

La odontología social para el siglo XXI. Social dentistry for the 21st century.

Nubia Maricela Chávez Lamas, María del Carmen Gracia Cortés, Jesús Rivas Gutiérrez
Correo electrónico: rivasgutierrez@hotmail.com



Resumen

El devenir histórico del origen de las escuelas de odontología está fuertemente ligado a las escuelas y facultades de medicina humana, tan es así que su origen se remonta a ser consideradas como anexos a ellas. Curricularmente fue igual, se tomaron asignaturas y contenidos propios de la formación del médico general y posteriormente, con el surgimiento de nuevos pensamientos críticos y sociales, la odontología empieza a tomar otro matiz paradigmático y se replantea su fundamento con la idea de un servicio con características sociales y más enfocado a la atención integral, preventiva y de servicio, desafortunadamente la fuerza del contexto capitalista, neoliberal, comercial y elitista envuelve a esta profesión médica y la convierte en un producto disponible para el mejor postor.

Palabras clave: odontología social, historia, escuelas y facultades.

Summary

The historical evolution of the origin of dental schools is strongly linked to the schools and faculties of human medicine, so its origin goes back to being considered as annexes to them. Curricular was the same, subjects and contents of the training of the general practitioner were taken and later, with the emergence of new critical and social thoughts, dentistry began to take another paradigmatic mathematic and rethinking its fundamanto with the idea of a service with characteristics social and more focused on comprehensive care, preventive and service, unfortunately the strength of the capitalist, neoliberal, commercial and elitist context involves this medical profession and makes it a product available to the highest bidder.

Keywords: social odontology, history, schools and faculties.



Introducción

Los tiempos actuales que día a día manifiestan cambios sociales, económicos y políticos, plantean la necesidad de construir y atender nuevos paradigmas para entender la realidad que se presenta a las nuevas sociedades contemporáneas. Los cambios y las políticas económicas y sociales de este mundo globalizado acercan y alejan al mismo tiempo todo, el conocimiento, la riqueza, las costumbres y hasta la forma de enfermar y de ofrecer los servicios de salud.

Para ello se hace necesario impulsar e interiorizar la filosofía social contextualizadora de un servicio médico que realmente cumpla su propósito de restaurar la salud bucodental de la población sin pensar ni privilegiar el estatus económico y social del solicitante del servicio. En ese sentido, para entender de una forma más completa de que se está hablando, recorreremos el devenir histórico que la odontología ha tenido en Latinoamérica y México.

Nuestro país, al igual que muchos más en América Latina, han tenido una historia similar en lo referente al surgimiento de escuelas del área de la salud, en particular, la creación de escuelas para formar recursos humanos en el área de la odontología, han nacido como anexos o incorporaciones a las escuelas de medicina humana, lo que ha originado que sus inicios hayan sido dependiente de las políticas educativas de estas escuelas que les dieron origen y su paso, crecimiento e independencia administrativa también fuera lento. En la Ciudad de México la odontología surge en 1904 como el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental anexo a la escuela de medicina, con el paso del tiempo, este consultorio evoluciono y se convirtió en la Escuela Nacional de Odontología de la UNAM; posteriormente en 1923 surge la Escuela de Odontología en Yucatán a la

adscrita Universidad Nacional del Sureste y a partir de 1930 surgen otras, una de ellas en Guadalajara, otras en Nuevo León y Puebla, esta situación, que se origina en las escuelas públicas motiva a que con el paso del tiempo la educación odontológica surja en instituciones educativas privadas y a mediados de los años 30's aparezca la primer escuela de odontología en una universidad privada que fue la Universidad Autónoma de Guadalajara.

Posteriormente, en 1946 nace en la Universidad de San Luis Potosí la escuela de estomatología y a partir de los años 50's surgen otras cuatro escuelas más en las Universidades de Michoacán, Tamaulipas, Tabasco y Veracruz. Entre 1961 a 1970 se crean las respectivas escuelas de odontología en Torreón, Zacatecas, Estado de México, Campeche y Nayarit con lo cual para ese tiempo ya existían quince escuelas en universidades públicas y una en una universidad privada formadora de profesionales de la salud bucodental, la totalidad de ellas trabajando bajo un currículo prácticamente idéntico a la escuela de odontología de la UNAM, rígido, con estructuración departamental y por asignaturas (Montaño, 2007).

