



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Barmes, David E.; Díez, F. Javier; Maupomé, Gerardo; Yen, Edwin H.K.

Recursos humanos en odontología: el reto por venir

Salud Pública de México, vol. 39, núm. 3, mayo-junio, 1997, pp. 248-250

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639312>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Recursos humanos en odontología: el reto por venir

Algunas de las contradicciones más apremiantes en la formación de recursos humanos en odontología (FRHO) no han pasado desapercibidas por las instituciones académicas y de salud en México. Dichas contradicciones se han gestado durante los últimos 20 años en los que se ha intentado preparar suficiente personal profesional de salud para hacer frente a la creciente demanda de atención a la salud bucal. No obstante haber entrenado grandes masas de dentistas desde el comienzo de la década de los setentas, la salud bucal de la población en general no parece haber mejorado significativamente.^{1,4} Sin embargo, la escasez de pacientes en relación con el número de dentistas se ha vuelto más marcada en los últimos años, poniendo en crisis al esquema de práctica profesional (usualmente consistente en un dentista individual ejerciendo privadamente).^{3,4} En otras palabras, un gran número de dentistas está compitiendo por ejercer en un mercado de pacientes usualmente restringido a los centros urbanos y a los segmentos socioeconómicos altos y medios de la población. Aunque la profesión ha aceptado en diversas ocasiones la gravedad de esta situación, las asociaciones profesionales, las escuelas de odontología o las entidades gubernamentales en México no han propuesto un examen objetivo de la situación actual que permita diseñar

esquemas alternativos.⁵ Aparentemente se ha informado de situaciones similares en otras partes de Latinoamérica y en otros países del mundo.

Para reflexionar respecto de estos asuntos, se realizó un taller titulado "Recursos humanos en odontología: el reto por venir" el 17 de noviembre de 1996, durante el XIV Congreso Internacional de la Asociación Dental del Distrito Federal/Asociación Dental Mexicana, en la Ciudad de México.*

Como meta general, el taller se propuso identificar áreas importantes dentro de la FRHO, hacer comentarios generales y proponer recomendaciones que permitieran desarrollar una política de formación profesional sobre el tema. A continuación se presenta un resumen de las conclusiones y recomendaciones emanadas de dicho evento académico.

Conclusiones y recomendaciones

Existe relativamente poca información sobre la FRHO⁵ y la morbilidad bucodental^{6,7} en el entorno mexicano. De los datos disponibles, puede concluirse que por lo menos una parte de aquellos fondos destinados a financiar el enfoque actual de la FRHO podría ser mejor empleado bajo otro esquema. Se parte del principio de que en México, como en la mayor parte de los países en desarrollo, coexisten ambientes heterogéneos en términos de servicios de atención a la salud y de necesidades de salud. Con base en esto podemos suponer que, cualesquiera que sean

las soluciones introducidas para hacer frente a los retos de morbilidad bucodental, éstas deben invitar a un intercambio de ideas y enfoques provenientes del consejo profesional, a la luz de consideraciones políticas y éticas para la profesión, para el público y para los organismos gubernamentales. Aparentemente, las propuestas con mejores probabilidades de llevarse a cabo son aquellas que desarrollen medidas como secuencias lógicas de la situación actual; que evalúen objetivamente la logística necesaria para introducir exitosamente los cambios propuestos; que respeten las culturas y las manifestaciones culturales locales, y que no desestimen las restricciones económicas y la capacidad actual de los sistemas que se estén transformando. Durante el diseño de estos cambios en la planeación de la FRHO, los modelos mexicanos podrían ser cotejados de forma más útil con ambientes similares, ya sea porque comparten las características geopolíticas de otros países en desarrollo (como es el caso de los modelos en Pakistán, India, Singapur y Filipinas), o porque presenten componentes culturales y geográficos equiparables (como en el caso de Brasil). La importación acrítica – hacia el entorno mexicano – de las soluciones imperantes en los países desarrollados será ciertamente costosa y probablemente inefectiva. Por lo anterior, si se va a crear un comité específico para estudiar modelos alternativos, se debe estipular que tal análisis se haga con base en un diálogo Sur-Sur y no con una expectativa de transferencia de modelo Norte-Sur.

