

REFLEXIONES PARA RESPONDER A LA SALUD ORAL DE LA COMUNIDAD VENEZOLANA 2003

**Luis Alonso Calatrava O. Decano Facultad de Odontología Universidad Santa María.
Profesor Titular (J) Universidad Central de Venezuela**

Resumen

La necesidad del adecuado acceso de todos los individuos al tratamiento odontológico es un importante punto de discusión en nuestra comunidad. La capacidad de responder exitosamente a estas demandas varía de manera considerable en los diferentes estratos sociales. Innumerables personas no tienen oportunidad de recibir tratamiento, educación para la salud ni programas de seguridad social. Se ha reconocido que la promoción de salud general, junta con la salud oral como componente integral y la educación como la llave de éxito de una sociedad productiva. Adicionalmente también se discute el uso de personal auxiliar y el rol de las universidades en el futuro de la odontología en Venezuela.

Palabras Clave: Salud para todos. gente sana en comunidades, personal auxiliar. docencia odontológica.

Abstrac

The need for all individuals to access appropriate oral health care is extremely important within our community. The ability to successfully deliver the care, however varies considerably in different social classes. Many individual in our country do not have access to modern treatment approaches, to current information or support in order to establish appropriate model of care. The promotion of general health, -'ith oral health as integral component, has been recognized together with education as the key for a successful and productive society. This article also will discuss the dental hygienist use and university role in the future of dentistry in Venezuela.

Key word: Health for all, Healthy people in communities, assistant, dentistry teaching

INTRODUCCIÓN

Las mejoras en el estado de la salud de la población están influenciadas por factores económicos y sociales, entre ellas la promoción de áreas como el empleo, nutrición, educación y ambiente; más aún, también es importante el desarrollo de la máxima capacidad humana y la productividad. Por lo tanto la prestación de servicios de salud debe considerarse como una inversión importante en capital humano, factor crucial para el progreso de los países en el mundo globalizado. Los mecanismos de ajuste de la economía y la desocupación de los últimos tiempos en nuestra nación han provocado un deterioro de los servicios de salud, que unidos a la falta de la toma de decisión en el área de la seguridad social, vienen provocando una creciente injusticia en el acceso

a los servicios. En ese escenario las clases sociales de mayor poder adquisitivo han podido acceder a todos los beneficios de la odontología privada de la mejor calidad, que no es inferior a la de los países desarrollados, y los grupos menos favorecidos en cambio, sólo tienen elección si acaso a los servicios públicos, la mayoría de las veces insuficientes de recursos humanos y sin los insumos básicos, ni actualizados. Para disminuir estas inequidades en materia de salud y la profunda crisis de liderazgo y organizativa del sector, es preciso generar cambios que permitan equidad, solidaridad, universalidad y participación. De allí que el mayor empeño en la formación de recursos humanos de las universidades venezolanas debe ser formar líderes que apoyen éste necesario proceso de reforma, dando respuestas ciertas a los desafíos de la hora.

Paralelamente nos ha tocado presenciar un impetuoso advenimiento de avances en la odontología científica y una extraordinaria incorporación tecnológica que ha hecho posible excelentes tratamientos y optimizar la calidad de vida de las poblaciones. Sin embargo, sabemos del mismo modo que la mayoría de las enfermedades odontológicas, las mas prevalentes, son prevenibles en el nivel individual, traducidos en modificaciones de la conducta, orientándolas hacia estilos de vida saludables, en ambientes familiares, sociales y culturales propios de la modernización. Estos contenidos serán el aspecto central de esta discusión.

FAMILIA SANA EN COLECTIVIDADES SALUDABLES

No hay duda que Venezuela, necesita elaborar metas nacionales cuantificables para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales en los próximos 20 años, que incluyan el desarrollo de políticas de salud, creación de alianzas estratégicas, apoyo político y un gran fortalecimiento de los procesos de recolección de datos. Por eso los complejos patrones epidemiológicos venezolanos exigen acciones integradas de la docencia, servicio y gremio, diseñadas para la acción conjunta en asociaciones, comunidades, familias e individuos.