A partir de los años 70's y como consecuencia del nuevo paradigma de visión crítica e innovadora para entender las nuevas formas de ver la realidad social, en las escuelas de odontología de Latinoamérica se empieza a reconocer las deficiencias en la formación de los recursos humanos que presentaban las escuelas y facultades de odontología en la región y posteriormente de una reflexión sobre la incapacidad mostrada por los profesionales ya formados para buscar respuestas eficaces y socialmente aceptables a las necesidades de salud bucal de la población, se empezaron a buscar alternativas y se planearon y elaboraron estrategias innovadoras para formar odontólogos

con un nuevo enfoque preventivo-social más que mutilador y elitista, que comprometiera a los egresados con los problemas colectivos que presentaba la sociedad.

En la creación, cimentación y aplicación de este nuevo paradigma que permitía ver el proceso salud-enfermedad de la población de una forma crítica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología/Unión de Universidades de América Latina y El Caribe (OFEDO/UDUAL) a nivel mundial y particularmente en algunos países como Cuba, Brasil y Venezuela, quienes contaban ya con cierta tradición de un abordaje social hacia los problemas y enfermedades que aquejaban a la población, en sus instituciones, secretarías, departamentos, ministerios y asociaciones de salud y educación empezaron a trabajar bajo esta nueva visión en el campo de la odontología. Los cambios propuestos dieron énfasis a diferentes aspectos relacionados con preocupaciones más amplias e integrales en el campo de los servicios de salud y educación, considerando de una forma más ponderada las condiciones sociales y epidemiológicas de la población de manera que correspondieran en cada momento, al verdadero contexto económico y social prevaleciente en los países de la región y que de forma directa condicionaban la aparición de ciertas patologías (Lara, 2010).

Práctica odontológica

A pesar de los esfuerzos que se realizaron, principalmente por la OPS, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO) y OFEDO/UDUAL en los años 70's para cambiar el modelo de educación y formación odontológica en Latinoamérica, sigue

siendo claro que odontólogos egresados y formados en instituciones, escuelas o facultades de odontología públicas o privadas, no tienen la vocación, formación y convicción social para enfrentar y resolver los problemas de salud buco dental bajo este nuevo paradigma que la población presenta en este tiempo, cuarenta y siete años después del surgimiento del paradigma social en la odontología, sigue permeando la visión y convicción elitista de esta profesión; las instituciones formadoras de estos recursos humanos profesionales, siguen egresando a los profesionales de la odontología que ejercen una práctica tradicional, donde el modelo de atención que predomina es el del servicio individual, clínico, costoso y preocupado de sobremanera por atender y satisfacer la demanda de un tratamiento basado principalmente en el aspecto estético, otorgando una atención y asistencia que no incide ni provoca un cambio más positivo y permanente en la cultura de la higiene bucal y la preocupación por la prevención, recuperación y mantenimiento de la salud de la cavidad bucal, pues aún la mayoría de los pacientes que acuden a solicitar el servicio se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad bucodentales y no en sus inicios.

Salud bucal

En México, la falta de una adecuada planeación educativa y del establecimiento y aplicación de una política educativa odontológica social sistemática y permanente, con una vigilancia más permanente que a ocasionado durante años los resultados en prevención que se han obtenido con relación a las enfermedades bucales más comunes como la caries y la enfermedad periodontal sean por demás muy escaso el nivel de conciencia y de importancia que la población mexicana da a la salud de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, a la higiene bucal y perma-

nencia de las piezas dentales propias funcionales, se ve igualmente desvalorado y pobre, originando por ello una alta incidencia y prevalencia de alteraciones del aparato estomatognático y un alto gasto de tiempo y dinero en acciones para restaurar la salud tanto de parte del paciente como de autoridades y administradores de instituciones, empresas, industrias, negocios y de escuelas a la par del ausentismo laboral y escolar que ello genera.

Junto con esta situación y en relación a la falta de planeación, se desconoce a ciencia cierta el perfil epidemiológico general, integral, actual, sectorial, estatal y municipal de las afecciones bucales a pesar de existir un sinnúmero de trabajos parciales al respecto y aunque se puede calcular hipotéticamente el número real de recursos humanos profesionales de la disciplina odontológica necesarios para atender la demanda de la población, estos datos no son utilizados a la hora de planificar programas y acciones educativas y preventivas.