* Los presentadores fueron los doctores David Barmes, anteriormente Director de la Unidad de Salud Bucal en la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra; Edwin Yen, Presidente de la División Canadiense de la Asociación Internacional para la Investigación Dental y Director de la Facultad de Odontología en la Universidad de Columbia Británica (UCB) en Vancouver; Javier Díez de Bonilla, Secretario General en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la Ciudad de México; Gerardo Maupomé, quien fue Vice-Presidente de la División Mexicana de la Asociación Internacional para la Investigación Dental durante su adscripción en la UNAM y actualmente laborando para la UCB.

Como en otras partes del mundo, en México coexisten dos modelos que proveen de recursos humanos en salud a la profesión: a) el modelo tradicional, altamente estructurado, actúa como un sistema de admisión profesional regulada que otorga reconocimiento social para practicar ciertas habilidades específicas y, b) un segundo modelo, usualmente regulado de una forma más liberal que el primero, y que, aunque menos organizado alrededor de instituciones formales, se encuentra activo en los círculos profesionales, proveyendo de entrenamiento específico, generalmente de corto plazo, para la obtención de habilidades profesionales concretas. Este se encuentra orientado a la demanda de forma más sensible, pues está en perpetuo reacomodo lo que le permite responder más rápidamente a los cambios en la sociedad. La existencia de un mercado profesional en funciones (cualesquiera que sean sus contradicciones) hace políticamente conveniente planear cambios en los modelos instaurando gradualmente nuevas regulaciones en ellos, para diferir su aplicación en las generaciones de profesionales ya en funciones, y eventualmente negociar de forma paulatina la aplicación de nuevos estándares para aquellos individuos que recién ingresan a la profesión. Los mercados profesionales altamente organizados han sido diseñados en otras partes del mundo siguiendo esta estrategia. Los cambios abruptos aplicables a los profesionales ya establecidos están destinados a ser políticamente onerosos, de instauración difícil y aun inefectiva.

No hay soluciones simplistas a un problema de esta magnitud, en particular porque la existencia misma de los sistemas educacionales y profesionales está de por medio. A corto plazo, los nuevos esquemas para normar la FRHO desde las

escuelas de odontología y las asociaciones profesionales deberán considerar aspectos tales como:

- La creación de un cuerpo regulador independiente que otorgue licencias al personal dental para ejercer actividades específicas y bajo estándares definidos de práctica clínica. Estas nuevas reglas deberán estar ampliamente disponibles para los profesionales y para el público, y su observancia debe ser obligatoria para las escuelas de odontología y las asociaciones profesionales.
- La regulación de las licencias de ejercicio profesional aplica a las nuevas generaciones de dentistas, y se establecerán metas en las diversas modalidades de práctica profesional a mediano plazo en términos de atención a la salud y estado de salud de la población. Asimismo, se establecerán parámetros sólidos, derivados de las necesidades observadas en la vida real, que permitan planear las proyecciones relevantes a la FRHO a largo plazo. Para ello será necesario acordar niveles estándar de salud bucal considerados el mínimo aceptable para los distintos grupos culturales, socioeconómicos y de edad.
- Al mismo tiempo, se ofrecerán oportunidades de adiestramiento a los recursos humanos disponibles que se graduaron en algún momento de los últimos 25 años pero que no se han mantenido al tanto de los avances clínicos, ni han estado activamente involucrados en la vida profesional.

Esta propuesta se basa en la apremiante necesidad de instaurar un servicio dental bajo un esquema asalariado de servicios

de salud, como el que fue practicado en Nueva Zelanda en los años veinte.⁸ Se buscaría que este esquema disfrutara del patrocinio de las asociaciones profesionales y de las facultades de odontología, además de ser financiado por la Secretaría de Salud y la de Educación Pública.