Estas metas no son otra cosa que la renovación del objetivo SALUD PARA TODOS, incluyendo equidad en salud, solidaridad, redoblando compromisos, estimulando la imaginación, consolidando esfuerzos e incrementando los recursos. (PuentesMarkides et al. 1999). Todo esto teniendo una visión de salud en la cual su consecución es por todos y para cada uno de los habitantes del país.

Desde hace muchos años se sabe que la pobreza y salud están vinculadas, siendo evidente que los pobres tienen mas problemas de salud. Igualmente debemos estar al tanto que los desarrollos tecnológicos solos, no mejoran la salud. Así lo refiere Moritsuga, K, citado por Sarchen D en el discurso centenario de la Oficina Panamericana Sanitaria (OPS), Enero 2002 : "Los antibióticos no tratan las diferencias en salud y las vacunas no previenen los partos prematuros de la muerte al nacer, ni los equipos sofisticados mejoran el acceso a los servicios básicos de salud. No son la pobreza y los sistemas de salud solos. Es una mezcla de políticas, programas y desarrollo económico particular de cada región"

En el caso de Venezuela por los abundantes recursos producidos por la renta petrolera, en el pasado se fortaleció la figura de "papá" Estado; no obstante actualmente se ha tratado de desarrollar una nueva relación entre Estado y población en un intento de rectificar algunas de las fallas. Dentro de esa perspectiva, se plantea que los problemas colectivos son responsabilidad del colectivo mismo, es la propia sociedad que identifica sus problemas, construye las posibles soluciones y medios de colocarlas en marcha. En esta perspectiva el Estado retoma su verdadero rol de rector de la actividad de la comunidad, de satisfacer al máximo las necesidades de la sociedad que participa y genera acciones orientadas en su propio beneficio.

Es importante destacar en este contexto la obligación que el ser humano y su entidad tienen como responsabilidad sobre su salud, contribuyendo precisamente a mejorar el nivel general, que permite una mejor distribución de los recursos ya que se disminuye o elimina el gasto en aquellas situaciones que pueden ser prevenidas.

Rasgo importante es confirmar la ya conocida notable relación entre salud oral y enfermedades sistémicas por lo que es esencial que estimulemos a que los médicos y odontólogos iniciemos y/o profundicemos una mayor relación para el manejo óptimo de pacientes. La separación histórica de la profesión médica y odontológica ha provocado que la mayoría de los médicos y enfermeros tengan un conocimiento limitado de la cavidad oral. El objetivo final es que los profesionales de la medicina y la odontología colaboren, favorezcan, patrocinen un enfoque integral para prevenir las enfermedades orales, de manera de mejorar la salud general y la calidad de vida de nuestros pacientes.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la utilización de los servicios de salud inciden una serie de factores predisponentes tales como edad, sexo, educación, actitudes y conocimientos, y agentes adicionales como el presupuesto, lugar de residencia, distancia y tiempo de viaje al lugar de servicio, además de las características individuales del individuo (Anderson y Newman citados por Ekanayaki et al., 2001).

En la mayoría de los estudios sobre los servicios de salud también se hace mucho énfasis en temas de gran importancia como son el financiamiento, tecnología, etc, y se obvia al usuario a quienes están dirigidos los servicios, actor principal del sistema, quien debe impulsar algunas de las correcciones del sistema mismo, exigiendo mayores niveles de información, de atención expedita, de calidad de comodidades básicas y de elección, y mayores opciones.

EL PREESCOLAR COMO USUARIO

En la Universidad de Michigan (2002) su publicación anual enfatiza la labor que realizan en Servicios Comunitarios, priorizando a preescolares, en una docena de localidades a través de todo el estado; en el último año destacan que sirvieron mas de 3700 horas en las comunidades. Afirman que están revisando y desarrollando guías específicas de cómo deben tratarse los niños preescolares en esos programas especiales en la comunidad. Otros autores han señalado que aún en países del primer mundo, ha fallado la efectividad para prevenir la caries dental en proporciones significativas en niños pre escolares. Confirman que no hay duda que este período es crítico para el desarrollo de la salud oral, y el esfuerzo para promover la salud debe ser particularmente en las madres. (Watt et al. 2001).