En esta situación, mucha de la culpa está en las mismas instituciones educativas que no se han preocupado históricamente por organizarse para tener al día esta información que valide algunas de las decisiones que se toman como parte de la planeación que se realiza. Por tal razón se hace necesario un alto en el camino para hacer un análisis crítico del tipo de recursos humanos que se están formando y si estos responden a las necesidades, requerimientos y exigencias de la población demandante del servicio, incluyendo las necesidades de la población con más carencia de personal y apoyos sociales disponibles para atender las enfermedades del ámbito odontológico. El reto desde hace tiempo ha sido formar un nuevo tipo de profesional de la odontología, que egrese y se inserte al mercado laboral con competencias profesionales y disciplinares

conjugadas con una orientación y conciencia de servicio y apoyo social, que le permita y motive a continuar aprendiendo durante toda la vida, acordes a las demandas y exigencias de una tiempo y una sociedad cambiante.

En México, según los últimos informes de la Secretaría de Salud, en el 2009 el promedio nacional de la prevalencia de caries dental en niños de seis años fue de 7.54 y de los de 12 años de 7.21, en adolescentes de 18 años de 8.7, datos que aunque tienen más de ocho años, denotan que las acciones y efecto que los egresados han tenido en la población con su práctica profesional en general no han impactado en la incidencia y prevalencia de la caries, a pesar de que la prevención de la caries implica actividades relativamente sencillas cuando la población tiene conciencia de su importancia y utiliza la higiene dental como la principal acción preventiva; esto da a entender que se sigue trabajando en la corrección más que en la prevención. A pesar del aumento del número de escuelas de odontología y el número de odontólogos en los últimos 20 años, aún no se ha logrado disminuir los índices de caries dental en el país, siendo como consecuencia la situación de tres cosas:

1. Falta de una verdadera orientación social y preventiva de los programas académicos de odontología.
2. Falta de trabajo educacional por parte de los estudiantes y egresados en los pacientes para generar en ellos una conciencia de la importancia en la prevención y cuidado de la salud bucal.
3. La fuerza y poder de convencimiento a través de la publicidad referente a la importancia del lucro y la ganancia en estos tiempos de consumismo desmedido.

En la práctica odontológica, como en la mayoría de las profesiones de la salud, los cambios económicos, sociales y tecnológi-

cos del mundo contemporáneo están produciendo transformaciones que repercutirán en su actual y futuro quehacer.

Nuevos problemas de salud bucal se añaden a los antiguos y persistentes problemas como la caries dental, que sigue siendo hasta ahora la enfermedad bucal de mayor prevalencia en la población; la aplicación de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos en el campo de la salud, ofrece oportunidades para el impulso a la investigación; los modelos tradicionales de atención odontológica se ven enfrentados a las nuevas políticas de salud y como consecuencia a las modificaciones en el mercado de trabajo tanto de los servicios privados como públicos; el creciente interés hacia los valores éticos en las profesiones de la salud, los derechos humanos y los derechos de los usuarios de los servicios de salud obligan a modificar los patrones tradicionales en la relación odontólogo-paciente. La educación y la práctica odontológica privada y profesional en este nuevo siglo, tendrá el reto de responder a las consecuencias que todos estos cambios han estado originado, exigiendo a las instituciones educativas nuevos planteamientos curriculares para ofrecer una formación más adecuada a los futuros profesionales que egresen, asumiendo la nueva responsabilidad de generar nuevos conocimientos científicos que sean acordes, pertinentes y actuales para desarrollar un nuevo modelo de enseñanza enfocado y basado en la odontología social, (Sánchez-Rubio, 2012).

Corrientes en la enseñanza odontológica

La odontología, como ya se mencionó, paulatinamente empezó a marcar su camino separándose de la medicina a mediados del siglo XIX, pero sin ser totalmente independiente, pues el odontólogo profesional debía de ser primero médico

general antes de pensar en la odontología.

