuerzo y de nuestro dinero como sociedad.

¿En qué situación nos encontramos? Hasta ahora, la inversión de tiempo, dinero y recursos humanos destinados a mejorar la salud bucodental de la población se ha caracterizado por su falta de planeación. Es decir, no sabemos por qué necesitamos tantos dentistas, qué tipo de práctica pueden realmente ejercer, qué problemas bucodentales existen en la población ni cuáles son las maneras más efectivas de resolverlos. Esto permite presuponer que el alto costo de entrenar a estos profesionales podría estar mejor empleado en medidas alternativas, especialmente diseñadas para enfrentar directamente los problemas existentes. La relativa inoperancia del modelo actual de práctica dental no es nueva, ya que desde hace 20 años sus deficiencias

se resumieron en ser un modelo que excluye a gran parte de la población y que se limita a contemplar opciones rehabilitativas en detrimento de las preventivas. A pesar de continuar el incremento del número de dentistas, la salud bucodental del grueso de los mexicanos no ha mejorado, y todavía está afectada por altos niveles de enfermedades sin tratar (en particular, entre los estratos más pobres de la población). Era 2.13 veces más probable que niños del Distrito Federal que acudían a escuelas públicas no recibieran ningún tipo de tratamiento dental, comparado con niños de escuelas privadas; 79.5% de los niños de escuelas públicas nunca habían tenido tratamiento en dientes permanentes, a pesar de requerir atención profesional.¹

La manera en la que se ha hecho más evidente el acentuamiento de las contradicciones es en la escasez de pacientes con relación al número de dentistas. Esto ha llevado al esquema de la práctica dental privada a una crisis. En pocas palabras, hay un gran número de dentistas compitiendo entre sí por un pequeño mercado de pacientes, usualmente restringido al medio urbano y a las capas socioeconómicas medias y superiores de la población. Esta situación es percibida de manera individual por el dentista en el desarrollo de su práctica profesional. Sin embargo, no existen análisis objetivos ni modelos alternativos de parte de las asociaciones de profesionales, las facultades de odontología, o del sector salud. Los modelos de atención a la salud y los objetivos de la formación de recursos humanos deben estar cuidadosamente coordinados para lograr un nivel de salud bucodental que sea compatible con las expectativas de la profesión y de la sociedad. Idealmente, esta evaluación de la que hablamos debería analizar y comparar las implicaciones costo-beneficio del sistema actual de salud bucodental contra sistemas alternativos.

En muchos países en desarrollo se ha establecido que la adopción de estilos de vida urbanos y la alimentación con base en alimentos procesados e industriali-

zados ha dado lugar a graves problemas de salud pública, en general, y bucodental, en particular, específicamente caries dental. México está inmerso en una transición tanto epidemiológica como demográfica que ha marcado profundamente los retos a la salud. Es una opción cara y probadamente insuficiente enfrentar este problema creciente de urbanización, de cambios de estilo de vida y de alimentación mediante la rehabilitación de las secuelas de un problema de salud establecido. Sin embargo, es precisamente a este enfoque al que la sociedad mexicana le ha apostado, al considerar simplistamente que mientras más dentistas existan, el nivel de salud bucodental mejorará en consecuencia.

¿Cómo podríamos proponer una forma más efectiva de procurar una buena salud bucodental en la población? Una apreciación inicial de las estrategias para mejorar la situación actual indica la necesidad de hacer profundos cambios organizativos. En este momento, el único organismo que posee los recursos y la presencia en el país para enfrentar estos problemas de salud es el gobierno federal. Por ello, se consideran las siguientes estrategias:

1. Establecer un programa de salud bucodental a escala nacional, con metas claramente definidas y verificables de acuerdo con un seguimiento a plazos definidos de tiempo (corto, mediano y largo). Este programa debe estar vigilado por un comité no gubernamental con amplia representación de grupos profesionales y no profesionales.
2. Instituir la prevención primaria y las medidas de promoción de la salud como prioridades en la educación universitaria y en la práctica profesional, con la finalidad de equilibrar los enfoques de rehabilitación actuales.
3. Incorporar a los sistemas oficiales de atención a la salud comunitaria una serie de prioridades preventivas.
4. Regular y reducir la comercialización de bebidas, golosinas y alimentos que inducen a la caries.
5. Asegurar que la disponibilidad de fluoruros en los programas de salud pública esté en relación directa con las necesidades preventivas de la población, sin problemas de acceso y bajo sistemas de vigilancia continua. Es recomendable que el seguimiento preventivo se evalúe objetivamente, tomando en consideración a cada grupo, según edad y región del país a la que pertenece.
6. Desarrollar métodos complementarios para la distribución de fluoruros que, conjuntamente con el esquema actual de sal doméstica fluorurada, logren una dosificación dinámica del fluoruro, liga-

da a estilos de vida conducentes a la caries. Por ejemplo, estudiar el impacto de ajustar el nivel de los fluoruros que ya existen en los refrescos embotellados, ya sea para reducirlos o para incrementarlos de forma controlada.

7. Adaptar, de acuerdo con el tema que nos ocupa, la estructura presente de formación de recursos humanos a las necesidades de salud bucodental poblacional en el país.

Ahora bien, la pregunta que surge es: ¿qué perfil es el idóneo para el dentista del mañana? Los recursos humanos que se encargarán de la atención dental en un futuro no muy lejano deben ser preparados de forma que su capacitación corresponda a un nuevo modelo profesional y a una forma superior de organización gremial. Existen dos componentes inevitables dentro de este nuevo enfoque:

1. Hay que modificar el énfasis actual en la formación de recursos humanos hacia la creación de trabajadores comunitarios y terapeutas de nivel intermedio. No es conveniente para la sociedad y para la profesión mantener vigente un sistema de 60 facultades de odontología. De los miles de dentistas que se gradúan anualmente, un número considerable cae en el desempleo o subempleo profesional. Después de clausurar, de acuerdo con un programa de racionalización de recursos previamente establecido, un número sustancial de facultades de odontología, será posible reorientar estos fondos hacia modalidades nuevas de formación profesional de nivel intermedio que satisfagan las necesidades rehabilitativas y preventivas de la sociedad. Es decir, formar menor número de dentistas y promover, como una nueva opción, terapeutas dentales, para fortalecer así el mercado de trabajo de los dentistas que ya ejercen su profesión actualmente.
2. Se requiere de fórmulas para reconvertir los recursos humanos disponibles que se graduaron en los últimos 25 años, y que no se han actualizado ni han estado activos en la vida profesional. Esta consideración se basa en la apremiante necesidad de instaurar un servicio dental en las escuelas primarias del país bajo un esquema de trabajo asalariado de los servicios de salud. Se buscaría que este esquema tuviera el patrocinio de las asociaciones profesionales y de las facultades de odontología del país, además de recibir apoyos financieros de las secretarías de Salud y Educación Pública. Es decir, convertir a una minoría de la fuerza de trabajo ya existente en terapeutas dentales y pro-

mover cursos cortos para crear nuevos terapeutas dentales. Este personal estaría enfocado en la atención de problemas clínicos básicos y en la prevención individualizada.

A mediano plazo, estos nuevos esquemas profesionales y educacionales proveerían de un modelo de atención bucodental más acorde con las necesidades clínicas y con la realidad socioeconómica de la población que el modelo de atención actual. El gasto social en salud ha decrecido en los últimos 20 años y no parece probable que aumente en un futuro cercano. Carecemos de los grandes recursos económicos que permitirían financiar ampliamente una fuerza de trabajo para reparar las secuelas de los problemas dentales sin re-

solver las causas. Si no se instauran cambios, la sociedad mexicana seguirá atrapada dentro de un esquema de formación profesional y de atención dental que es, al mismo tiempo, tanto inefectivo como ineficiente para mejorar significativamente la salud bucodental.

Dr. Gerardo Maupomé*

Referencias

1. Irigoyen ME, Maupomé G, Mejía AM. Caries experience and treatment needs in a 6-to-12-year-old urban child population in relation to socioeconomic status. *Community Dent Health* 1999;16(4):245-249.

* Universidad de Columbia Británica, Vancouver, Columbia Británica, Canadá, y Centro para la Investigación en Salud, Portland, Oregon, Estados Unidos de América. Correo electrónico: gerardo.maupome@kp.org