

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FORMULACION DE PLANES NACIONALES DE SALUD DENTAL ¹

Dr. Darío Restrepo-Gallego ²

Se exponen algunas ideas generales, fruto de la experiencia adquirida en un país hispanoamericano durante el ejercicio, tanto privado como docente, de la odontología, así como las impresiones recibidas durante actividades en odontología de salud pública, a nivel nacional e internacional.

Si a las experiencias propias en el campo de la salud dental se añaden las opiniones de quienes están iniciando actividades de este tipo, o están ya obteniendo resultados o incluso se hallan en la etapa de evaluarlos, se puede obtener un esbozo de lo que se debe considerar primordial, dejando de lado la simple declaración de principios.

Existe el convencimiento, entre quienes intentan identificar de manera objetiva las barreras que se hallan en el camino de la salud dental para las comunidades, de que todos los esfuerzos no han podido alcanzar salud dental mensurable, y de que no se podrá alcanzarla sólo con los esfuerzos de la profesión odontológica. El abismo entre los conocimientos y las necesidades preocupa cada vez más; además, a las barreras tradicionales la profesión agrega inconscientemente otras que impiden el establecimiento de un puente de realizaciones, suficientemente sólido y duradero, para salvar ese abismo.

Se debe, pues, identificar los problemas más comunes, causa de preocupación constante en cada país en vías de desarrollo, y determinar algunas variables que pueden ayudar a que cristalicen los propósitos de adelanto.

Los problemas de salud tienden a reflejar las características de cada ambiente y la influencia que este ejerce sobre los seres que en él habitan, por lo que se hace necesario que las acciones encaminadas a la conservación o recuperación de la salud (cuyas relaciones con otras funciones sociales no siempre se tienen en cuenta) se planteen con técnicas específicas, adaptadas a las condiciones sociales, culturales y económicas de cada lugar. Se observa, sin embargo, que, aunque se analizan así otros problemas de salud, poco se hace con los de salud oral.

Hay que establecer un orden de prioridades entre los problemas de salud oral, para lo que se hace indispensable conocerlos previamente en su magnitud y en sus repercusiones.

A las tres necesidades básicas enumeradas por los sociólogos de hace un siglo—*comida, techo y vestido*—se han agregado otras tres—*educación, salud y armonía en las relaciones humanas*.

En la profesión odontológica, en concreto, los cambios constantes que resultan de la revolución técnica y científica que estamos presenciando, obligan a tomar decisiones sobre problemas nuevos, muchos de los cuales ni siquiera existían en los años en que los actuales profesionales cursaban estudios universitarios. Esto hace que se juzgue también de importancia el análisis sobre el grado de compenetración, preparación y, sobre todo, decisión que deben tener

¹ Versión adaptada del documento original en inglés DH/67.15, presentado en el Seminario Interregional de la Organización Mundial de la Salud sobre Entrenamiento y Utilización de Personal Dental en Países en Desarrollo, celebrado en Nueva Delhi, del 5 al 11 de diciembre de 1967.

² Asesor Regional en Odontología, OPS/OMS.

los odontólogos para poder ocupar puestos de avanzada más bien que mantenerse en la aceptación de los "hechos cumplidos". Es muy fácil que algunas de las acciones para mantener o recuperar la salud oral en los países en vías de desarrollo se estén efectuando con técnicas que no se ajustan a la evolución social o tendencias de la época y, sobre todo, que no están relacionadas con los deseos del público.

El hecho de que la odontología esté más inclinada hacia el análisis del *efecto* que al de la causa, más inclinada hacia el análisis de la *enfermedad* que al *paciente*, y de que brinde poca atención al *ambiente* en que vive y se desenvuelve la persona que necesita atención, hace difícil que se establezcan *decisiones de cambio*. Algunos ejemplos de decisiones necesarias son: 1) adopción de una firme actitud preventiva por parte de los que practican dentro de la profesión, considerando esta prevención como una filosofía permanente del ejercicio de la profesión; 2) inclusión en la práctica de la odontología de la separación entre aquellos aspectos que son verdaderamente profesionales y aquellos subprofesionales que permitirían aplicar el principio de la *delegación* a todos los niveles y 3) elaboración de técnicas preventivas individuales, disponibles actualmente o que se podrían producir, que sean llevadas a la comunidad por un personal de diferentes categorías.

Otro ejemplo podría ser: 4) determinación de establecer honorarios profesionales mirando al beneficio prestado y no al material utilizado; una comparación entre los honorarios profesionales por cada una de las técnicas que brindan a sus pacientes muestra que el mismo profesional establece una gran diferencia económica entre las técnicas preventivas y las curativas que brinda a un mismo paciente y, más grave aún, que establece una diferencia económica entre las técnicas curativas mismas, aun para el mismo paciente, como sucede con honorarios de aparatos protésicos y las simples restauraciones.

