

ODONTOLOGIA LATINOAMERICANA ACTUAL Y SOLUCIONES PARA SU MEJORAMIENTO.

Por: Dr. Walter Suero Méndez, O.M.S.P.
Odontólogo Master en Salud Pública U.
de A. Medellín, Colombia.
Profesor de la Escuela Dental UNPHU.



LOS países latinoamericanos están constantemente haciendo frente a una escasez aguda de odontólogos que resuelvan las necesidades dentales de sus poblaciones. Desde hace 41 años se ha pensado en aliviar estas necesidades en los países desarrollados. Sin embargo, hasta ahora ningún país latinoamericano lo ha logrado. En Nueva Zelanda, desde 1920, bajo un programa de delegación de funciones han demostrado que en el problema de la caries dental el personal auxiliar puede ser una de las soluciones. Este hecho ha repercutido mundialmente, de forma tal, que ha provocado la necesidad de un cambio de actitudes en todo el personal relacionado con nuestra ciencia profesión, y como todo proceso de cambio conlleva oposición, este fenómeno ha traído innumerables críticas negativas. Sin embargo, queda la CRUDA realidad estadística de Nueva Zelanda, que demuestra que, a pesar de ser un país subdesarrollado y con menores recursos que los E. U., ha podido reducir la caries dental a menores tasas que el país más avanzado de occidente.

Este programa ha sido adoptado en Malasia y demás islas

del Pacífico y con datos sorprendentes en cuanto al control de caries dental se refiere.

En los E. U., el programa de Auxiliares Dentales comenzó en 1903 y existen ahora más de 10,000 en ese país. Otros países con programa de entrenamiento son: Canadá, Reino Unido, Noruega, Japón, Nigeria, Fiji y Colombia.

REALIDAD ACTUAL

El crecimiento acelerado de la población mundial es un hecho. La explosión demográfica es mayor en América Latina, Africa y Asia. En estas tres zonas demográficas, salvo excepciones de algunos lugares como el Japón y República Central Africana, donde están controlados estos crecimientos, son de 40 ó más por mil.

En dichos países los gobiernos son pobres, la tecnología poco avanzada y hay poca utilización de mano de obra humana, haciendo que los elementos biológicos del control demográfico, hambre y enfermedades, merodeen constantemente por estas vastas regiones.

La India debe importar profesores y si lo anterior es un ejemplo en el campo educacional, nosotros nos preguntamos qué hacer para tener odontólogos suficientes cuando decidamos eliminar la caries dental en todas las zonas. Sabiendo que la cifra ideal para la atención es de un odontólogo por 2000 personas, nuestros gobiernos por su escaso presupuesto no podrían dar salarios justos para pagar odontólogos en todas las comunidades, ni dotarlos de equipos necesarios. Nuestras Universidades no están produciendo el material humano suficiente. Aumentan el hambre y la enfermedad; por eso en muchos programas de salud se le dan prioridades a enfermedades que causan la muerte a corto plazo y su control, eliminación y prevención es relativamente menos costoso que un plan ambicioso de erradicación de caries dental. Los odontólogos de los países sub—desarrollados no han hablado con voz suficientemente alta para que se les escuche en niveles superiores.

RAICES SOCIOLOGICAS

Existe una lucha constante de una subcultura contra la otra. La nación o cultura de la ciudad ha tratado de introducir cambios sociales, económicos y políticos en zonas rurales y suburbanas. Los habitantes de estas regiones, que a través de los siglos han sido vejados y ultrajados por las primeras, siempre conservan un resentimiento instintivo hacia esos cambios, aunque traten del bienestar de su propia salud. Por lo tanto, el médico que viene de la ciudad y vive en esta nueva población tiene que sustituir al yerbatero o tegua, que estaban ejerciendo. El odontólogo tiene que sustituir al tegua, la enfermera a la partera. Como éstos no pertenecen a su mismo estrato social pueden presentar una barrera y hacer fracasar cualquier tipo de planeamiento de salud.

Muchas veces los profesionales tampoco han sido capacitados para que comprendan las necesidades de cambios; por ejemplo un trazo cultural no es muy conveniente cambiarlo si no se sustituye por otro equivalente.

La iglesia católica fue la primera que vio esta realidad, sustituyendo los brujos y magos por los sacerdotes; los toten por imágenes, los amuletos por crucifijos, haciendo esto asimilable a la otra cultura. Esto era más asimilable en donde existía más el politeísmo que el monoteísmo.

Un odontólogo que viene de la ciudad sin conocer el medio donde trabajará, tiene que adaptarse a sus costumbres culturales y morales. Al no hacerlo, consciente o inconscientemente puede provocar alejamiento de los centros de salud.

La mayoría de las veces en nuestros países no se puede contar ni siquiera con el odontólogo de las zonas rurales; no quedando a donde acudir, esa comunidad va, como tradicionalmente lo ha hecho, al tegua.