La enseñanza de la odontología se impartía en los colegios dentales privados, dentro de los cuales el Colegio Dental de Baltimore, en Estados Unidos, fue el primero que se creó como institución educativa formadora de odontólogos en 1840 (Estrada, 2012) para luego pasar e incluirse como programa académico-educativo en las universidades con la condición de que a los egresados se les otorgara un título que los certificaba como aptos para ejercer la odontología como doctores de la salud bucal. En estos primeros años de su discurrir como profesión, la odontología incorporó en sus planes curriculares las líneas básicas del pensamiento hegemónico en salud, conocido como biomedicina o medicina occidental, en el que se ligaba la primacía del conocimiento biológico con los legados de la epistemología científica moderna como forma de valorar y validar el nuevo conocimiento y las acciones terapéuticas, para la formación de profesionales dejando prácticamente de lado todo conocimiento y contexto social.

Esta situación estaba constituida curricularmente por la introducción de algunas asignaturas básicas de anatomía humana, fisiología y patología, que respaldaban la formación en temas netamente odontológicos, que a la razón eran más técnicas que teóricas y sin una consolidación y diferenciación epistemológica del conocimiento de la medicina humana.

En 1910 y tomando como base las conclusiones elaboradas después de cinco años de observaciones de los currículos de la enseñanza de la medicina humana en las instituciones de enseñanza superior, en Estados Unidos de Norte América dentro de instituciones de enseñanza superior, Abraham Flexner elaboró un informe (Informe Flexner), que contribuyó propo-

niendo la primera propuesta curricular para la impartición de una educación y formación en salud buco dental, la cual consistía en una fuerte presencia de las asignaturas básicas médicas, un ciclo preclínico y un ciclo clínico en un intento por profesionalizar la enseñanza de la odontología y apalancar su institucionalización como profesión en salud, diferente a la medicina a lo largo del continente americano.

En la década de los setenta, en el Plan Decenal de Salud para las Américas, que es el informe final de la 111 Reunión de Ministros de Salud de las Américas realizada en 1972, se redactó un capítulo especial de recomendaciones en odontología (OPS-OMS, 1972) en donde se exhortaba a los países a superar la escasez de recursos humanos en odontología cuyo indicador en América Latina estaba, para esa época, en 1.9 odontólogos por 10,000 habitantes e incrementar la formación de personal auxiliar, de manera que se lograra en diez años una relación de 1 a 1. A partir de estas recomendaciones, se impulsaría un programa, apoyado por la Fundación W.K. Kellogg, llamado *Innovaciones en enseñanza y servicios odontológicos* el cual se proponía fortalecer los cambios iniciados en la década anterior aportando nuevas ideas. Se trató de extender el interés, del ámbito exclusivo de la enseñanza odontológica, hacia el mejoramiento de los servicios con énfasis en extender su cobertura y hacer más eficiente la atención (Beltrán, 1976).

Luego de esto, las reconfiguraciones del campo profesional de la odontología se han sucedido en ciclos de duración y grados de penetración variable, que han ido permitiendo la incorporación de otros saberes de las llamadas ciencias sociales en la formación de los odontólogos. Inspirados en la progresista reforma universitaria de Córdoba, Argentina (1918),

se manifestó un nuevo paradigma educativo configurado en los años 70's reconfigurándose con la expansión y la efervescencia revolucionaria de esa década, lo que se traduce en la creación de los Departamentos de Odontología Preventiva y Social en varias universidades en América Latina y Colombia, a los que se les encargó la tarea de implementar el necesario diálogo con las distintas profesiones y disciplinas sociales, reclamo justamente sostenido por los sectores más comprometidos de estudiantes, docentes y dirigentes del sector educativo con los asuntos sociales de la salud.

Por ello, se cuestionó la excesiva importancia de la tecnología odontológica para la solución de los problemas prevalentes de salud bucal, ya que éstos podrían ser afrontados con recursos menos sofisticados y por lo tanto económicamente accesibles. Así se impulsaron la simplificación de equipos, el entrenamiento y uso de personal auxiliar y la aplicación de la *"Técnica a Cuatro Manos"*. En este sentido se propusieron tres principios básicos para orientar la práctica y la formación profesional: *la desmonopolización, la simplificación y la transferencia tecnológica*, que significaban:

i) Desmonopolizar el conocimiento es decir compartirlo con personal técnico y con la comunidad,

ii) simplificar equipos, materiales y técnicas para hacerlos accesibles a la mayoría de la población y asimismo reducir el costo de los servicios odontológicos y

iii) la transferencia tecnológica que se refería al uso de tecnología apropiada según el contexto donde se aplicara, en suma, usar críticamente la tecnología (Cordón, 1979).