A estos ejemplos puede añadirse que, es lamentable decirlo, entre los odontólogos (incluyéndose cualquier otra denominación de quien presta atención dental: cirujano-dentista, odontólogo, estomatólogo, etc.) se acostumbra proyectar la actividad odontológica a la comunidad con un aspecto negativo, ya que la salud dental de numerosos dentistas (y médicos) es dudosa. Se ha podido ver a miembros del cuerpo docente de facultades de odontología con graves necesidades protésicas notorias discutiendo el plan de enseñanza de su escuela, incluso el programa de prótesis. En una ocasión, el jefe de la unidad de educación de salud dental, explicaba un plan para una población de más de 30,000 niños escolares estando él mismo edentado y sin los correspondientes aparatos protésicos. Hay, pues, una gran diferencia entre los objetivos de la profesión y los valores reales que algunos odontólogos asignan al ejercicio de su profesión y al concepto de salud dental.

Dos aspectos importantes del tema son el extrospectivo y el introspectivo. El primero consiste en el análisis de los factores tradicionales que establecen el grado de disparidad entre la prestación de atención dental y la ausencia de esta: 1) la baja prioridad que la comunidad le asigna a sus problemas dentales; 2) la distribución inadecuada odontólogo-población, acompañada al mismo tiempo de una irregular distribución urbano-rural; 3) la imposibilidad de las personas para pagar el tipo de atención dental actual; 4) la carencia de técnicos ágiles que permitan el establecimiento de servicios dentales adecuados para cada lugar, de acuerdo con las condiciones ambientales y la realidad social y económica, y 5) el rechazo por la profesión de la reestructuración de su mano de obra y la adopción de nuevas medidas y sistemas que extiendan el beneficio a grandes masas y que aumenten la productividad sin menoscabo de la calidad.

El segundo aspecto, que hemos denominado *aspecto interno de la profesión o introspección de la profesión*, es el que se tratará

con más detalle, analizándose estos tres puntos: 1) si la profesión odontológica como tal ha cumplido o no los objetivos propuestos de servicio a la comunidad; 2) el servicio que esta profesión está cumpliendo en su función social, medido por comparaciones entre aquellos segmentos de la comunidad que están recibiendo mayor atención con los que están recibiendo menor o nula, y 3) el por qué del poco uso que hace la comunidad de los conocimientos y técnicas odontológicos actualmente a su disposición.

Este análisis introspectivo, o disección de la profesión, es de vital importancia puesto que ella es la institución social que actuaría como catalizador para que todos los humanos (no sólo los dentistas) decidan hacer cambios en cualquier tipo determinado de planificación, ya sea sobre la base de un desarrollo evolutivo o histórico o sobre la base de un desarrollo acelerado. El análisis de la profesión como tal, de su función social y de los beneficios que la comunidad recibe de esta profesión, debe discutirse localmente antes de considerar cualquier tipo de planificación basada en aspectos tecnológicos, que no son inmutables, y efectuarse como un *análisis integrado* de los componentes de la *actuación* odontológica: 1) la prestación de servicios dentales en cualquier localización (ya sea de carácter privado u oficial); 2) el tiempo más adecuado de educación o de entrenamiento, y 3) sus repercusiones sobre los individuos que se agrupan y se entrenan para prestar servicios o para introducir variables que generen cambios que redunden en salud. Sólo así podrá recibir la población la más extensa y adecuada atención posible en el lugar donde resida, de acuerdo con su situación social y económica. Es lamentable que, hasta ahora, la literatura general y las discusiones internacionales sobre odontología no hayan presentado consideraciones elementales que podrían servir para reorganizar la profesión como una institución capaz de actuar en función del desarrollo económico y social.

El Profesor John Vaizey, de la Universidad de Londres, describe así a los países en vías de desarrollo:

“Si bien los países insuficientemente desarrollados presentan diferencias considerables entre sí, hay ciertas características que son comunes a todos. Su renta *per capita* es siempre baja; por lo general, y en relación con las posibilidades de empleo, se encuentran superpoblados; son principalmente agrícolas y sus métodos de cultivo, atrasados; carecen siempre de divisas extranjeras, lo que limita considerablemente sus posibilidades de importar bienes de capital; finalmente, todos sus dirigentes políticos muestran el más vivo deseo por desarrollar sus países.