Sin embargo, creemos que en estas regiones y hasta en ciudades, donde existen los teguas, pueden cambiarse a éstos por las enfermeras dentales, que tienen una capacidad técnica superior, relaciones humanas y conocimientos del ambiente a desenvolverse. Es requisito escoger personas que pertezcan a un

estrato social igual a aquel donde ejercerá. Creemos que aquélla solucionaría en gran parte el problema de la epidemiología oral creciente, no resuelta en la actualidad por el tégua, ni tampoco por el odontólogo preparado.

SOCIALIZACION DE LA ODONTOLOGIA

Al hablar de socialización en una profesión secularmente liberal como la odontología, debemos presuponer un cambio y a todo cambio es inherente la revisión de estructuras, modificación de aptitudes, en fin, realizar una pequeña revolución.

DINAMICA DEL CAMBIO SOCIALIZANTE

Debemos pensar que éste debe realizarse a todos los niveles y emanar de los que son rectores de la profesión; Ministerio de Salud Pública, Seguro Social, Caja Nacional de Previsión, Facultades de Odontología, entidades gremiales, etc.

La idea tradicional de que las profesiones sirven sólo para garantizar a sus miembros un alto status social, logrado a base de grandes ingresos y quitándole su función social, equivale a desvincularlo de su origen absolutamente popular. El profesional viene del pueblo y su compromiso es con él. Este debe exigirle que lo cumpla cabalmente. ¿Cómo? Legislando sobre la obligatoriedad de servirlo permanentemente y no en la forma eventual que lo hace, en virtud del cumplimiento del año rural.

Fórmulas para llegar a este logro son difíciles mas no utópicas; si se derivaran los ingentes recursos destinados a fuerzas militares, todos los países latinoamericanos podrían disponer de sumas suficientes para atención de la salud pública e incremento de la educación profesional. Pero hablamos de profesionales más humanos, más compenetrados con los problemas populares.

El derecho de libre escogencia de oficio o profesión, consignado por la constitución, garantiza a los individuos que,

una vez terminados sus estudios profesionales, podrán tener validez en países donde el estado asegura la atención de salud para todos sus ciudadanos. Pero en los que, como Colombia, esta necesidad primordial la mayoría de las veces debe ser atendida en forma particular, el problema adquiere proporciones insospechadas. Máxime cuando el bajísimo ingreso per cápita apenas si permite cubrir las necesidades de supervivencia.

La mortalidad infantil, entre otras causas, nos denuncia como país subdesarrollado, mucho más cuando en las estadísticas de esta mortalidad observamos el alto índice de *casos sin atención médica*.

El problema necesita solución y esta no es otra que la distribución adecuada de los recursos humanos adiestrados en pueblos y en campos, que es donde está concentrada la gran mayoría de la población nacional. Claro que este personal necesita incentivos y el Estado puede y debe ofrecerlos: Sueldos apropiados, condiciones de vida humana, actualización periódica, etc. permitirán que aquél eche raíces en las localidades vetadas, en las que sólo se trabaja por necesidad suma o eventualidades extremas.

Lo anterior nos lleva a meditar seriamente sobre el superávit de profesionales en las ciudades y su carencia absoluta en la zona rural. La desocupación de profesionales en los centros urbanos nos está gritando que la paradoja del campo se origina en las ciudades y que éstas deben dar la solución.

Por ley natural, más que constitucional, el estado se obliga con los ciudadanos a garantizarles vida, bienes y derechos.

¿Por qué no garantizarles la vida mediante la salud? Si la sociedad dispone de los instrumentos para conservarla, ¿por qué no se hace uso de ellos? Siendo el personal profesional y sub-profesional parte primordial de esos instrumentos, si el estado los prepara ¿por qué no los pone a su servicio en la comunidad? La libertad individual hay que respetarla. Ciertamente; pero es cierto también que el interés general prima sobre el particular y este hecho, en el problema que nos ocupa, se puede solucionar sólo mediante la socialización de las profesiones, esto

es, que la conservación de la salud no sea privativa de unos privilegiados, sino general y estatal.

Esta revolución debe originarse en las fuentes de donde normalmente emana esa salud: Ministerios, Seguros Sociales, Cajas de Previsión, Facultades de Medicina y Odontología, etc. No olvidemos que las universidades son la razón primaria y el origen de esas *revoluciones pacíficas*.

Los países se cansan de teorizantes y desesperan a la expectativa de soluciones prácticas. Más que un semillero de científicos a medidas, las facultades deben, están obligadas a ofrecer al país una pléyade de líderes sociales que devuelvan a ese país, en servicios socializados de salud, lo que la sociedad les brindó en cultura y capacitación. Sería imposible olvidar que la valoración de esos individuos está íntimamente ligada con su posibilidad de servicio.