



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Maupomé, Gerardo; Díez, Javier; López, Rubén

La educación dental en un momento crítico. Consideraciones generales en el entorno profesional de
América del Norte

Salud Pública de México, vol. 39, núm. 6, noviembre-diciembre, 1997, pp. 554-564

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639609>

- ▶ 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

La educación dental en un momento crítico. Consideraciones generales en el entorno profesional de América del Norte

Gerardo Maupomé, C.D., M.Sc., Ph.D.,⁽¹⁾ Javier Díez-de-Bonilla, C.D.,⁽²⁾ Rubén López, C.D.⁽²⁾

En México la educación dental (ED) carece de una planeación y de una normatividad actualizada para la formación de recursos humanos (FRH), la administración de las escuelas y el desarrollo de investigaciones académicas prioritarias; asimismo, es pertinente homologar criterios que permitan reorientar los planes de estudio, buscando perfilar adecuadamente los posibles horizontes de la ED en un futuro inmediato y a mediano plazo (10 a 20 años). Considerando lo anterior este artículo, en su primera parte, hace una revisión crítica del informe *Dental education at the crossroads* (La educación dental en un momento crítico),¹ del Institute of Medicine (IOM), National Academy of Sciences, de Estados Unidos de América (EUA) y, en su segunda parte, retoma algunas de las recomendaciones para que sean materia de reflexión entre la comunidad odontológica de nuestro país.

Además, la tendencia hacia la integración en nuestro subcontinente sugiere la necesidad de contrastar la evolución de la ED en México con la de los países vecinos, para determinar las propuestas que pudieran ser factibles de adaptarse y aplicarse al contexto mexicano.

En México, la ED y la planeación para la FRH en odontología se encuentra en una encrucijada tan importante como la descrita por el reporte de IOM, pero de otro carácter: aunque se ha educado a muchos profesionales dentales (PD) en los últimos 30 años, esta nueva fuerza de trabajo no ha incidido positivamente en la salud bucodental de la población.²⁻⁹ Aunque hay un número considerable de PD, éstos están compitiendo por el mismo número limitado de pacientes que

pueden pagar sus servicios, principalmente en las zonas urbanas y en las capas medias y altas de la población. Si bien este problema es conocido por la mayor parte del gremio odontológico y estimado subjetivamente como una fuente de problemas sociales, económicos y profesionales,^{4,5} no ha sido investigado con la profundidad que requiere ni por las instituciones académicas ni por las asociaciones profesionales.¹⁰ En términos generales, la mayor parte de las respuestas frente a estas contradicciones en ED y FRH ha correspondido a esfuerzos aislados, usualmente menores, que no corresponden al nivel de planeación que las circunstancias demandan. Los horizontes que plantean la integración profesional y las políticas relacionadas con la salud dentro de los lineamientos del Tratado de Libre Comercio ahora ponen énfasis en la necesidad de identificar y enfrentar proactivamente las diferencias normativas entre los ambientes profesionales de Canadá, EUA y México. Este cometido probablemente adquirirá mayor importancia en un futuro cercano, cuando la movilidad profesional en la región comience a ser un tema más actual dentro de las relaciones y contratos de los tres países.

Puntos principales del informe *Dental education at the crossroads*

A pesar del progreso y del prestigio de la profesión dental en la sociedad en general, dentro de la universidad la ED está siendo cuestionada en cuanto a su relación con la medicina y con los sistemas de atención a la salud. La profesión dental alberga en su seno al-

(1) Faculty of Dentistry, The University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.

(2) Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

gunos aspectos contradictorios respecto de la FRH, el otorgamiento de licencias para el ejercicio profesional y la restructuración de la atención a la salud. Estos y otros puntos crean tensiones entre los clínicos y los académicos, que pueden comprometer la posición de la profesión dentro de las universidades. De hecho, esta situación ha provocado la clausura de seis escuelas en la última década y una reducción generalizada en la admisión a la carrera equivalente al cierre de otras 20 escuelas. De las 54 escuelas dentales que aún permanecen en los EUA, varias enfrentan problemas de supervivencia.

El futuro de la ED estará determinado por factores científicos, tecnológicos, políticos y económicos que, en parte, rebasan el ámbito de la profesión y están fuera de su control. Sin embargo, los académicos –individual y colectivamente– tienen decisiones importantes que tomar: por un lado, pueden preservar la situación actual, que es un camino hacia el estancamiento y la declinación eventual, o, alternativamente, pueden optar por un nuevo esquema hacia una vía de reajuste y renovación en sus metas respecto de la educación, la investigación y la atención al paciente para, de esta manera, contribuir de un modo más visible a la formación y al servicio a la comunidad. Esta última opción requerirá de dar un mayor vigor a la aplicación de las recomendaciones existentes desde hace mucho tiempo, referentes a la reforma educativa, así como a nuevos aspectos y objetivos. Para que los académicos logren el cambio, necesitarán de la participación activa de toda la comunidad odontológica, así como del apoyo de las autoridades universitarias y de los gobiernos locales, estatales y nacional.

Visualizando el futuro

Para realizar con éxito estos objetivos en el nuevo siglo, los académicos y el resto de la comunidad dental necesitan establecer propósitos y direcciones en común. La formulación de estos planes requiere la evaluación de los modelos actuales de pensamiento y de operación en la educación del equipo profesional y en la odontología en general, para que estén en posibilidades de enfrentarse a un futuro que será muy diferente al pasado. Esta planeación es el principal objetivo del informe.