“Por lo que respecta a la enseñanza, también pueden hacerse generalizaciones sobre estos países. La proporción de niños en su población es muy grande, muy pocos van a la escuela, y los que van es por muy poco tiempo; el número de maestros es escaso y la proporción de alumnos por cada uno de ellos es muy elevada, sobre todo en la enseñanza pública; muchos maestros carecen de la debida formación; con frecuencia la estructura tradicional de la enseñanza no corresponde a las necesidades sociales y económicas actuales; como consecuencia de ello, existe en muchos países una cantidad relativamente elevada de personas que han hecho estudios y que no encuentran colocación; el porcentaje de alumnos que dejan sus estudios antes de haberlos acabado es muy alto; y, para terminar, los programas en materia de enseñanza adolecen a menudo de falta de coordinación y planeamiento, y su aplicación es deficiente.”³

A este cuadro se debe agregar el estado de salud general, en el que las enfermedades gastrointestinales, las de las vías respiratorias y las transmisibles ocupan los primeros lugares según los índices de morbilidad y mortalidad, la estructura de la población y su ritmo de crecimiento, su distribución en el medio urbano y rural y las características de la fuerza de trabajo. Otros observadores cierran este marco afirmando que el conocimiento científico existente, que podría

³ Vaizey, J. “Algunos de los principales problemas del desarrollo de la enseñanza”. En *El Desarrollo Económico y las Inversiones en Educación*. Conferencia de la Organización de Cooperación y de Desarrollo Económicos, Washington, D.C., 16-20 de octubre de 1961. Pág. 148.

llegar al mayor número posible de personas, está limitado por factores de orden económico y social, y por la carencia de sistemas de servicios adecuados para cada región.

Algunos incluyen en la planificación la evaluación del progreso de la profesión valiéndose de la extrapolación del proceso histórico, en el cual el factor tiempo es la única variable que explica el cambio y que gobierna el desarrollo. Así, en 1958, un grupo de expertos de la OMS cuando analizaba aspectos generales sobre personal auxiliar en odontología aplicó este proceso evolucionario a los servicios de salud dental o práctica de la odontología, identificando cinco etapas plenamente establecidas:

"Fase I. Como ocupación esporádica. En esta fase, no hay en la colectividad ninguna persona cuyo único medio de vida sea la práctica dental. Por lo común, se deja que las enfermedades de los dientes sigan su curso y las infecciones y dolores se tratan con remedios populares. Algunos individuos dedican parte de su tiempo a operaciones dentales sencillas. En las colectividades primitivas hay personas que utilizan métodos sencillos para extraer y mutilar los dientes. El desarrollo adquirido en los últimos tiempos por los servicios sanitarios y por las misiones religiosas ha permitido que los médicos, los técnicos de saneamiento, las enfermeras, los eclesiásticos y las religiosas que se encuentran en aldeas aisladas dispongan a veces de instrumentos y anestésicos para extraer dientes en casos de urgencia.

"Fase II. Como ocupación exclusiva. En esta fase algunos individuos sin estudios preparatorios ni título oficial se dedican enteramente a practicar como dentistas (sacamuelas). Las aptitudes necesarias se adquieren mediante un sistema de aprendizaje. Los instrumentos, técnicas, materiales y equipo utilizados son de la mayor diversidad. La prótesis dental se perfecciona y la práctica dental aprovecha los progresos alcanzados en materia de tecnología de los metales. Las autoridades gubernamentales no imponen restricción alguna a la práctica del dentista.

"Fase III. La práctica profesional; fase inicial. Se organizan cursos oficiales de formación, de uno o dos años de duración, a

cargo de dentistas agrupados en corporación o gremio. Para ser admitido a ejercer la profesión hay que reunir las condiciones impuestas por el gremio. El grupo de personas que ejercen como dentistas adquiere carácter oficial y así nace la profesión odontológica. Se promulgan las leyes restrictivas en interés del público.

"Fase IV. La práctica profesional; fase intermedia. Se crean escuelas independientes de odontología con carácter universitario. Se aumenta la duración de los estudios, que ahora es de tres a seis años. Para la admisión se requiere como mínimo haber terminado la segunda enseñanza. Las asociaciones profesionales se vigorizan con el aumento del número de sus miembros, la mejor reputación de que gozan en la colectividad y la formación universitaria de los dentistas. La lenidad en la ley o en su aplicación puede permitir que sigan ejerciendo personas sin título.

Se normaliza el empleo de ciertas categorías de personal auxiliar, como los auxiliares de odontología y protésicos dentales. La profesión odontológica organiza cursos y establece reglamentos para su personal auxiliar.

El conjunto de conocimientos que constituye la ciencia y el arte de la odontología se desarrolla y las personas que ejercen especialidades de odontología se establecen en los grandes centros urbanos. En la enseñanza de la odontología se dedica atención preferente a los aspectos técnicos de la profesión.

"Fase V. La práctica profesional; fase avanzada. La odontología obtiene pleno reconocimiento como profesión medicosanitaria. La enseñanza de la odontología se hace más equilibrada y se dedica mayor atención a las ciencias biológicas. Se desarrolla la enseñanza superior y aumenta el número de especialidades. La odontología se convierte en una profesión organizada sobre bases firmes y desaparece la práctica dental como ocupación de personas sin título.