Agregan los artículos que muchas proposiciones tradicionales se han implementado aisladas de otros programas de salud, que han provocado una duplicación de esfuerzos o peor aún mensajes contradictorios al público. El punto central del esquema que proponen emerge de las necesidades acumuladas, enfocando a la nutrición como tema de mayor interés, identificando los responsables de los programas entre los representantes, sensibilizándolos y motivándolos. Reconocen que el conocimiento sobre la dieta y practicas de salud oral no son consistente con las prácticas diarias que realiza la población, por lo que es necesario identificar las barreras de esta situación. Recomendán que es necesario entusiasmar a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para que participen en los programas. Finalmente recomiendan asociarse a los padres para obtener aspectos cruciales preventivos. En ese sentido hace más de un año se creó en

la facultad de odontología de la Universidad Santa María, (USM) promovida por el Dr. Benjamín Gómez Herrera la Clínica del Bebé.

Al estudiar los preescolares en Maracaibo, Venezuela y relacionarlo con el estrato social Zambrano et al. (2000), se puede evidenciar una tendencia al logro de las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el cual se establece que mas del 50% de los niños de 5 a 6 años de edad deben estar libre de caries; sin embargo el índice c.e.o.d. mostró mayor prevalencia de la enfermedad en el estrato social bajo. Los padres encuestados en un 89.9% manifestaron que sus hijos no habían recibido tratamiento preventivo.

Al publicar los indicadores epidemiológicos de caries en niños en el Municipio Sucre del Estado Miranda, Acevedo, A (2000) señala que el CPOD fue de 3,42, considerado de leve a moderado. Al compararlo con datos de la región capital (Acevedo,A et al ,2000) refiere que son similares (3,22). Concluyen que la disminución de la caries dental observada pudiera estar asociada a la utilización de pastas dentales fluoruradas, ya que no existe ningún programa preventivo masivo contra la caries dental en el momento del estudio. También ratifican que la actitud de la madre, correcto amamantamiento y las normas de cepillado dental varían de acuerdo a la clase social, por lo tanto deben considerarse al asociar la enfermedad a los factores sociales predisponentes.

EI ADOLESCENTE COMO USUFRUCTUARIO

Un estudio realizado en un país en vías de desarrollo señala que la utilización de los servicios dentales fue baja en adolescentes y fue relacionada a razones sintomáticas. Concluyen que las sugerencias sobre el uso y la importancia de los controles regulares aumenta la utilización de los servicios. También Freeman (1999a) señala que en los adolescentes las barreras para asistir a un consultorio dependen del desarrollo psicológico, expresando que es necesario que el odontólogo reconozca que estas barreras existen, y su deber es ayudar al paciente a que cumpla las citas y acepte el tratamiento.

Afirman Acevedo et al. (2000) que en la región capital de Venezuela la disminución de la caries es estadísticamente significativa en la población de 15 años, al comparar su muestra con estudios previos. El porcentaje de libres de caries en ese grupo etario fue de 21.6%. Sin embargo, no existen campañas especiales para este sector de la población en el país.

Los grupos étnicos son diferentes en su morfología dento-facial. McLain y Proffit han señalado que " los problemas oclusales...no pueden definirse solamente en términos físicos". Las consecuencias psico-sociales de una estética inaceptable debe considerarse como mas seria que un problema estético.

Los problemas de malposiciones dentarias y la corrección de las deformidades relacionadas es un área de gran demanda por el público, excediendo en nuestro país el número de pacientes afectados, para la capacidad de los especialistas existentes para cubrir las necesidades en diferentes estratos sociales. La ortodoncia se ha convertido un área de interés para muchos odontólogos generales y de los alumnos de pregrado; sin embargo de manera general es un área que sorpresivamente le dedican universalmente poco tiempo en los planes de estudio tradicionales. Bertolami (2001) cita un estudio del año 99 de la Asociación Dental Americana que refiere que la ortodoncia ocupa sólo el 3 por ciento de toda la instrucción de ciencias clínicas.

También Burden y colaboradores (1998) mencionan un reporte de la Sociedad Británica de Ortodoncia que concluye: el conocimiento que los odontólogos generales tienen de la ortodoncia es pobre para la decisión cuando referir a los especialistas para tratamientos.

Señalan que el 30 % de los tratamientos en pacientes de 16 años necesitaban tratamiento por maloclusiones severas (edad donde ya debiera estar culminado), y la mitad de ese grupo nunca recibió consejo de su odontólogo general; además, niños sin necesidad de tratamiento se refieren al ortodoncista, lo que dificulta el acceso de aquellos que verdaderamente tienen necesidades.