Para ello, se adoptaron ocho principios políticos y estratégicos (cuadro I), resultado de un análisis extenso del presente y el futuro de la ED, que permitió realizar una amplia descripción de lo que será ésta en el siglo XXI. Más que un esquema de mundo ideal, esta descripción proporciona una visión de lo que ofrecerá el futuro, así como las conclusiones del Comité sobre

el Futuro de la Educación Dental acerca de la manera en que los académicos y otros profesionales pueden intervenir en la profesión para que ésta juegue un papel constructivo en el mejoramiento de la salud bucal de toda la población en los años venideros.

En la previsión que hace este informe acerca del futuro sobresalen cinco argumentos. El primero es que la odontología debe establecer un vínculo más cercano con la medicina y el sistema de atención a la salud en todos los ámbitos: educación, investigación y atención al paciente. El avance de la ciencia y la tecnología continuará estrechando los lazos entre la odontología y la medicina, como legado a las necesidades de una población con problemas de salud progresivamente más complejos. Las presiones del gobierno y de los consumidores privados de los servicios de salud incidirán en la tendencia que existe hacia el diseño de sistemas integrales de salud, haciendo hincapié en la contención de costos, en la atención primaria y en la provisión de servicios por medio de equipos formados por profesionales y personal auxiliar.

El segundo argumento dice que, para preparar a los estudiantes y las escuelas para el cambio, los académicos necesitarán identificar y enseñar los modelos más deseables de práctica clínica. Sirviéndose del modelo de la práctica clínica en la comunidad, las escuelas deberán esforzarse por ser más eficientes en la

CUADRO I PRINCIPIOS POLÍTICOS Y ESTRATÉGICOS PARA EL FUTURO DE LA EDUCACIÓN DENTAL

1. La salud bucal es una parte integral de la salud total, y la atención a la primera es una parte integral de la atención total a la salud, incluyendo la atención primaria.
2. El compromiso que hasta ahora dentistas e higienistas dentales han asumido respecto de la prevención y la atención primaria deberá permanecer inalterable.
3. Un enfoque a los resultados (*outcomes*) de salud es esencial para los profesionales y las escuelas dentales.
4. La ED deberá estar científicamente basada e inmersa en un contexto en el que la creación y la adquisición de nuevos conocimientos clínicos y científicos sean valorados y seguidos activamente.
5. El aprendizaje es una empresa permanente para los profesionales dentales, la cual no termina con la obtención de un título o la finalización de un programa de residencia.
6. Una fuerza calificada de trabajo dental es un recurso nacional valioso, y el apoyo para la educación de esta fuerza de trabajo debe continuar proveniendo de fuentes públicas y privadas.
7. Las escuelas, al reclutar estudiantes y profesores, al diseñar e instaurar el plan de estudios, así como en la conducción de la investigación y en la provisión de servicios clínicos, tienen la responsabilidad de servir a toda la población y no sólo a aquellos individuos con un nivel económico alto y relativamente saludable.
8. Los esfuerzos para reducir las amplias disparidades en el estado de salud bucal y en el acceso a la atención deberán ser una alta prioridad para las autoridades, los clínicos y los académicos.

atención a los pacientes y proveer a los estudiantes de una extensa experiencia clínica.

El tercer argumento afirma que deben asegurarse los recursos básicos para el mejoramiento de la ED, y demostrarse las contribuciones de las escuelas a sus respectivas universidades y comunidades. Estas contribuciones incluyen logros no sólo en la educación sino también en la investigación, la transferencia de tecnología y el servicio al paciente y a la comunidad. La odontología no puede permanecer aislada de su entorno.

El cuarto argumento destaca que los líderes de la profesión deberán cooperar en la reforma de los procedimientos de acreditación en las escuelas y de otorgamiento de licencias para ejercer, apoyando activamente la evolución de la profesión.

Finalmente, el quinto argumento sostiene que es preciso continuar probando modelos alternativos de educación, práctica y evaluación de los PD con el fin de prepararlos para un futuro incierto. En particular, por medio de la experimentación y el aprendizaje, la odontología podrá enfrentarse a una de las incertidumbres más importantes, es decir, podrá determinar cuál es el punto de equilibrio entre la oferta futura de clínicos y servicios dentales, y los requerimientos de atención dental de la población. Si bien es cierto que el Comité no encontró evidencia para predecir con certeza un desequilibrio entre oferta y demanda, es imperativo seguir longitudinalmente estas tendencias. Es esencial la incorporación de un esquema de planeación que haga frente a posibles contingencias, por la naturaleza impredecible del desarrollo que están teniendo la ciencia, la tecnología, la política social y otras áreas. Si prevaleciera una disminución de la oferta de servicios dentales, comenzaría a demandarse un uso más productivo del personal dental auxiliar, así como la eliminación gradual de servicios inefectivos o inefficientes; y sólo si estos pasos probaran ser insuficientes, se pensaría en aumentar la cantidad de alumnos de nuevo ingreso. Este tipo de medidas (p.e., que las escuelas dentales experimenten con nuevos modelos de atención a los pacientes) puede crear tensiones entre académicos y dentistas, por lo que es indispensable introducir sistemas eficientes de diálogo y resolución de conflictos.

Hallazgos y recomendaciones

Durante el desarrollo de las recomendaciones específicas, el Comité intentó tanto ser pragmático como adherirse a principios. Es decir, trató de no ser tan idealista con el propósito de evitar que sus recomendaciones fueran de poca utilidad para el mundo real, pero

tampoco quiso anquilosarse en las dificultades prácticas del cambio, ya que entonces le sería imposible adquirir dirección, motivación o puntos de referencia para encaminarse hacia las metas deseadas. Algunas de las recomendaciones pueden parecer idealistas para algunos o circunscritas por el *status quo* para otros. Sin embargo, un plazo de 10 o 20 años es un tiempo razonable para que las tendencias ideales y actuales converjan dentro de un esquema flexible, susceptible de ser adaptado a las necesidades individuales de cada escuela.