Asimismo, en la educación se abrió paso a una corriente de renovación basada en la

incorporación de tecnología educativa que se tradujo en aspectos tales como la planeación por objetivos y la elaboración y uso de material didáctico como una manera de mejorar el aprendizaje de los estudiantes.

Para los ochenta, la preocupación se centró en cómo integrar el proceso docente asistencial y posteriormente cómo integrar también la investigación en la triada **investigación-docencia-servicio**. El supuesto era acercar al alumno con los problemas de la realidad para que el futuro profesional, al conocer (mediante la investigación), las precarias condiciones de salud de grupos en desventaja social, que se sensibilizará y asumiera un compromiso dirigiendo su ejercicio profesional hacia la comunidad con acciones de prevención y atención; estas ideas representaron un cambio en la manera de concebir la práctica de los estudiantes. Se esperaba que los cambios propuestos favorecieran el vínculo de las universidades con las instituciones de salud y así contribuyeran a lograr la meta de *"Salud para todos en el año 2000"*, que había sido propuesta en 1978 y cuya base sería la estrategia de atención primaria a la salud (Calderón, 1990).

El planteamiento de que los alumnos podrían aprender mientras prestaban un servicio de salud, transformó significativamente el antiguo concepto de que éstos practicaban con los pacientes para poder aprender; es decir, el paciente dejaría de ser una especie de material didáctico para convertirse en un sujeto con necesidades de salud, miembro de una comunidad, al cual se debería dar respuesta individual y colectivamente, haciendo patente el compromiso social de las instituciones educativas.

En la década de los noventa cobra importancia la evaluación de las instituciones de

educación superior y la creación de estándares para medir la calidad de los programas, el desempeño de los docentes y el nivel de los egresados.

La competencia, la calidad académica y la evaluación se convierten en los ejes de las políticas educativas (Ruíz, 2008). Se puede decir que la orientación para la educación superior y la salud en esta última década ha sido influida por las transformaciones derivadas de los procesos de globalización y la adopción de un modelo económico neoliberal cuyos efectos en las políticas estatales han sido producto de las recomendaciones del Banco Mundial (BM). En México, a raíz de la firma del tratado de libre comercio (TLC) con Estados Unidos y Canadá, se han intensificado las demandas por establecer mecanismos para que los programas de educación superior sean acreditados y los egresados sean certificados bajo parámetros acordados conjuntamente (Ruíz, 2008).

Derivado de ello, en la educación odontológica, se empieza a plantear la conveniencia de establecer parámetros sólidos que permitan planear la formación de recursos humanos a largo plazo bajo el planteamiento de *"poner bajo escrutinio el desempeño de todas las escuelas de odontología en el país, por medio de procedimientos diseñados de común acuerdo dentro de la profesión"* (Barnes, et al 1997). Estas recomendaciones implicaban que las asociaciones profesionales y las escuelas y facultades de odontología consideraron en forma realista la necesidad de cerrar gradualmente escuelas de odontología y reducir la cantidad de estudiantes de nuevo ingreso debido a lo pobre del impacto que hasta el momento habían tenido en la prevención de las patologías bucales, para eficientizar el financiamiento federal y estatal y reducir el número de desempleados, 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 (Barnes, 1997).

Es decir, en la actualidad, los principios de eficiencia, eficacia, económica y calidad académica han sustituido a aquellos referidos a la participación de la educación odontológica en estrategias como la de atención primaria a la salud, la extensión de cobertura, la salud de la comunidad, solidaridad, equidad, compromiso social, etc. Estos conceptos han quedado fuera del discurso oficial y como puede observarse, las nuevas corrientes neoliberales y globalizantes de pensamiento y las políticas en educación y salud de las últimas décadas han buscado influir en la formación de recursos humanos profesionales en los países de América Latina y por ende en México; a través de las nuevas políticas, también se han externado diferentes visiones proyectivas y perspectivas del papel que tendrán los sistemas de salud y cómo se comportará el mercado de trabajo profesional lo cual, por supuesto plantea, para la educación odontológica diferentes cuestiones a resolver y retos que se tendrán que afrontar en el presente siglo.