No hay duda que los estudiantes deben recibir una mezcla de experiencias clínicas que reflejen los requisitos de una práctica general. El nivel de experiencia debe ser lo suficientemente extenso que permita que los graduados inicien su práctica con seguridad. No hay dudas que existe una necesidad de reforma en el currículo en el área de ortodoncia para responder a los avances científicos, las necesidades demográficas y los cambios en la sociedad que han aumentado la demanda de tratamiento en esta área de la profesión. Se debe tempranamente profundizar el área de diagnóstico clínico y por imágenes (cefalométrico), realizar tratamientos sencillos, profundizar sobre el momento de la referencia, cuando sea necesaria al especialista. En esa idea trabaja el Departamento de Crecimiento y Desarrollo de la USM.

EL ADULTO COMO PACIENTE

Es bien conocido que la mayoría de los pacientes adultos son irregulares en sus citas periódicas. Schou L. (2000) refiere un estudio realizado en 2500 hombres y mujeres adultas que mostró que las citas regulares dentales están asociadas con una condición de salud superior, mientras que los controles médicos frecuentes están asociados con salud inferior. Así mismo al tratar la relación odontólogo paciente en Inglaterra, Freeman (1999) agrega que hay una tendencia en los expertos a minimizar las preocupaciones del paciente, concentrándonos en materias profesionales y clínicas. Este aspecto comienza desde la universidad, donde el proceso de profesionalización produce que obtengamos el conocimiento científico, poder y autonomía característica de cualquier profesional, pero con escasa sensibilidad social.

Cushing et al. (1986) al referirse al índice de impacto social de la enfermedad dentaria (adultos) señala como factores de estudio: la incomodidad en un 50%; dolor 26%; insatisfacción con la estética 20%; restricción en la comunicación 15% y restricción alimentaria 14%. También se ha publicado que existe una correlación entre salud bucal / calidad de vida de la población adulta; los puntos en común estudiados son: dolor, alimentación, apariencia/ estética, comunicación, relaciones sociales, incomodidad y habla, lo que permite ratificar que debemos estar más conscientes de las necesidades de la población y considerar el impacto de la salud bucal en los programas de salud

Los objetivos al año 2000 planteaban en la población de 18 años era de 85% con dentición completa; a los 35 a 44 años, 50% de reducción en nivel de pacientes edéntulos. Las sugerencias planteadas para el año 2025 incluye a los 18 años sin dientes perdidos por caries y entre los 35-44, el 99% de la población con más de 20 dientes. (Kelman, M. 2000). Evidentemente Venezuela no cumplió con esta meta.

LOS ADULTOS MAYORES COMO BENEFICIARIOS

Los organismos internacionales se están preparando para el impacto de un mundo que envejece, recolectando información y proponiendo políticas para resolver los problemas de la población adulto mayor. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población global del mundo está en aumento en un promedio anual de 1.7 %, mientras la población de 65 años o más crece a un porcentaje de 2.5%. Las Naciones Unidas estiman que para el año 2050 los mayores

de 80 años serán cerca del 20% del total de la población (Berkey et al., 2001). Por eso desde 1995 tanto en el post grado como el pre grado de la USM la Profesora Dafna Bzroza coordina un importante programa de odonto geriatría.

Los cambios en la demografía de la población y su estado de salud ratifican que existe una correlación entre salud bucal / calidad de vida en el adulto mayor, y los puntos en común mas estudiados son: dolor, alimentación, apariencia/ estética, comunicación, relaciones sociales, incomodidad y fonación, lo que permite confirmar que debemos estar mas conscientes de las necesidades de la población y considerar el impacto de la salud bucal en los programas de salud oral asociados al aumento de la población adulto mayor que ha originado la necesidad de servicios para ese sector de la población, por la disminución del edentulismo y disminución de la perdida de dientes, con un aumento de demanda de trabajo por el aumento de dientes en riesgo. Igualmente la capacidad para dar respuestas estará afectada por la obligación de brindar una práctica de manera mas efectiva.