Los servicios de salud y el estado de la salud bucal

Para lograr el uso efectivo de los recursos de salud en el mejoramiento de la salud bucal, el Comité hizo énfasis en cuatro objetivos generales.

1. Mejorar el conocimiento acerca de lo que funciona y lo que no funciona en la prevención o el tratamiento de los problemas de salud bucal.
2. Reducir las diferencias producto de factores económicos, raciales y de otro tipo en cuanto a la salud bucal y a los servicios de salud.
3. Fomentar la prevención tanto en el plano individual (p.e., prácticas alimenticias que prevengan la caries por Síndrome de Biberón*) como en el comunitario (p.e., aplicación dental de flúor a nivel masivo y programas escolares para la prevención de la caries dental).
4. Destacar la importancia de la salud bucal (incluyendo las manifestaciones bucales de otros problemas de salud), no sólo entre los odontólogos clínicos, sino también entre los proveedores de atención primaria, geriatras, académicos y autoridades gubernamentales.

La ED debe desempeñar un papel central en cada una de estas áreas. En particular, los académicos deberán estar involucrados en las ciencias básicas y clínicas y en la investigación en los servicios de salud, a fin de distinguir entre los servicios de salud bucal efectivos y los ineficaces. Esto debe tomar en cuenta los patrones y las tendencias de las enfermedades bucales y aquellos factores que las afecten, con la finalidad de desarrollar las estrategias (con una buena relación costo-beneficio) que favorezcan a personas con mala salud bucodental y a aquellos con acceso limitado a los servicios de salud bucal. También se debe continuar alentando a los médicos, al personal de sanatorios

* Síndrome de caries en la niñez temprana¹¹

y a las autoridades gubernamentales para que estén alertas respecto de los problemas de salud bucal y proporcionen información a la población sobre hábitos efectivos de salud bucal.

El apoyo público es determinante para reducir las disparidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud bucal. Por lo tanto, la recomendación en este sentido contempla que la comunidad odontológica en su conjunto trabaje colegiadamente para asegurar la consolidación de fondos públicos y privados destinados a apoyar al personal que ofrece los servicios dentales y a fortalecer los programas de prevención y de salud pública, así como las actividades comunitarias, incluyendo aquellas emprendidas por los estudiantes y académicos de las escuelas.

La meta de la educación

El problema en la reforma de la ED no reside tanto en lograr un consenso sobre la dirección que debe seguirse para lograr un cambio, sino en las dificultades que imponen los obstáculos para el cambio. Entre algunos de los problemas en la ED, se han identificado puntualmente, entre otros:

1. La existencia de planes de estudio redundantes o cuyo material útil ha sido marginado, lo que da a los estudiantes poco tiempo para consolidar los conceptos o para desarrollar críticamente las habilidades intelectuales.
2. La atención integral es más un ideal que una realidad en la educación clínica, y la instrucción aún se enfoca principalmente en los procedimientos mismos, más que en la atención al paciente.
3. El vínculo entre la odontología y la medicina resulta insuficiente para preparar a los estudiantes en el manejo de pacientes con problemas médica mente más complejos y para aprovechar las estrategias orientadas hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.
4. Las ciencias básicas y clínicas no relacionan adecuadamente las bases científicas de la salud bucal con la práctica clínica.
5. La falta de flexibilidad de los esquemas universitarios hace difícil que los recursos humanos correspondan a las necesidades educativas.
6. A pesar de que esta situación ha mejorado, persiste una falta de sensibilidad hacia las necesidades de los estudiantes.
7. Con la esperanza de estimular el movimiento, se propone que cada escuela desarrolle una estrategia para la reforma del plan de estudios. Urge estrechar la integración de la ED y la educación

médica, así como experimentar nuevas formas para lograrlo.

La meta de la investigación

La investigación es una meta fundamental de la ED, pero una mayoría de escuelas y académicos están mínimamente involucrados en la investigación y la superación académica. Resulta fundamental que las escuelas tengan un compromiso con la investigación, porque ésta constituye la base del conocimiento para mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud bucal; enriquece la experiencia educativa de los estudiantes; refuerza el papel de la escuela como un diseminador de procedimientos clínicos válidos para los dentistas, y enaltece el nivel de la odontología dentro de la universidad y en la comunidad.

El Comité reconoce los problemas que enfrentan las escuelas que están tratando de construir o mantener un programa sólido de investigación: entre los más importantes se encuentran los reducidos presupuestos en este renglón y la carencia de investigadores capaces. Es una prioridad importante ampliar los recursos humanos dedicados a la investigación.

Las escuelas difieren en la manera de definir los objetivos específicos de sus prioridades de investigación, pero todas necesitan formular un programa en este sentido que satisfaga las expectativas de sus universidades. Para obtener los recursos y propiciar las condiciones para la investigación, es importante continuar con las oportunidades de colaboración de las universidades con la industria, el gobierno, las asociaciones dentales y otras instituciones capaces de asistir a las ciencias básicas, la investigación clínica y la investigación en servicios de salud.

La meta en la atención al paciente

De forma suscinta se puede afirmar que la clínica dental tradicional no está enfocada hacia el paciente. El modelo prevaleciente de atención orientado a realizar procedimientos debe ser remplazado por uno que se enfoque al paciente y la comunidad; que esté fundamentado en la evaluación científica y tecnológica de los resultados clínicos (*outcomes*); que propicie el trabajo en equipo, y que sea eficiente.