Las exigencias actuales en salud general y bucal de la población mexicana, han originado en cierta forma que se vuelva la mirada del mundo de la medicina contemporánea y occidental hacia nuevas praxis dentro de las actividades de los médicos. Si durante el Siglo XX la modernidad europea no solo llevó al fin el sistema de enseñanza unipersonal, sino que instauró la formalización y la institucionalización de la medicina y la separación de la odontología como profesión independiente que, de alguna forma, establecía su diferencia al desligarse de las escuelas y facultades de medicina humana y de los anexos hospitalarios a la par que perdía integralidad social frente a la condición

humana, al departamentalizarse y reducir al sujeto como cliente y su mundo social al estudio y atención de la boca-diente desligado casi por completo del total de aparatos y sistemas de la persona.

Esta situación de cambio de paradigma menos biologicista y más social, produjo como reforzamiento la presencia e inclusión en las escuelas y facultades de odontología de profesionales formados en distintas ramas de las ciencias sociales, de igual forma se contrataron odontólogos formados en las ciencias sociales y que debido a esa formación incursionaron en estas instituciones educativas para un mejor diálogo e interacción con los saberes y metodologías propias de las distintas disciplinas, con el enriquecimiento y fortalecimiento de las nuevas miradas cualitativas y mixtas aplicadas a los procesos de formación de recursos humanos en la medicina odontológica y la investigación que le daba sustento.

Este proceso, consecuencia del fenómeno de la revisión curricular y reflexión de la forma como se estaban formando los egresados en la década de los 80's, floreció como producto de los diversos y múltiples acercamientos al campo disciplinar de las ciencias humanas y sociales, provocando reacciones y cambios diversos y bajo diferentes contextos y denominaciones en departamentos dentro de las escuelas y facultades de odontología, lo cual se reflejó en un cambio cualitativo y cuantitativo de asignaturas obligatorias u optativas dentro de los planes curriculares de las carreras de odontología, que si bien se siguen viendo como complemento, en vez de fundamentales para la praxis, abarcan un alto porcentaje en América Latina referente a los créditos o asignaturas del total de la carrera con enfoques que van desde el psicosocial, pasan por el del proceso vital humano y aspiran a llegar al de determinación social de la salud-enfermedad

-atención oral.

Así, vemos que traer la mirada de las ciencias sociales a la relación caries-enfermedad periodontal-desigualdad social-bajo nivel educativo y cultural replanteo una nueva forma de práctica clínica profesional, una nueva redimensión conceptual y política dentro de la formación profesional; esta nueva concepción educativa gozó de grandes desarrollos y debates en ciencias sociales que ayudó enormemente a plantear nuevas formas de entender y enfrentar las enfermedades buco dentales.

Lo más rico e interesante de la propuesta de una odontología social, es la incorporación del enfoque del proceso salud-enfermedad desde las ciencias sociales, lo que a su vez generó nuevas áreas de estudio y reflexión revitalizando problemáticas en salud de forma diferente y consensos al respecto de replantear la educación sobre una base más real, la incorporación y complementación del proceso con nuevos ejercicios clínicos aplicados en las escuelas y bajo la supervisión de docentes profesionales y formados bajo los enfoques sociales (Estrada, 2011).

Las prácticas sociales

Los tiempos continúan cambiando y aunque la odontología social ha perdido fuerza y presencia en muchos países, sobre todo de América Latina y en particular en México debido al sistema político capitalista, neoliberal y globalizante, la responsabilidad social de todos los profesionistas del área de la salud ha ido en aumento. Desde el contexto educativo, las universidades principalmente deben de volver a preocuparse y retomar este paradigma para responder más eficientemente a las necesidades de transformación de la sociedad donde está inmerso, mediante el ejercicio de sus funciones sustantivas de docencia, investigación y extensión. Me-

diante la función de docencia educar y formar a los estudiantes bajo una ideología y visión de que se puede tener éxito disciplinar, profesional, social y económico realizando un odontología más responsable y preocupado por el paciente como ser y sujeto social; de hacer investigación como el sustento y la base que alimenta, justifica y propone acciones para resolver las situaciones demandantes por la sociedad y a través de la extensión y vinculación, como el puente o camino para enseñar sobre la práctica de una odontología clínica pero enfocada a atender las etiologías sociales y considerando la situación económica del paciente, para formar en ellos una conciencia de verdadero beneficio y servicio social y trabajar en el paciente sobre el cambio de su educación y conciencia para revalorar la importancia de la salud bucal y de esa forma generar actitudes pro-preventivas más que curativas, rehabilitativas y hasta mutilativas.