Bajo la dirección e inspección del dentista, se prepara para el desempeño de determinadas funciones delegadas a nuevas categorías de personal auxiliar, como la higienista dental y la enfermera de odontología escolar. La complejidad de las funciones confiadas a ese personal y la libertad de acción para ejercerlas varía de un país a otro. En los países donde los auxiliares son adiestrados en los procedimientos curativos y preventivos, se exige a veces que sólo presten servicios oficiales. En los países donde la formación de los auxiliares está orientada únicamente hacia los procedi-

mientos preventivos, se les permite el ejercicio privado".⁴

Este concepto de evolución histórica de la profesión se refleja también en el concepto que se tiene de los diferentes períodos en los cuales se identificó: *artesania o período mecánico* en la remoción del diente y el reemplazo de las partes perdidas, *período mecánico-biológico* agregándole a lo anterior los aspectos biológicos y, finalmente, *período social*, que es catalogado por algunos como una de las áreas en las cuales apenas está entrando la profesión en los países más avanzados.

Sin embargo, si bien este cuadro sirve para un análisis pasado, este proceso histórico puede no ser el mejor instrumento para basarse en el progreso futuro de la profesión.

La razón es que, como dirían los economistas, de acuerdo con este método se supone que los científicos de hoy no saben nada de las leyes actuales que determinan un desarrollo previsto. Se sabe que las opciones tecnológicas introducidas en determinados momentos pueden originar cambios generales y determinar acciones diferentes que antes no estaban previstas lo que haría, empleando de nuevo el lenguaje de los economistas, que se pueda colocar el desarrollo acelerado como una perspectiva fija para el futuro. Esta característica que se está identificando en los países actualmente en desarrollo hace que estos, al considerar el establecimiento de un sistema social, político y económico moderno, piensen en saltos y no en pasos; y que cada día se intente hacer planes más deliberados para lograrlo.

Del análisis de la profesión odontológica como tal, se podría afirmar que ella está basando primordialmente su principio de acción en beneficio del grupo que la compone (odontólogos). Por eso se ha establecido, en cierta forma, una imagen rígida de un odontólogo, más por un proceso histórico que por proceso científico, que ha

desarrollado un sistema de atención dental individual, el cual sirve de "patrón" o norma para todos los sistemas de atención dental que se originen en el mundo. Se ha establecido, pues, un patrón que evalúa sólo el conocimiento y la habilidad técnica del individuo (que hoy llamamos odontólogo) para restaurar o restituir a un nivel técnico determinado los dientes y ciertos tejidos adyacentes, sin que en este patrón entren en consideración aquellos factores que se han venido mencionando.

En cualquier lugar del mundo donde se vayan a iniciar actividades dentales debe surgir automáticamente un sentimiento de agrupación, el cual tiene que estar regido por una filosofía que la haga distinguirse de otras agrupaciones y por objetivos reajustables que puedan medirse en la comunidad para la cual fueron establecidos. La atención dental que este grupo de personas —caracterizadas por el dominio de una serie de conocimientos y técnicas destinadas a favorecer, preservar o restablecer el más extenso beneficio dental— debería evaluarse por el efecto y la extensión sobre la comunidad, y no por la calidad de las técnicas. Si se acepta el principio de que la profesión existe para el servicio de la comunidad en la cual actúa, debería esta profesión disponer de la metodología necesaria para que se pueda medir y evaluar esta actuación en cada comunidad y en el país como un todo.

En 1964, en la ciudad de San Francisco, un destacado dirigente, en un discurso oficial, se expresó en estos términos: "La población actual desea atención en salud en todos los aspectos, incluyendo la atención odontológica. Y algo más: no sólo desea atención odontológica, sino que quiere que esta atención esté dentro de los límites de su capacidad económica. Y por eso la odontología debe ajustarse y buscar cómo será posible brindar esa atención dentro de esos límites económicos". De acuerdo con esta función de la odontología, la profesión debe buscar lo necesario para contribuir, en el

⁴ Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos en Personal Auxiliar de Odontología. Ser Inf Tecn* 163:18-19, 1959.

orden cualitativo y cuantitativo, al desarrollo de la nación. Debe promover imparcialmente todas las técnicas y procedimientos que permitan que la atención dental en cualquier lugar del mundo sea prestada de acuerdo con las necesidades y con los recursos del momento en ese lugar específico.

La profesión debería estar identificada con los conceptos de desarrollo y con los principios de que la fisiología humana está sujeta a algunas leyes de cambio. Pero, sin embargo, este principio no es general para los que trabajan dentro de ella: algunos rehusan analizar el medio que les rodea y aceptar la responsabilidad de adaptarse al ambiente y enfrentarse con los problemas que la sociedad presenta constantemente por ser no una sociedad estática sino una sociedad dinámica. Los odontólogos son, de una manera general, conservadores, individualistas y resistentes al cambio. Existe en ellos la tendencia a admitir que todo lo que es válido para la Gran Bretaña, los Estados Unidos o la Unión Soviética podría ser válido también para un país en vías de desarrollo. Al ingresar en la universidad, su atención se centró únicamente en aspectos técnicos o científicos de la cavidad oral sin darse cuenta del lugar que deberían ocupar en la sociedad como individuos; y por concentrarse y absorberse en la enseñanza, la investigación o el ejercicio de la profesión en forma demasiado individualista, no se dieron o no se dan cuenta de que las sociedades son dinámicas. Por eso, debido a esta absorción, no percibieron la importancia social y económica de la universidad, y nunca han comprendido que, en los países adelantados en los que se han formado o de los que han trasplantado su sistema, la misión de la universidad se considera, no se sabe por qué, una simple abstracción.