Las tendencias actuales de las formas y el financiamiento de la atención a la salud forzarán a las escuelas a competir por pacientes en el mercado abierto y a incluir planes de diversos tipos en el manejo de esta atención. A largo plazo, las escuelas no tendrán otras opciones prácticas o éticas más que lograr que sus programas tengan más impacto en los pacientes,

así como mantenerlos económicamente viables mientras se desarrollan los sistemas y los datos necesarios para estimar y documentar la calidad de la atención.

La escuela en la universidad

Para cumplir con todas sus metas de educación, investigación y atención al paciente, las escuelas necesitan de la vitalidad intelectual, el apoyo y la disciplina tanto de las universidades como de los centros académicos de salud. Por su parte, los académicos deben contribuir a la vida universitaria, especialmente por medio de la investigación, la enseñanza y el manejo eficiente de los programas de educación y de atención al paciente.

En términos generales, el mundo de la educación universitaria probablemente se vuelva menos estable y, de este modo, más impredecible y con mayor presión para sus partes constituyentes. Las universidades y las autoridades gubernamentales continuarán revaluando sus programas, aumentándolos, suprimiéndolos y restructurándolos. El cierre de varias escuelas ha demostrado su vulnerabilidad dentro de las universidades. La reducción de los factores que determinan el cierre de las escuelas no es una tarea que se realiza de la noche a la mañana, y algunos factores son menos controlables por las escuelas. Por ello, resulta de fundamental importancia que cada escuela evalúe su propia posición y desarrolle un plan específico para reforzar su posición dentro de su universidad.

Aunque la educación en todos los niveles enfrenta restricciones financieras que varían en severidad, la ED enfrenta desafíos particulares dados sus costos relativamente altos y sus necesidades especializadas. Para la mayoría de las escuelas, la salud financiera no depende de una sola solución, por muy radical que esta última sea. Más bien, será necesaria una combinación de pasos más modestos y difíciles. Las escuelas necesitarán obtener mejores evaluaciones de costos e ingresos que enfrenten sus problemas y características particulares, minimizando así el daño a sus metas en educación, investigación y atención a los pacientes.

Reconocimiento de planes de estudio y de otorgamiento de licencias para ejercer profesionalmente

El reconocimiento de planes de estudio y el otorgamiento de licencias para el ejercicio de la profesión son componentes de una amplia estrategia social que protege a la sociedad de profesionales mal capacitados, incompetentes o poco éticos. Estos dos mecanismos también son fuente de tensiones entre las escuelas y

los esquemas organizados de la profesión. Si bien la profesión ha dado pasos importantes para mejorar los procesos de reconocimiento de planes de estudio y de expedición de licencias profesionales, son necesarias más medidas.

En lo que al proceso de reconocimiento se refiere, éste se ha circunscrito a sí mismo y se ha abierto poco a las innovaciones educativas. El informe indica que a ciertas escuelas con programas educativos deficientes se les permite seguir operando, aunque esta información no se encuentra accesible al público en general. Por esta razón, una reforma debería centrarse en aquellas escuelas con deficiencias significativas, mientras reduce la carga administrativa para las demás escuelas. La mejoría en la evaluación de los resultados (*outcomes*) educativos es tan fundamental para las reformas en el proceso de reconocimiento como lo son los cambios en la educación previa al ingreso a la carrera y la evaluación a largo plazo del desempeño clínico de los profesionales. De esta forma, debe establecerse una cooperación y una coordinación entre aquellas organizaciones responsables en cada uno de estos campos, a fin de evitar estrategias contradictorias que conlleven una duplicación de esfuerzos.

Recursos humanos en odontología

La comunidad dental no conoce a ciencia cierta las proyecciones de oferta de los servicios dentales: sobreoferta o escasez. El Comité no encontró elementos que permitieran predecir confiablemente el resultado y así formular recomendaciones en cuanto a la admisión de estudiantes en las escuelas. Sin embargo, por una parte, la relación dentistas-población general está disminuyendo, y la cobertura de los servicios dentales bajo seguros de salud públicos o privados podría aumentar sustancialmente la demanda para tales servicios, especialmente si se emprendieran esfuerzos adicionales para abarcar a la población que aún tiene necesidades de salud no cubiertas. Por otra parte, el desarrollo científico y tecnológico podría incidir en el aumento, o bien, en la disminución de las necesidades y demandas de los servicios, dependiendo de si promueve o no la prevención o la rehabilitación de alto costo. Finalmente, la fuerza de trabajo actual parece tener capacidad de reserva susceptible de ser movilizada por medio del uso de personal dental auxiliar, de la identificación y la eliminación de tratamientos con poco o ningún impacto demostrado y de sistemas de servicio más eficientes. En esta situación de incertidumbre, el Comité considera prudente continuar vigilando las tendencias en el número de profesionales, así como

desarrollar mejores formas de evaluar la productividad, la calidad de los servicios dentales y los factores que impiden el acceso a la atención dental.

Recomendaciones

El informe *Dental education at the crossroads* formula una serie de recomendaciones encaminadas al mejoramiento de la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud bucal por medio de la educación, la investigación y la atención al paciente. Resulta importante que estas sugerencias sean tomadas en cuenta por el gremio odontológico, la universidad y la sociedad en general. Para que la ED enfrente los desafíos, requerirá del apoyo y la participación de la comunidad profesional, así como de investigadores y autoridades. El intento de este informe es proporcionar guías para cada uno de estos grupos.