Es cierto que un odontólogo no es el profesional que tratará un paciente con enfisema, un problema cardíaco o insuficiencia renal, pero si debe tratar pacientes adultos mayores con problemas bucales que poseen esas condiciones. El entrenamiento en medicina interna tiene mayor relevancia y nos ayudará a tratar a las personas y no solamente realizar procedimientos. Plantea Baum del Instituto Nacional de Investigaciones en Bethesda, USA que los educadores dentales, la odontología organizada y los odontólogos clínicos tienen que escoger: se dedican o evitan esta influencia. Añade, somos irrelevantes o una profesión secundaria entre las profesiones de la salud, si entrenamos estudiantes que estarán obsoletos durante su ejercicio profesional. (Baum, BJ., 2003)

La depresión en los adultos mayores se ha definido con un problema de salud pública en países desarrollados. Su identificación temprana por el equipo de salud odontológico en nuestros pacientes es una manera de mejorar la calidad de vida y el mantenimiento de niveles óptimos de función e independencia de los adultos mayores. (Friedlander, AH and IK; Gallas, M and Velasco E., 2003) También señalan Mersel y Perets (2003) que los programas educacionales deben influenciar los problemas de conducta, psico-sociales, en el manejo de los pacientes geriátricos.

RESPUESTA DEL EQUIPO DE SALUD BUCAL

Los odontólogos tienen un rol dual como profesionales. Deben enfocarse en una correcta salud oral de sus pacientes y al mismo tiempo, tienen que organizar su práctica, procedimientos administrativos, manejo de personal, compras, planificación de finanzas y organización del proceso del trabajo.. La manera como el odontólogo cumple estos roles no se enseña generalmente en las facultades de odontología. (Bruers et al., 2003)

Un Foro convocado por Colegio de Odontólogos de Venezuela sobre el Presente y Futuro de la Odontología en Venezuela (2002) concluyó al tratar la proyección que queremos como gremio en relación al personal auxiliar, que se debe promover el desarrollo y su capacitación, aupando la delegación de funciones de la Higienista Dental, destacando que este personal es factor fundamental en el proceso masivo de atención odontológica, ratificando que en ningún caso podrá ejercer sin supervisión del odontólogo.

Un grupo de investigadores de la Universidad de Nijmegen en Holanda ha nuevamente ratificado que aumentar el número de odontólogos y estimular los aspectos de educación en salud oral a la población, no es la opción. La alternativa que proponen es la utilización de personal auxiliar que asuma los cuidados básicos y se integre dentro del programa de educación primaria en salud.

Reconocen que no hay prioridad en los organismos de toma de decisión de políticas, en relación al área odontológica. Añaden que es importante abordar las demandas de las comunidades con tratamientos que utilicen tecnología sencilla, cambiando a estrategias de prevención.

Entre las prioridades numeran: exposición de flúor, educación para la salud y tratamiento restaurador atraumático (ART), (utilización de vidrio ionómero IX) describiendo esta situación como un cambio para adecuarse a los principios de Atención Primaria, lo que implica más énfasis en la promoción de salud oral en la comunidad y en el caso de la intervención, involucrar la atención de mayor número de casos sin tratar. También afirman que no existe un programa de aplicación universal, por lo que cada país debe desarrollar programas de acuerdo a sus propias necesidades y sus estructuras de salud. Además reconocen que en el pasado los programas han fallado debido a los problemas logísticos y financieros.

El higienista dental es una profesión que se origina a principios de siglo en USA, seguidos por Noruega en 1924; Reino Unido en 1943; Japón en 1988 y Canadá en 1949. En la odontología venezolana en el Colegio de Odontólogos de Venezuela a principios de los años 50 fundados por el Dr Luis La Rosa W., se inician los cursos de Higienistas Dentales. La gran expansión de estos cursos ocurren en el mundo entre 1950 y 1974. En la profesión predomina el sexo femenino y en los 19 países estudiados las mujeres constituyen el 97 % de esta profesión. (Tabla I)

Al tratar el perfil internacional del Higienista dental, (Johnson, P, 2001) se ha dicho que existen variables evidentes en términos de número, distribución, conducta de la fuerza de trabajo, remuneración y trabajo determinante. La gran mayoría trabaja en el área clínica, con excepciones de aquellas que trabajan en educación para la salud y/ o maestros. Los aspectos clínicos que realizan incluyen: revisión de la historia médica y examen de los tejidos blandos, tejidos duros y examen radiográfico (en 14 de los países estudiados); toma de signos vitales, exámenes de diagnóstico, toma de impresiones (16 países); higiene oral, aplicación de flúor; remoción de manchas, cálculo supra y sub-gingival e irrigación subgingival. La colocación de bandas ortodóncicas en la mitad de los países estudiados y colocación de anestesia en 7 países (Canadá, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Nigeria, Suecia y Reino Unido).