Como parte del adiestramiento de aquellos profesionales dispuestos a adscribirse a este tipo de práctica profesional (en aquellas áreas en las cuales la necesidad para introducirlo sea clara y se haya considerado dentro del esquema de prioridades de salud), sería ideal proveer las habilidades de atención dental simplificada, tales como el tratamiento restaurador atraumático (TRA),⁹ así como enseñar habilidades relacionadas con ciencias de la conducta y con la educación/promoción de la salud.

A través de estas modificaciones inmediatas, y con el objetivo explícito de alcanzar metas tangibles a largo plazo, debería aceptarse la necesidad de poner bajo escrutinio el desempeño de todas las escuelas de odontología en el país. Esta autoevaluación se llevaría a cabo por medio de procedimientos diseñados de común acuerdo dentro de la profesión. Es difícil creer que los mejores intereses de la profesión y de la sociedad son preservados a través de tener más de 50 escuelas de odontología en un país con 95 millones de habitantes, de los cuales sólo una minoría puede acceder a atención dental bajo el presente esquema. Las asociaciones profesionales y las escuelas de odontología deben considerar en forma realista la necesidad de cerrar gradualmente escuelas de odontología y/o reducir la

cantidad de estudiantes de nuevo ingreso, asumiendo una perspectiva en la cual los ahorros que se obtengan de esta forma sean dirigidos a mejorar el servicio y el desempeño de aquellas escuelas que permanezcan en funciones.

A largo plazo, la fuerza y la flexibilidad necesarias para adaptarse a las condiciones cambiantes del mundo serán una razón de orgullo para las nuevas generaciones de profesionales dentales. Dotados de habilidades más relevantes a las características en evolución de sus pacientes, y guiados por parámetros de atención a la salud acordados por consenso de las partes involucradas, estos nuevos profesionales dentales verán beneficiada su práctica profesional por una innovadora

asociación de estándares clínicos y de promoción de la salud entre escuelas y agrupaciones profesionales.

David E. Barmes, BDSc, DDSc, M.P.H.,
F. Javier Díez-de Bonilla, C.D.,
Gerardo Maupomé, C.D., M.Sc.,
DDPH RCS, Ph.D.,
Edwin H.K. Yen, DDS, Dip Ortho,
MRCD, Ph.D.

Referencias

1. Maupomé G. Estrategias para reformar los sistemas de atención para la salud oral: caries dental. *Pract Odontol* 1990;11(5):17-26.
2. Huerta-Peña J. La práctica odontológica. Problemas y alternativas. *Pract Odontol* 1992; 13(4):13-20.
3. López-Cámara V, Lara-Flores N. Trabajo odontológico en la Ciudad de México. Análisis de la práctica dominante. Temas Universitarios núm. 5 México, D.F.: Universidad Autónoma Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud, 1983.
4. López-Cámara V, Lara-Flores N. Trabajo Odontológico en la Ciudad de México. Crisis y Cambios. México, D.F.: Universidad Autónoma Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud, 1992.
5. Maupomé G, Díez-de Bonilla J. La disyuntiva en la formación de recursos humanos en odontología en México. *Educ Med Salud* 1995; 29(2):153-163.
6. Dufou S, Maupomé G, Díez-de Bonilla J et al. Caries experience and treatment-experience in a selected patient population in Mexico City. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24: 298-299.
7. Maupomé-Carvantes G, Borges-Yáñez SA, Ledesma-Montes C et al. Prevalencia de caries en zonas rurales y peri-urbanas marginadas. *Salud Pública Mex* 1993;35:357-367.
8. Elderton RJ. Dental ancillaries. En: Slack GL, ed. *Dental Public Health. An Introduction to Community Dentistry*. 2a. edición. Bristol: Wright, 1981.
9. Frencken JE, Songpaisan Y, Phantumvanit P et al. An atraumatic restorative treatment (ART) technique: Evaluation after one year. *Int Dent J* 1994;44(5):460-464.