1. Para proporcionar servicios odontológicos que mejoren la salud individual y comunitaria, el Comité recomienda que los académicos trabajen con las organizaciones públicas y privadas en:
 - El mantenimiento de un proceso estandarizado para evaluar de manera regular el estado de salud bucal de la población e identificar cambios en los patrones de enfermedad en los ámbitos comunitario y nacional.
 - El desarrollo y la instauración de una agenda de investigación sistemática, a fin de evaluar los resultados de métodos alternativos de prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud bucal.
 - La aplicación de la investigación científica, de la investigación orientada a resultados (*outcomes*) y de los procesos de consenso formal en la elaboración de guías clínicas.
2. Para incrementar el acceso a la atención odontológica y mejorar el estado de salud bucal de poblaciones escasamente atendidas, los académicos, los clínicos, los investigadores y las autoridades de salud pública deberán trabajar en conjunto para:
 - Asegurar financiamientos públicos y privados que permitan brindar servicios clínicos, programas de prevención y salud pública, así como actividades de extensión comunitaria, incluyendo aquellas emprendidas por estudiantes y profesores de las escuelas.

- Enfrentar las necesidades especiales de poblaciones con acceso limitado a servicios mediante la investigación de servicios de salud, contenido curricular y servicios al paciente, incluyendo un uso más productivo del personal dental auxiliar.

3. Para mejorar la disponibilidad de servicios dentales en áreas con acceso limitado a estos servicios, los poderes estatales y federal deben aumentar el número de PD que trabajen en programas públicos.
4. Para estimular la profesionalización y la obtención de grados académicos en la ED, el Comité recomienda que las escuelas dentales establezcan objetivos explícitos, procedimientos y guías para la modernización de cursos. Las metas deben contemplar la eliminación de los contenidos redundantes y poco útiles en los planes vigentes, así como reducir las cargas excesivas de cursos. El proceso deberá incluir procedimientos para:
 - Diseñar un plan integral de estudios de ciencias básicas y clínicas que proporcione educación clínicamente relevante en las ciencias básicas y educación en la atención clínica con bases científicas sólidas.
 - Incorporar en todas las actividades educativas un enfoque sobre resultados (*outcomes*) y un énfasis en la relevancia del conocimiento y del pensamiento científicos en la evaluación de alternativas clínicas.
 - Destinar más horas de clase a seminarios guiados y otras estrategias de aprendizaje activo que desarrollen el pensamiento crítico y las habilidades para la resolución de problemas.
 - Identificar y disminuir las horas dedicadas a técnicas preclínicas de baja prioridad, a trabajo de laboratorio y a clases en grupos grandes.
 - Complementar las horas de clínica con tiempo programado para la discusión de casos, revisando el diagnóstico, la planeación y la finalización del tratamiento.
5. Para preparar en el futuro dentistas clínicos en la atención a la salud bucal con más fundamentos médicos y mejor capacitados para atender pacientes con más complicaciones médicas, los académicos deberán trabajar con sus colegas en las escuelas de medicina y en los centros académicos de salud, para:

- Dirigirse hacia la educación integral en las ciencias básicas para los estudiantes de odontología y de medicina.
 - Proporcionar a los estudiantes de odontología por lo menos una rotación o una experiencia equivalente en áreas relevantes de la medicina y ofrecer oportunidades para adquirir una experiencia adicional en los hospitales, sanatorios, clínicas de atención externa y otros ambientes clínicos.
 - Continuar y extender los experimentos con programas conjuntos de medicina y odontología, así como con programas similares para estudiantes interesados y residentes.
 - Incrementar la experiencia de los académicos en la medicina clínica a fin de que los odontólogos –y no sólo los médicos– puedan impartir el conocimiento médico a los estudiantes de odontología y, así, servir como modelo de aprendizaje a éstos.
6. Con la finalidad de preparar a los estudiantes y a los profesores para un ambiente que demandará el aumento en la eficiencia, la responsabilidad y la evidencia de efectividad, el Comité recomienda que los estudiantes y académicos participen en prácticas clínicas donde:
- La atención integral, dirigida al paciente, sea la norma.
 - La situación económica, social y emocional de los pacientes, así como sus preferencias, sean debidamente tomadas en cuenta.
 - El trabajo en equipo y el uso efectivo (en términos de costo) del personal dental auxiliar bien entrenado sean considerados prioritarios.
 - La evaluación de los patrones de la práctica clínica y de los resultados de las intervenciones sean las guías para mejorar tanto la calidad como la eficiencia de tal atención.
 - Los dentistas generales sirvan como modelo en el tratamiento y en la referencia apropiada de pacientes que requieran de terapias más sofisticadas.
 - Se atienda a un mayor número de pacientes, incluyendo a aquellos con diversidad de características y problemas clínicos.
7. El Comité recomienda que la educación de posgrado en odontología general o en un programa de especialidad se extienda de tal forma que esté al alcance de todos los PD recién graduados. Esta meta deberá ser alcanzada en cinco o 10 años, teniendo por objetivo crear nuevas opciones en odontología general avanzada, aunque se reste apoyo a otras especialidades.
8. Para emplear un profesorado que refleje mejor los objetivos educativos y enfrente las situaciones que se encuentran en evolución, el Comité recomienda que las escuelas suplan los puestos de tiempo completo con puestos cuyos objetivos clínicos o de investigación provean mayor flexibilidad para alcanzar las metas de enseñanza, investigación y atención al paciente.
9. Para extender el conocimiento de salud bucal y fortalecer la investigación y la superación académica, cada escuela deberá:
- Mantener un programa que incluya la investigación clínica, la evaluación y la extensión de nuevos hallazgos científicos y clínicos; así como la investigación basada en resultados (*outcomes*), y la investigación de servicios de salud y de conocimientos sobre el comportamiento relacionado con la salud bucal.
 - Extender su programa de investigación, cuando sea viable, a las ciencias básicas, a fin de transformar el nuevo conocimiento científico en aplicaciones clínicas útiles.
 - Alcanzar el estándar para la investigación y la superación académica esperados por parte de las respectivas universidades.
 - Propiciar entre el profesorado un conocimiento crítico sobre los avances científicos en sus áreas del conocimiento, quienes deberán mantenerse actualizados en su enseñanza y su práctica.
 - Alentar la participación de todos los profesores en la investigación y la superación académica.
10. Para generar la capacidad y obtener los recursos para la investigación, así como para fomentar las relaciones con otros investigadores, todas las escuelas deberán desarrollar y continuar con las estrategias de colaboración en investigación que empiezan en la universidad y se extienden hacia la industria, el gobierno, las asociaciones dentales y otras instituciones capaces de mantener o asistir a la investigación en ciencias básicas, en ciencias clínicas y en servicios de salud.
11. Para fortalecer la capacidad de investigación en las escuelas, el Comité recomienda que, en el caso de EUA, el Instituto Nacional para la Investigación Dental (NIDR, por sus siglas en inglés):