De manera general el trabajo concluye que las responsabilidades son remarcablemente similares, agregando que existe una homogeneidad en la profesión de higienista dental alrededor del mundo. Por lo anterior, podemos deducir que se puede apreciar que el papel del higienista dental está en aumento en el mundo entero, debido mayormente al reconocimiento de su rol para lograr objetivos importantes en la salud oral, preventiva, promoción y control.

El reconocimiento del higienista dental ha sido lento a partir de los años 50, constituido por un universo predominantemente femenino. En Venezuela la Ley de Ejercicio de la Odontología aprobada el 10 de agosto de 1970, aún vigente, en su artículo 10 expresa que se pueden delegar intervenciones de odontología simplificada a las higienistas dentales, a saber. técnica de cepillado, tartrectomías, aplicaciones de medicamentos anticariogénicos, toma de radiografías y obturaciones dentarias. Estos oficios no constituyen profesionales independientes, sino actividades delegadas y subordinadas directa y exclusivamente a los odontólogos. La higienista dental no es un profesional independiente, y ante la situación socio económica y epidemiológica es una excelente contribución positiva en los programas preventivos.

A este momento debemos admitir que la transición tiene que comenzar con el odontólogo, que reconozca el rol del higienista como base de su práctica, y como factor importante en la organización y administración de los consultorios. Por ello es necesario que en los programas de educación permanente se incluyan el odontólogo y el higienista dental para aumentar su

rendimiento, cobertura y calidad dentro de una práctica enmarcada en la ética y legislación venezolana.

	Habit. Millones	Expect. Vida Años	Odont.	Higienista	Asist. Dent.
Reino Unido	59	76.5	27.957	3615	27.000
Australia	18.7	76.5	8.500	420	10.500
Japón	126	79	85.518	56.966	135.212
España	39	79	15.638	15.000	30.000
Alemania	82	76.8	62.277	100	120.000
U.S.A.	270.3	75.9	149.350	72.420	150.000

Tomado de Berkley et al. An aging world: Facing the challenges for dentistry. Int Dent J 2001

RESPUESTA DE LA UNIVERSIDAD

Para incorporarnos exitosamente a este siglo, los educadores y la comunidad odontológica necesitan llegar a propuestas comunes y acuerdos para lo cual se debe comprender que el escenario es diferente. Debemos aceptar que las transformaciones ocurridas en el sector salud no se reflejan de manera positiva en el desarrollo de las condiciones de vida y en la forma de promover con equidad mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones. Además, estamos obligados a expresar preocupación por la manera como los equipos de salud continúan adoptando formas de ejercicio profesional, subordinados a los mecanismos de mercado, no aplicables directamente en el campo de la salud.

Un autor finlandés recientemente reafirmó que el nuevo currículo dental debe introducir el concepto de "médico oral", para ilustrar al profesional del futuro entre otras especialidades médicas. Añadían que se dedica mucho tiempo a entrenamientos en maniqués en el laboratorio, cuando sin subestimar las destreza, es necesario mayor conocimiento de clínica médica. (Meurman, JH, 2003)

Del mismo modo tenemos que enunciar que el futuro de la educación dental se conforma por factores científicos, tecnológicos, políticos y económicos que están fuera del control de la profesión. Sin embargo, los educadores dentales, individualmente y colectivamente tienen un importante rol. Bien pueden promover el status quo, un camino al estancamiento, de eventual declinación, o alternatively un camino más difícil: replantearse y renovar su misión de educadores, investigadores y de la práctica profesional, ser más visibles en la universidad y en la comunidad, lo que necesita de mas vigor, reformas y nuevos valores y objetivos.