Es necesario reconocer, de una vez por todas, que a medida que la población crece y una proporción mayor de ella conoce la necesidad de mejor salud, aumenta la necesidad de buscar los medios y los recursos humanos y técnicos necesarios para poder

brindar más servicios al mayor número posible de personas, utilizando materiales, métodos y sistemas que garanticen resultados más permanentes, y tratamientos al menor costo posible, con adecuada retribución económica por parte de los servidos, ya sea esta directa o por medio de terceros. Los odontólogos deben estar capacitados no solamente para tratar aquellos pacientes que piden el servicio y que están deseosos de pagar el tipo más fino de atención odontológica sino que es necesario también experimentar cómo se puede brindar a la comunidad una mejor actuación en términos de atención o de prevención, de tal manera que la aplicación de la atención no sea exclusividad de un sólo tipo de personas. En síntesis, deberían establecerse los objetivos de la profesión de tal modo que haya una relación entre el conocimiento de la ciencia y su posibilidad de aplicación a más gente, y que se concilie el derecho universal de la salud brindada a todos, a pesar de su ingreso económico y de su localización geográfica, con los valores económicos de la atención dental y con las justas aspiraciones y satisfacciones de quienes componen las diferentes categorías de personal que prestan esa atención.

Con esta interpretación de la función social de la profesión, sería posible formar en cada región algún tipo de personal que prestara servicios dentales con los medios disponibles. De otro modo, actuaríamos como aquel individuo que, pesando 150 kilos, se está adiestrando para una competencia de velocidad de un kilómetro.

Se han enunciado de manera general algunos aspectos del análisis introspectivo de la profesión. Una vez presentados objetivos realistas que respondan a la filosofía de la profesión, es necesario analizar también la utilización de la mano de obra (personal) que va a lograr estos objetivos y que va a crear las técnicas y a procurar los recursos para poner esta estructura dentro de un marco de funcionamiento. De ahí que se consideren concomitantemente los tres

componentes básicos del desarrollo de los recursos humanos: 1) el establecimiento de *incentivos adecuados* para la mano de obra que va a efectuar estos procedimientos; 2) el *fomento del adiestramiento eficaz* de la mano de obra que sea necesaria y 3) el *desarrollo racional de la instrucción académica*.

El primer incentivo que se podrá mencionar para la prestación de los servicios es, en realidad, uno que todos pregonan pero que, por circunstancias lamentables, no se ha podido desarrollar: el espíritu de servicio al país o responsabilidad social, que debe ocupar el primer lugar sobre todos los aspectos generales. Ya que la mano de obra dental, antes que todo, está compuesta por ciudadanos y no por robots, debe demostrarse que el adiestramiento o la instrucción que cualquiera de los componentes de esta institución dental ha recibido no son un obstáculo al desarrollo del país sino un elemento que contribuye a su progreso.

En algunos países de economía avanzada, la profesión ha iniciado recientemente un análisis crítico de sí misma, en donde se concluye que el factor económico no es el único para el *status* de la profesión y que para ello es necesario un continuo estudio y participación en las características económicas, políticas y sociales del ambiente en el cual actúa.⁵ En países en los que el factor económico no es una barrera fuerte, se ha mencionado que la profesión odontológica no tiene el *status* que debería tener en la comunidad. ¿Qué tenemos que decir de los países que están en vías de desarrollo? El siguiente cuadro puede dar la respuesta: datos de algunos países manifiestan que sólo el 2% de los alumnos que siguen la enseñanza primaria llegan a desempeñar empleos profesionales y que apenas dos estudiantes por cada 100 alumnos inscritos en el primer año en las escuelas de odontología y de medicina terminan sus estudios, aumentando considerablemente el costo de la mano

de obra universitaria de esos profesionales para la comunidad. En algunos países el título universitario puede considerarse, no como una garantía de idoneidad para servir a pacientes, sino como garantía de conseguir un puesto fácil y seguro; y en otros se supone que este título universitario es una tarjeta de admisión a una clase más selecta. *El prestigio de la profesión no es, pues, muchas veces medido por el servicio al país sino por la comparación de técnicas entre un área y otra del mundo.*