- Continúe evaluando y mejorando sus programas de capacitación y desarrollo extramuros.
 - Destine mayores recursos a aquellos programas extramuros que hayan demostrado ser más eficaces en el fortalecimiento de la investigación en las escuelas.
 - Preserve ciertos fondos para programas de capacitación de corta duración, dirigidos primordialmente a mejorar la comprensión y el aprecio por la investigación en los académicos dedicados a aspectos clínicos y en los futuros PD.
12. Para afirmar que la atención al paciente es una meta diferente, cada escuela deberá mantener un proceso de planeación estratégica que:
- Desarrolle objetivos para la atención de pacientes, concentrados en áreas tales como programación de citas; finalización integral y exactitud en el tratamiento, y definición de las responsabilidades de los profesores y los estudiantes.
 - Identifique las deficiencias actuales en los procedimientos y resultados (*outcomes*) de la atención al paciente, junto con los aspectos físicos, financieros, legales y otras barreras para su corrección.
 - Diseñe acciones específicas –incluyendo la demostración de proyectos o experimentos– para mejorar la calidad, la eficiencia y lo atractivo de sus servicios al paciente.
13. Para asegurar que la ED y los servicios sean considerados cuando las instituciones académicas evalúen su papel en un sistema de atención a la salud en plena evolución, el Comité recomienda que las escuelas coordinen sus procedimientos de planeación estratégica con los de las universidades.
14. Para responder a los cambios en los papeles y expectativas de los proveedores de servicios en consulta externa, los cuerpos relevantes deberán:
- Rexaminar los procesos de evaluación de las actividades de atención al paciente en las escuelas y asegurar la calidad de la atención.
 - Evaluar nuevas opciones como la eventual participación de las escuelas en programas de reconocimiento de un plan de estudios para sus unidades móviles de atención.
15. Para consolidar y fortalecer el beneficio mutuo de la relación entre universidades y escuelas, cada una de éstas deberá trabajar con su correspondiente institución para:
- Preparar un análisis explícito de su posición dentro de la universidad.
 - Evaluar sus ventajas y desventajas en áreas decisivas, incluyendo: el financiamiento; la enseñanza; el servicio universitario; la productividad en investigación y la superación académica; los servicios al paciente y a la comunidad, así como el manejo interno del cambio.
 - Identificar objetivos específicos, acciones, procedimientos y guías para consolidar sus aspectos sólidos y corregir sus debilidades.
16. Para proporcionar una base al manejo financiero y a las decisiones políticas, cada escuela deberá desarrollar evaluaciones exactas de gastos e ingresos para sus programas de educación, investigación y atención al paciente.
17. Ya que no existe una estrategia sencilla de financiamiento, el Comité recomienda que las escuelas dentales, tanto individual como colegiadamente, evalúen e introduzcan medidas para reducir costos e incrementar ingresos. Cada estrategia potencial necesita estar sustentada en información y proyecciones financieras y educativas sólidas, así como en otras consideraciones, incluyendo las siguientes:
- El incremento de la productividad, la calidad, la eficiencia y lo reddituable de la práctica clínica en la facultad, incluyendo la de estudiantes, y otras actividades de atención al paciente.
 - El apoyo de fondos federales, estatales y municipales para financiar la atención orientada al paciente de pregrado y de posgrado, así como acuerdos contractuales con estados o entidades que carezcan de escuelas dentales y que deseen enviar a sus candidatos a estudiar a otra localidad.
 - El replanteamiento de modelos básicos de ED y la experimentación con alternativas menos costosas.
 - La elevación de las colegiaturas si las vigentes son bajas, comparadas con las de escuelas similares.