Se debe comprender que el problema de la reforma de la educación dental no tiene consenso o dirección para el cambio, aún cuando hay amplios acuerdos en relación a la problemática existente. Winning and Townsend (1998) en un artículo en la Revista Europea de Educación Dental plantean que con pocas excepciones, la ola de cambios en la educación dental ha sido

lenta hasta recientemente. En los últimos 70 años existen amplios reportes de los problemas de los currícula tradicionales, incluyendo planes de estudios sobre- saturados y de limitadas relaciones entre las ciencias básicas-clínicas y las ciencias sociales, que lleva a que los alumnos tengan poca oportunidad de incorporar conceptos que mejoren la comprensión de su sociedad, así como a desarrollar un pensamiento creativo necesario para el aprendizaje durante toda la vida. Además nos vemos obligados a recordar que el profesor tradicional rechaza cualquier proyecto de delegación de funciones y las actitudes que genera en el estudiante son las mismas que él posee: el éxito profesional solo es medido en función del lucro que produce el ejercicio privado.

La incorporación de los métodos basados en evidencia en los programas de pre y post grado aseguran que exista un mejor juicio. Niederman y Badovinac (1999) en una Editorial de la Revista de Investigación Dental plantean que los procesos basados en tradición y los basados en evidencia ofrecen paradigmas complementarios al momento de la toma de decisión. Señalan estos autores dos aforismos que nos sirven para reflexionar en esta área: "Buenos juicios vienen de la experiencia y la experiencia viene de malos juicios" y "Toda mejora requiere cambios, pero no todo cambio es una mejora"

En nuestro medio la Asociación Venezolana de Facultades de Odontología ha planteado como punto de partida para los cambios del modelo educativo vigente que es necesaria la participación colectiva, el sentido de pertenencia, la construcción de un nuevo paradigma que requiera la legítima incorporación de todo el colectivo institucional.

Alejandro Mijares (2001) , Jefe del Departamento de Práctica en Salud de la Facultad de Odontología de la Universidad Santa María, al tratar la "Odontología y la Globalización" expresa "el camino es utilizar el conocimiento científico y técnico y ponerlo al servicio de la humanidad, con un amplio sentido social, respetando siempre la dignidad y libertad de los pueblos". Estos argumento propician a generar cambios profundos en los sistemas educativos que conduzcan a formación de renovados recursos humanos.

El V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, en su ponencia sobre "Determinantes Sociales Relacionadas con las Enfermedades Bucales" (Mena y Córdova, 2000) concluyeron que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social debe ser rector, coordinador y le corresponde profundizar las relaciones con la universidad y gremio para hacer investigaciones pertinentes a la problemática de salud de las comunidades; además la universidad debe darle respuesta a la problemática de salud en las comunidades, partiendo de la integración con los servicios e incidir en la interacción entre ciencias sociales y ciencias básicas en la búsqueda de la acción en salud. Por todo lo anterior, debemos asumir un enfoque multifactorial y una red de comunicación global que provoque una apertura de las organizaciones. De allí el origen de la reciente constitución de la Red de Salud Bucal de América Latina,(2002) de la cual tuve el honor de haber sido invitado en noviembre 2002 para su creación y promoción por la organización Panamericana de la Salud.

También es importante una vez más ratificar que el futuro de la odontología esta en manos fundamentalmente de los profesores que son responsables de formación de los profesionales y por lo tanto tener presente el planteamiento de Morris et al. "La Educación Dental simplemente no puede continuar produciendo profesionales de hoy con un currículo de ayer, para servir a las necesidades del mañana" (citado por Campos A et al.,1998).

El educador de este milenio tiene enormes compromisos ya que tiene la obligación de colocar al estudiante en la opción de ser el guiador de su auto aprendizaje, de hacer el acto de enseñar una

posibilidad para el desarrollo del pensamiento y del crecimiento humano, y no centrado en sus clases magistrales.