Como fundamento básico sobre el que debe descansar la selección de incentivos debe considerarse la remuneración (ya sea por empleo o por pago directo entre el paciente y el personal que brinda servicio) de las personas, educadas o entrenadas, *en concordancia con la importancia de su trabajo* y no con el número de títulos o de duración de sus estudios. Por ejemplo, si las zonas rurales no tuvieran técnicos o auxiliares de odontología, sería conveniente que al enviarlos a esas zonas se les ofreciera una remuneración más alta que la de algunos graduados universitarios en áreas urbanas que no acepten esas posiciones. En algunos casos los técnicos—médico y odontólogo—o el auxiliar agrícola que están dispuestos a vivir en el campo merecen que se les pague más que al médico u odontólogo o al agrónomo que insisten en vivir en la ciudad. Citando el informe Ashby, Frederick Harbison dice:

“La tradición literaria y el título universitario se han convertido en símbolos indelebles de prestigio en Nigeria; por contraste la tecnología, la agricultura y otras materias de orden práctico, particularmente en el nivel semi-profesional, no han tenido buena acogida. Sostengo de la manera más enfática que estas cosas, que esas situaciones, no se corrigen con publicidad, exhortaciones de primeros ministros y construcción de más centros docentes. Sólo se rectificarán cambiando el sistema de remuneración y de valores; y la iniciativa en cuanto a los cambios que deban hacerse debe partir del propio gobierno, quien debe hacer una revisión completa de todo el sistema de remuneración de los empleados

⁵ Consejo Estadounidense de Dentistas. “The Image of Dentistry”. *J Am Coll Dentists* 32:132-263, 1965.

públicos. El descuido de los políticos y de los proyectistas al no hacer frente al problema conducirá, como ha sucedido ya en Egipto y en la India, a la formación de un ejército de intelectuales desocupados".⁶

Para analizar las diferentes opciones de acción de la profesión en los planes nacionales, deben considerarse además el fomento eficaz de la mano de obra necesaria y el desarrollo nacional de la instrucción académica. Para ello es necesario tener presente que el adiestramiento y la educación son dos procesos enteramente distintos. Dice Harbison:

"El adiestramiento entraña el desarrollo de especialidades determinadas, necesarias para la realización de un trabajo o una serie de trabajos específicos. La instrucción o educación tiene que ver con la adquisición de conocimientos generales y con el desarrollo de la capacidad mental básica. Tanto el adiestramiento como la instrucción interviene en la formación de capital humano. Por supuesto, la instrucción es requisito previo para distintas clases de adiestramiento, pero esto no significa que la responsabilidad del adiestramiento y la responsabilidad de la instrucción no puedan separarse".⁷

Se podrían crear programas de instrucción práctica, a diferentes niveles, sin tanto costo como los actuales programas de formación. Estos programas podrían utilizar ciertos servicios dentales que se establecieran en la comunidad, ya fueran de carácter privado o gubernamental, y extenderse desde áreas sencillas hasta las ciudades.

De cómo se establezcan variables en los dos procesos mencionados dependerá la creación de servicios dentales flexibles y de financiación previsibles. Unos pocos ejemplos servirían para iniciar las discusiones que pueden hacerse sobre estos tópicos:

Si un país no dispone de servicio dental alguno o carece de él en ciertas áreas, podría utilizarse algún tipo de personal empleado

por el gobierno (por ejemplo, maestros de escuela primaria y de secundaria, técnicos agrícolas, etc.) que podría recibir un adiestramiento mínimo para que sirva a su comunidad en algunos aspectos dentales básicos. En algunas localidades estos aspectos sólo consistirían en adiestramiento para remoción urgente de dientes o, a la vez, adiestramiento para la colocación de materiales simples (sin cortes de dientes) que tengan como objetivo detener temporalmente el avance de la caries dental.

En regiones con servicios dentales limitados a algunas poblaciones y ciudades, podrían establecerse "centros de adiestramiento continuado" en donde actuarían los especialistas en la profesión o personas con conocimientos suficientes para adiestrar en cualquier nueva técnica que se descubra en cualquier lugar. Y, en regiones donde puedan brindarse servicios especiales, personal adiestrado en universidades podría alcanzar niveles de formación mayor que les permitiera estar a la altura de otros centros semejantes de otras regiones del mundo (incluso regiones en proceso de desarrollo o ya desarrolladas).

La profesión organizada en cada país podría actuar en forma dinámica en la política, en la prestación de servicios y en el adiestramiento de quienes fueren a prestarlos. En Colombia, por ejemplo, la Sociedad Odontológica Antioqueña y otras asociaciones del país iniciaron hace un año una corporación odontológica uno de cuyos campos es la prestación de servicios dentales a través de "clínicas populares" financiadas por los beneficiarios.

La OPS está colaborando actualmente en el diseño de un plan especial mediante el cual se construirán en cierto país diversos tipos de clínicas para atender a gran número de personas mediante sistemas y técnicas al alcance de las necesidades de la población, clínicas que están siendo estudiadas por las autoridades para su posible implantación. Otros países podrían "generar" técnicas y sistemas de la productividad y formar pro-

⁶ Harbison F. H. "Los componentes de un plan para el desarrollo de los recursos humanos". En *El desarrollo económico y las inversiones en educación*. Conferencia de la Organización de Cooperación y de Desarrollo Económicos, Washington 16-20 octubre de 1961. Pág. 121.