- El desarrollo de la investigación y de programas competitivos de educación continua y de alta calidad.
 - La consolidación o fusión de cursos, departamentos, programas e incluso de escuelas enteras.
18. Para evitar la existencia de programas educativos de dudosa calidad y reducir al mismo tiempo los costos administrativos, el Comité recomienda llevar a cabo un esfuerzo sostenido a fin de:
- Extender los recursos y la ayuda dedicada a escuelas con deficiencias significativas, y reducir la carga impuesta sobre aquellas escuelas que sí mantienen los estándares.
 - Incrementar el énfasis en resultados (*outcomes*) educativos más que en requisitos y procedimientos.
 - Desarrollar métodos más válidos y consistentes de calificación del desempeño clínico para fines de evaluación del estudiante, otorgamiento de licencias y para el reconocimiento de planes de estudio.
19. Para mejorar este sistema de regulación estatal de los PD, el Comité recomienda que las asociaciones profesionales y las de especialistas trabajen de cerca e intensamente para:
- Desarrollar exámenes clínicos válidos, confiables y uniformes que obtengan la certificación de los comités de licencias estatales a fin de remplazar los ya existentes y que actúen como complementos a los exámenes del Consejo Dental Nacional (NDBE, por sus siglas en inglés).
 - Acelerar los procedimientos que remplacen la práctica en pacientes *in vivo* por la realizada en pacientes simulados, para evaluar las capacidades de diagnóstico, planeación de tratamiento y habilidades técnicas de tratamiento.
 - Fortalecer y extender los esfuerzos de los organismos estatales y asociaciones para mantener y evaluar periódicamente la competencia de los PD, por medio de la recertificación y otros métodos.
 - Eliminar las barreras que impiden el libre tránsito de los PD entre estados, por medio de la implantación de criterios uniformes en el otorgamiento de licencias.
 - Eliminar estatutos y regulaciones que impiden a los dentistas trabajar con personal auxiliar en esquemas que son productivos y consistentes con su educación y entrenamiento.
20. Debido a que las perspectivas para un futuro con sobre o suboferta de personal odontológico son inciertas, y a que están sujetas a factores impredecibles como el avance científico, los cambios en la política pública y otros desarrollos, el Comité recomienda que las agencias públicas y privadas:
- Aplicuen políticas que mantengan constante el número de alumnos de nuevo ingreso a las escuelas.
 - Fortalezcan los programas que permitan proyectar y vigilar las tendencias en la oferta de personal dental y que analicen la información sobre factores que afecten la necesidad y la demanda de atención a la salud bucal.
21. Para responder a cualquier futura carencia de servicios dentales y mejorar la efectividad, la eficiencia y la disponibilidad de la atención dental en general, los académicos y las autoridades deberán:
- Continuar los esfuerzos para aumentar la productividad de la fuerza de trabajo dental, incluyendo personal dental auxiliar adecuadamente entrenado.
 - Apoyar la investigación para identificar y eliminar servicios dentales innecesarios o inapropiados.
 - Impedir el incremento de estudiantes de nuevo ingreso en las escuelas, a no ser que otras estrategias fracasen al intentar atender las demandas de atención a la salud bucal.
22. Para construir una fuerza de trabajo que refleje la diversidad de la nación, las escuelas deben iniciar o participar en esfuerzos que permitan extender el número de alumnos, académicos y técnicos procedentes de grupos étnicos minoritarios, incluyendo:
- Esfuerzos amplios para aumentar el número de candidatos, por medio de información, asesoría, ayuda financiera u otros programas de apoyo a alumnos en el nivel preuniversitario, universitario y de posgrado.
 - Programas nacionales y comunitarios que mejoren la enseñanza preuniversitaria en

ciencias y matemáticas, especialmente para grupos minoritarios.

Conclusiones

Con la presentación de este documento se deja abierto el campo de discusión para los distintos grupos de la academia odontológica en México, con la esperanza de que se dé un intercambio que enriquezca las propuestas hasta ahora disponibles.¹⁰ Estas propuestas tienen un carácter preliminar para que contribuyan principalmente a crear un diálogo acerca de la ED en México, sobre bases más racionales que las vigentes. Idealmente, una evaluación objetiva de la situación en cuanto a FRH y ED en México debe determinar objetivamente el potencial de los esquemas convencionales y el de los esquemas alternativos que enfrenten eficaz y eficientemente el perfil de morbilidad bucodental en la población general.

La necesidad de plantear bases racionales en la FRH ha sido señalada como uno de los pasos fundamentales al determinar las futuras proyecciones de atención a la salud. Hasta ahora, este tipo de decisiones se han pospuesto, y se ha permitido que la oferta y la demanda libremente se encarguen de regular la cantidad de PD que se forman en México. Esto puede continuar así, pero tal situación ocasiona un enorme desperdicio de recursos financieros ya que, al dejar de planear el número y el tipo de profesionales que precisan la sociedad (en términos de necesidades de tratamiento e idiosincrasia de los usuarios del servicio)¹² y el mercado de trabajo (en términos del impacto y las posibilidades del ejercicio profesional),^{4,5} se produce un fenómeno de concentración: hay demasiados dentistas en las ciudades, quienes atienden a los mismos pacientes, mientras que en otras regiones no urbanas del país y/o en las zonas urbanas marginadas existe un gran sector de la población sin acceso a la atención dental.¹⁰ Aunque no existe una determinación objetiva de la relación dentistas-pacientes por regiones en México, es posible afirmar que el mercado de trabajo profesional y las necesidades de atención a la salud bucodental se manejan en dos planos completamente distintos: a primera vista, se antoja imposible que dos países tan disímiles como EUA y México en cuanto a población -228 millones de habitantes en EUA en 1994; 92 millones en México en 1995- y recursos económicos para acceder a atención dental -el PIB per capita de EUA en 1990 era de 23 400; en México, en 1992 de 3 600 dólares⁻¹³ tengan casi el mismo número

de escuelas dentales (54 en EUA;¹ 52 en México).^{*} En resumen, es un grave error seguir formando clínicos dentales altamente especializados, bajo el único criterio de cantidad, sin considerar su relevancia en el entorno social.

Esta situación ha dado lugar a un recrudecimiento de las contradicciones en el mercado de trabajo. Los informes disponibles^{4,5,10} permiten cuestionar el éxito real del enfoque de ED vigente en la actualidad. Hasta 1996, 67 616 dentistas habían sido registrados oficialmente en México.* Si partimos del supuesto de que todos estos dentistas están aún involucrados activamente en la atención dental clínica, un simple cálculo nos indicaría que la relación directa dentista-paciente es 1: 1 360. Si esta suposición se acercara a la realidad, podríamos pensar que existe un equilibrio razonable entre los proveedores de atención dental y los usuarios del servicio. Pero si no se han satisfecho de forma sensible las necesidades de atención,⁶⁻⁹ ni se ha contribuido a crear una profesión armónicamente relacionada con su entorno laboral,^{4,5,10} es necesario replantear la filosofía bajo la cual se entrena los PD.