De manera de estimular esta actitud en el alumno, que refleje independencia, enfoque científico, cooperación interdisciplinaria y aprendizaje durante toda la vida, un aspecto importante del currículo es exigir al alumno una participación activa de manera que acepte la responsabilidad de su propio aprendizaje. (Haanaes, HR and Stenvik, A, 2003)

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo AM Indicadores epidemiológicos de caries dental en una población de bajos recursos en el Municipio Sucre, Estado Miranda, Venezuela Rev Venez Inv Odont 2000; 1(1):55-58

Baden, J (1995) Dental Education at the Crossroads. Summary. J. of Dent Educ. 59(19):7-15

Baum, BJ. Can biomedical science be made relevant in dental education? A North American perspective. Eur. J. of Dental Educ. 2003; 7(2):49-55

Berkey, Dmeckstroth, R and Berg, R An aging world : facing the challenges for dentistry. Int Dent J 2001; 51:177-180

Bertolami, CH N. Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence and patient demand for treatment: form vs. content J of Dent Educ. 2001; 65(8):725-735

Bruers JJM, van Rossum, Felling AJ; Truin HJ and van'tHof. Business orientation and the willingness to distribute dental tasks of Dutch dentists. Int Dent J 2003;53:255-263

Burden, DJ Garvin JW y Patterson CC. Pilot study an orthodontic treatment need undergraduate student satisfaction with teaching in Leeds, UK and Marburg, Germany. Eur J Dent Educ 1998; 2:165-171

Campos A et al. Curriculos de graduación en odontología: generalistas versus especialistas. Fola/ Oral 1998; 4(13):170

Colegio de Odontólogos de Venezuela. Presente y Futuro de la Odontología Venezolana. Venez Odont 2002; 55 (1):8-9

Cushing et al. Indice de impacto social de la enfermedad dentaria Community Dent Health 1986; 3:3-17

Ekenayaki, L; Ando, Y and Miyazaki, M Patterns and factors affecting dental utilization among adolescent in Sri Lanka. Int Dent J. 2001;51:353-358

Freeman, R. Barriers to accessing dental care: patient factors. Brit Dent J. 1999a; 187:141-144

Freeman R Reflexions on professional and ¡ay perspectives of the dentist-patient interaction Brit Dent J. 1999b; 186:546-550

Frienlander A and Frienlander IK, Gallas, M and Velasco E. Late-¡ife depression: its oral health significance. Int Dent J. 2003;53:41-50

Haanaes, HR and Stenvik, A. Integrating medicine into dental education Eur. J. of Dent Educ. 2003; 7(2): 84-85

Jhonson PM International profiles of dental hygiene 1987 to 1998: a 19 nation comparative study. Int Dent J. 2001, 51:313324

Kelman, M. La importancia en salud pública de los objetivos globales para salud oral. Mimeografiado 2001.

Mijares, A. La odontología y la globalización Venez. Odont. 2001; 54(1-2):7-8

Meurman, JH. Impact and integration of biological sciences and clinical medicine on dental education. Clinical medicine in dental education. Eur. J. of Dent Educ. 2003; 7(2):85-86

Mena A Cordova Y. Determinantes sociales relacionadas con las enfermedades bucales Rev Venez Inv Odont. 2000;1(1):4951

Mersel, A and Peretsz, B. A behavioural approach in the treatment of elderly patients: a new philosophy. Int Dent J. 2003; 53(1):51-56

Niederman, R and Badovinac R. Traditionbased dental care and evidence-based dental care. J. Dent Res 1999; 78(7): 1288-1291

Paleslein W and Mikx, F. Priorities in oral health care in on. EME countries. Int Dent J. 2002; 52:334

Puentes-Markides, cMaicse D. and Granthon M. Gente sana en comunidades saludables: la visión de salud para todos en los Estados Unidos de América. Rev Panam Salud Pública 1999; 6(6):430-434

Satchen D. Discurso en el Centenario de la OPS Rev Panam de Salud Pública. 2002; 7: Editorial

Schou, L. The relevance of behavioral sciences in dental practice Int Dent. J. 2000;50:324-332

Watt, RG, Munday P. and Plenley W. The development of a national oral health promotion program of pre school children in England Int Dent. J. 2001; 51:334-338

Winning, TA and Townsend GC. Problem based curriculum and dental education: facilitating change for teachers and learners. Eur. J. of Dent Educ.1999; 2:143-148

Zambrano OR; Navas RM Hernández N. Rivera LE; Moron AV y Rojas TT. Caries Dental en niños preescolares, su relación con el estrato social y los cuidados de salud bucal. Rev Venez Inv Odont 2000; 1(1):16-21