⁷ Harbison F. H. *Op. cit.* Pág. 122.

fesorado para este país y para otros, y otras asociaciones dentales podrían disponer de centros regionales de clasificación y difusión de "sistemas de adiestramiento" en el mundo, o podrían producir técnicas que puedan llevar a sus afiliados, venciendo la barrera del idioma, impresiones múltiples, como serían la creación de "bancos de libros", formados por asociaciones o editados por asociaciones, y la creación de redes nacionales de información y documentación.

El establecimiento de sistemas de servicios dentales prestados por grupos profesionales con utilización plena de los equipos e instrumentos fomentaría el adiestramiento y la educación. Otros ejemplos podrían ser sistemas de pagos de atención dental financiados por individuos, industrias o asociaciones, laboratorios de diagnóstico y centros de consulta para odontólogos generales atendidos por especialistas y centros de propiedad operados por asociaciones para adiestrar a profesores y a odontólogos generales.

La mejor opción para la prestación de servicios es, en definitiva, la *innovación planificada*. Esta planificación de la innovación deberá permitir a la profesión actuar con flexibilidad sobre un *mundo real*, y para ello será necesario la actuación integral de los servicios, facultades y asociaciones.

Resumen

La mejor manera de formular planes nacionales de salud dental es mediante el estudio de las experiencias obtenidas y de las opiniones de los que desempeñan funciones en distintas capacidades en ese campo. Pese a los esfuerzos realizados, la magnitud de las barreras que separan los conocimientos de las necesidades indica indudablemente que las innovaciones técnicas y científicas actuales exigen de los odontólogos

de hoy una mayor compenetración con situaciones de cambio. Entre otras cosas, es menester subrayar la actitud preventiva como filosofía permanente; separar los aspectos profesionales de los subprofesionales delegando responsabilidades en todos los niveles, y elaborar técnicas preventivas que podrían ser aplicadas en la comunidad por personal de distintas categorías. Mediante estas decisiones se reflejarían los valores reales de la odontología y el concepto de la salud dental.

Se discuten los aspectos extrospectivo e introspectivo, enfocándose en aquel la disparidad entre la prestación de servicios dentales y la ausencia de estos; en este, la función catalítica de la profesión en la sociedad, haciéndose hincapié en que la profesión debe tener como blanco el servicio, tanto preventivo como curativo, de la comunidad, y dentro de la capacidad económica de esta.

Entre las medidas que se podrían tomar para fomentar el adiestramiento y la educación en servicios dentales se sugieren: la creación de programas de instrucción práctica, a distintos niveles, cuyo costo sería inferior al de los programas actuales de formación y sus servicios podrían extenderse desde las áreas rurales hasta las urbanas; el uso de personal empleado por el gobierno—maestros de escuela, técnicos agrícolas, etc.—quienes con un adiestramiento mínimo podrían servir a sus comunidades en el desempeño de funciones dentales básicas tales como la remoción urgente de dientes o la detención temporal del avance de la caries dental; los servicios dentales prestados por grupos profesionales y, finalmente, la innovación planificada para lo cual la profesión debería contar con los servicios de clínicas populares, facultades y asociaciones. □

Considerations on Formulating National Plans of Dental Health (Summary)

The best way to formulate national dental health plans is by studying the past experience and opinions of persons who work in the several areas of this discipline. Despite the efforts already made, there is a wide gap between available knowledge and existing needs. The scientific and technical advances made require the modern dentist to understand the changing situation. A preventive attitude, among other things, needs to be adopted as a permanent philosophy. The professional workload should be lightened by delegating responsibility to sub-professional levels, and by preparing preventive techniques which can be applied by the various kinds of personnel in the community. Measures of this kind would place dentistry and the concept of dental health in their rightful place.

Several aspects of dentistry are discussed: the great diversity or absence of dental services

is pointed out on the one hand, and on the other, that dentistry can act as a catalyst within the community and that its aim should be to offer preventive and curative services in keeping with the existing financial capacity.

Among the steps suggested to promote education and training at dental services are the following: establishment of practical training at the various levels, which would cost less than the present training programs and could be extended from rural to urban areas; use of such government employees as schoolteachers and agricultural technicians who, with minimum training, could perform such basic dental services as urgent tooth extractions and temporary halting of dental caries; establishment of professional dental services; and planned innovations, for which the cooperation of outpatient departments and dental schools and associations should be made available.