En este sentido, ya se han publicado algunas consideraciones como directrices generales para la determinación de los objetivos educativos,¹⁰ y sería razonable añadir los cinco argumentos propuestos en el informe *Dental education at the crossroads* (que aparecen en la primera parte de este artículo), no como un esquema a copiar, sino como un entorno de reflexión acerca de qué partes son susceptibles de transformarse en materia de adaptación, negociación e introducción para una FRH y una ED más apegada a las necesidades reales de la población mexicana.

Las primeras reacciones de los cuerpos académicos, profesionales y reguladores de EUA ante las propuestas del mencionado informe han aceptado la necesidad de emprender reformas al esquema vigente de ED, en particular atendiendo los cambios en el perfil de la morbilidad bucodental de la población, las características de la población usuaria de los servicios y las nuevas condiciones sociales y económicas en las que operarán las escuelas de odontología durante las siguientes décadas.¹⁴

Estas tres consideraciones también deben ser contempladas en el entorno mexicano. Para identificar las

* Dirección General de Profesiones, Departamento de Planeación y Cómputo. Secretaría de Educación Pública, Gobierno Federal. México, 1996. Comunicación personal (por escrito).

respuestas apropiadas al entorno particular de cada grupo, es necesario instaurar un grupo de análisis que, de forma independiente, evalúe las perspectivas actual y futura,¹⁴ partiendo de la premisa de que un ejercicio de esta naturaleza puede aportar una serie de guías para la reflexión y la planeación estratégica, mas no una receta rígida. Si consideramos las circunstancias sociales tan distintas entre los dos países mencionadas con anterioridad, la flexibilidad debe ser el criterio que prevalezca en la evaluación y prescripción de recomendaciones de esta naturaleza para el ambiente mexicano. Aparentemente, el informe ha constituido un marco de referencia y ha sido adoptado en entornos de ED fuera de EUA,¹⁵ con la idea de que representa el documento que influirá más marcadamente en los nuevos rumbos de la ED en los siguientes 20 a 25 años. En el plano histórico, el último informe de esta naturaleza fue emitido en 1961.¹⁶ Ni entonces ni ahora se han dado cambios sin negociaciones, ni se ha partido inicialmente de un consenso que permitiera ajustar fácilmente un aparato tan complejo como un ambiente profesional en el ámbito nacional.¹⁷

Sólo mediante la integración razonada y racional de la odontología con la educación médica y los sistemas de atención a la salud será posible influir en la contención de costos, en el mejoramiento de la atención primaria y en la racionalización de la provisión de servicios por medio de equipos formados por profesionales y personal auxiliar.

Resulta indispensable una profunda reforma en el binomio práctica-educación profesional, a fin de identificar, adaptar e introducir los modelos más efectivos de práctica clínica, asegurando los recursos necesarios para un desempeño adecuado de la ED hoy y mañana. Esta supervivencia depende de demostrar que la ED y la práctica profesional pueden constituir un frente que satisfaga las necesidades de atención bucodental de la población mexicana, mediante un consenso en el ambiente profesional abierto al cambio, a la mejoría y a la evaluación continua.

Referencias

1. Committee on the Future of Dental Education. Dental education at the crossroads. Challenges and change. En: Field MJ, ed. Division of health care services. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press, 1995.
2. Maupomé G. Estrategias para reformar los sistemas de atención para la salud oral: caries dental. *Prac Odontol* 1990;11(5):17-26.
3. Huerta J. La práctica odontológica. Problemas y alternativas. *Prac Odontol* 1992;13(4):13-20.
4. López V, Lara N. Trabajo odontológico en la Ciudad de México. Análisis de la práctica dominante. Temas Universitarios. México, D.F.: Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Xochimilco, 1983:5.
5. López V, Lara N. Trabajo odontológico en la Ciudad de México. Crisis y cambios. México, D.F.: Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Xochimilco, 1992.
6. González M, Cabrera R, Grossi SG, Franco F, Aguirre A. Prevalence of dental caries and gingivitis in a population of Mexican schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:11-14.
7. Maupomé-Carvantes G, Borges-Yáñez SA, Ledesma-Montes C, Herrera-Echauri R, Leyva-Huerta ER, Navarro-Alvarez A. Prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas. *Salud Pública Mex* 1993; 35:357-367.
8. Irigoyen ME, Szpunar SM. Dental caries status of 12-year-old students in the State of Mexico. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:311-314.
9. Dufuo S, Maupomé G, Díez-de-Bonilla J, Hernández-Guerrero JC. Caries experience and treatment-experience in a selected patient population in Mexico City. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:298-299.
10. 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.
11. Kaste LM, Gift HC. Inappropriate infant bottle feeding. Status of the healthy people 2000 objective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149: 786-791.
12. Entwistle BA. Are we creating socially responsible dental professionals? *J Dent Educ* 1992;56(2):109-111.
13. Microsoft Bookshelf '95. The World Almanac and Book of Facts 1995. Roselle (IL): Microsoft Corporation, 1995.
14. Gershon J. Present at the creation: Perspectives of the IOM report. *J Dent Educ* 1996;60(11):876-878.
15. Tedesco L. From recommendations to reality: Educators respond. *J Dent Educ* 1996;60(11):879-882.
16. Hollinshead BS. The survey of dentistry: The final report. Commission on the Survey of Dentistry in the United States. Washington, D.C.: American Council on Education, 1961.
17. Nash D. The cultural wars are not imaginary. *J Dent Educ* 1996;60(11):891-894.