Este tipo de formación podrá hacer nuevamente que el egresado haga nuevas lecturas de la realidad y de las necesidades de la población, para construir y fomentar conjuntamente estrategias promocionales de calidad de vida y salud, para la búsqueda del bienestar en la población, lo cual le permitirá desempeñarse en el trabajo comunitario y comprender que las acciones en salud deben estar articuladas con sectores públicos, políticos, comunitarios y colectivos. Nuevamente en los últimos años se ha presentado la necesidad de encontrar el verdadero valor del principio preventivo de la enfermedad, que se constituye como el fundamento efectivo de la atención primaria en salud.

Para finalizar, se puede concluir que la odontología como integrante del área de la salud, tiene como propósitos fundamentales formar profesionales que sean capaces de resolver desde su área de com-

petencia, problemas de salud de la población, preferentemente desde un enfoque preventivo y en aquellos grupos menos favorecidos, así como de crear en los egresados un compromiso de servicio y solidaridad para con el pueblo mexicano y latinoamericano, los cambios sociales, las crisis económicas, la globalización y el surgimiento de mayores niveles y grados de educación y cultura en la población han ejercido y producido cambios en el sistema de salud con una orientación especial en el trabajo colectivo, han evidenciado la necesidad de formar profesionales capaces de trabajar en ámbitos diferentes al clínico; de igual manera, la concepción de salud ha ampliado su marco a situaciones más integrales, donde la comprensión del concepto se construye a partir de modelos que integren lo biológico, lo mental y lo social. Este análisis crítico sobre los asuntos planteado en la transición de la odontología tradicional a la odontología social, es solo el principio que puede dar pie para debatir los límites artificiales entre la llamada atención clínica elitista y la promoción y prevención colectiva de la salud.

Referencias bibliográficas

- Barnes, D. y col. (1997). Recursos humanos en Odontología. Revista Salud Pública en México, Vol. 39, Núm. 3, México D.F.
- Beltrán R. (1987). La tecnología en las perspectivas del cambio en salud: Análisis crítico. IV Conferencia Internacional OFEDO-UDUAL, Lima, Perú, 1987.
- Calderón F. y Muñoz O. (1990) Modelo de formación integral de recursos en Odontología. V Conferencia OFEDO-UDUAL, Cuenca, Perú.
- Estrada M., JH. Abadía B., CE. (2012). Dossier Odontología y Sociedad. Revista Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Enero-Julio, 31 (66): 19, Colombia Editores y Colombia Harvard University, Cambridge, MA EE. UU.
- Estrada Montoya, JH., Abadía-Barrero, CE. (2012). Dossier Odontología y Sociedad. Univ. Odontol. 2012 Ene-Jul; 31(66): 19-23.
- Lara Flores, N., Luengas Aguirre, MI., López Cámara, V., Sáenz Martínez, LP. (2001). Tendencias en la educación odontológica en México: ¿hacia dónde orientar la formación profesional? Nueva época, Salud Problema, Año 6, Num. 10-11.
- Latorre Uriza, C., Bermúdez de Caicedo, C., Botía López, MA. (2009). "Las prácticas sociales desde la carrera de odontología, Vol. 11, Núm. 2.
- Montaño Pérez, ML., Sánchez Rubio, RM, (2013). Análisis de la situación odontológica en México, desde la formación, el ejercicio profesional y el control de las enfermedades bucales más frecuentes. Universidad Autónoma de Baja California, Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo RIDE, Publicación Núm. 10, Enero-Junio 2013.
- Ruiz, G. (2008). Reflexiones sobre la experiencia mexicana en evaluación educativa. En: Reflexiones en torno a la evaluación de la calidad educativa en América Latina y el Caribe. UNESCO/LLECE, Santiago de Chile.
- Sánchez-Rubio, RM., Sánchez-Rubio, RA., Verdugo, RJ., Montaño, ML. (2012) ¿Ha perdido la profesión odontológica la batalla contra la caries dental o ha perdido el rumbo? Análisis de la situación en México. Revista Universitaria Odontológica. 31(66), 33-40.