Considerações sobre a Formulação de Programas Nacionais de Saúde Dental (Resumo)

A melhor maneira de formular planos nacionais de saúde dental é tomar por base a experiência adquirida e as opiniões dos responsáveis pelas distintas funções nesse campo. Malgrado os esforços envidados a magnitude das barreiras que separam os conhecimentos das necessidades constitui indicação inequívoca de que as inovações técnicas e científicas atuais exigem dos odontólogos de hoje maior penetração da mudança das condições. É necessário, entre outras providências, destacar a atitude preventiva como filosofia permanente; separar as atividades de nível universitário das auxiliares, delegando responsabilidade a todas as categorias; e estabelecer técnicas de prevenção que possam ser aplicadas na comunidade por pessoal de distintos graus de preparo. Essas decisões contribuiriam para ressaltar os valores reais da odontologia e o conceito da saúde dental.

O autor analisa os aspectos extrospectivo e introspectivo, ressaltando naquele a disparidade entre a prestação de serviços dentais e a inexistência total de tais serviços; e neste, a

função catalítica da profissão na sociedade, dentro da qual lhe cumpre ter como alvo prestar assistência tanto preventiva quanto curativa, dentro da capacidade econômica da localidade que serve.

Entre as medidas que aponta como meio de fomentar o treinamento e a educação em serviços dentais, encontram-se a criação de programas de instrução prática, em distintos níveis, cujo custo seria inferior aos dos programas de formação atuais, além de que seus serviços poderiam estender-se das áreas rurais às urbanas; o uso de pessoal empregado pelo governo—professores escolares, técnicos agrícolas, etc.—que, mediante treinamento mínimo, pode servir à comunidade desempenhando funções dentais básicas, tais como a remoção urgente de dentes ou a paralisação temporária do processo da cárie dental; o serviço dental prestado pela classe odontológica; e, finalmente, a inovação planejada, para o que a profissão deveria contar com os serviços de clínicas populares, faculdades e associações.

Quelques considérations sur la préparation des plans nationaux de santé dentaire (Résumé)

La meilleure manière d'élaborer des plans nationaux de santé dentaire est l'étude des expériences acquises et des opinions des personnes qui exercent des fonctions de diverse nature dans ce domaine. Malgré les efforts accomplis,

l'immensité des barrières qui séparent les connaissances des besoins indique sans aucun doute que les innovations techniques et scientifiques actuelles exigent des odontologues d'aujourd'hui une plus grande compréhension des change-

ments qui se produisent. En outre, il est nécessaire de souligner l'action préventive en tant que principe permanent; de séparer les aspects professionnels des aspects sous-professionnels, en déléguant les responsabilités à tous les niveaux, et d'élaborer des méthodes préventives qui pourraient être appliquées dans la communauté par du personnel de différentes catégories. Ces décisions permettront de dégager les valeurs réelles de l'odontologie et le concept de la santé dentaire.

Le document examine les aspects extrospectifs et introspectifs, mettant en évidence la disparité entre la prestation de services dentaires et leur absence, ainsi que la fonction catalytique de la profession au sein de la société en soulignant que la profession doit avoir pour but le service tant préventif que curatif de la communauté et dans les limites de ses ressources économiques.

Parmi les mesures qui pourraient être prises pour promouvoir la formation et l'éducation en matière de services dentaires, le document propose: l'élaboration de programmes d'instruction pratique aux divers niveaux dont le coût serait inférieur à celui des programmes de formation actuels et qui pourraient couvrir les régions rurales et les agglomérations urbaines; l'utilisation de personnel employé par le gouvernement—maîtres d'école, spécialistes des questions agricoles, etc.—qui, après une formation minimum, pourraient servir leurs communautés dans le domaine des soins dentaires élémentaires, tels que l'arrachage urgent de dents ou l'arrêt temporaire d'une carie dentaire; les services dentaires fournis par des groupes professionnels et, enfin, l'innovation planifiée pour laquelle la profession devrait compter avec les services des cliniques populaires, des facultés et des associations.

DESCENSO DE DEFUNCIONES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN GRAN BRETAÑA

Las defunciones por accidentes de tráfico en Gran Bretaña descendieron un 22% desde octubre de 1967 a marzo de 1968 inclusive, con respecto al mismo período un año antes. Descendió asimismo en un 15% el número total de víctimas de accidentes de circulación. La mejora sucedió a la aplicación del examen *in situ* del aliento de conductores sospechosos de conducir en estado de ebriedad, previsto en el Edicto de Seguridad de Vías Públicas. Según esta disposición en vigencia desde el 9 de octubre de 1967, todo conductor en cuya sangre se halle una concentración de alcohol mayor de 80 mg/100 ml, se considera culpable de contravención. Durante las fiestas de Navidad de 1967 resultaron muertas 123 personas en accidentes de tráfico, en comparación con 192 durante el mismo período de 1966. El número total de accidentados también descendió en más de 28%, a pesar de que la circulación de vehículos fue un 1% más densa que en 1966. En enero de 1968 resultaron muertas 498 personas en accidentes de tráfico en todo el país, mientras que en el mismo mes del año anterior 598 personas habían sufrido accidentes mortales. El número total de accidentados (23,885) descendió un 13 por ciento. (*Medical Tribune*, Vol. 9, No. 41, mayo 20 de 1968).