

El componente servicios de la práctica odontológica: resultados de una investigación en América Latina

Antonio E. Mena

Consultor Nacional en Servicios de Salud

OPS/OMS

República Dominicana

Presentación hecha durante la VII Conferencia de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina. (OFEDO-UDAL)
Buenos Aires, Argentina. Mayo 1993

Se describen y analizan los principales aspectos relacionados con el ejercicio profesional de la odontología, tanto en su ámbito privado como público en una muestra de 1649 odontólogos de seis países de la región.

Las características generales, su formación, niveles de satisfacción, la infraestructura para la atención, el trabajo en equipo, la actitud al gremio, entre otras, son de las variables analizadas en el presente artículo.

Presentación

El presente trabajo se constituye en un informe preliminar y resumido del estudio que sobre el componente Servicios de la Práctica odontológica, fue realizado en Argentina, Colombia, Ecuador, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela con el auspicio de la OFEDO-UDUAL y la cooperación técnica y financiera de la OPS/OMS. Este estudio, producto del trabajo en equipo fue desarrollado entre 1990 y 1992 y su versión completa están en proceso de revisión para su publicación definitiva.

Aspectos introductorios

La Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina, (OFEDO-UDUAL), establece la investigación, en su programa básico, como uno de los más importantes y prioritarios, que permitirá, generar conocimiento sobre el componente bucal del proceso salud-enfermedad, así como sobre las distintas modalidades de prestación de servicios y desarrollo de recursos humanos odontológicos, vigentes en la región.

Se asume que este conocimiento, sustentaría las bases de un proceso de integración de docencia-servicio, en su concepción más amplia y dinámica, orientando a la generación de importantes cambios cualitativos, tanto en la formación de los recursos humanos como en los servicios; cambios que han de contribuir, en última instancia, a producir transformaciones en las condiciones de salud de la población.¹

Con base en estos planteamientos, la OFEDO-UDUAL, a través de un proceso colectivo de trabajo, planteó ante el comité de Investigaciones de la OPS/OMS, un anteproyecto de investigación para caracterizar la dimensión "servicios" de la "práctica odontológica", obteniendo el subsidio correspondiente y el apoyo administrativo necesario para el desarrollo de dicho estudio.

Este estudio se efectuó en seis países de la región; Argentina, Colombia, Ecuador, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela, durante un período de 24 meses, culminando en junio del pasado año.

Los resultados completos del estudio han sido remitidos a OPS y OFEDO-UDUAL, y esta presentación puede considerarse un resumen del mismo, con algunas consideraciones adicionales.

Producción de servicios. Algunas aproximaciones conceptuales.

En el contexto de América Latina, las condiciones bucodentales de la población, se expresan como un verdadero mosaico epidemiológico; se combina problemas característicos de las llamadas sociedades en vías de desarrollo, con aquellos más frecuentemente encontrados en países con otros niveles de desarrollo.²

En resumen, la salud y enfermedad del componente bucal de una persona, responde en el nivel individual a sus formas de producir y consumir, a su inserción social.

En otras palabras, su respuesta inmune ante determinados agentes bacterianos; su dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y grasas, sus hábitos de higiene, su acceso a los servicios, su saber y práctica en salud entre otras, responden a las variables de mayor determinación y moderan la

respuesta individual.³

Recordando, además, que los distintos grupos sociales, le asignan valores diferentes al cuidado bucal y, además, los demás servicios de salud se proyectarán en forma diferente de acuerdo al grupo social al que pertenece el individuo.⁴

No es extraño que, generalizando, en América Latina y el Caribe, a la edad promedio de 30 años, el 70% de la población necesite de servicios de restauración y tratamiento odontológicos. Una realidad cada vez más dramática es que la caries dental y sus consecuencias sean especialmente común entre la población marginada y pobre, donde la prevalencia excede al 90%.⁵

Es interesante destacar que a pesar de existir tecnologías preventivas capaces de dominar, controlar o erradicar estos problemas, la odontología continúa utilizando tecnología eminentemente curativa, costosa, compleja e ineficiente; y se sigue ofreciendo al 90% de la población, la exodoncia como única solución.

Hay que reconocer, desde luego, que la odontología moderna ha logrado hacer suyos muchos de los avances tecnológicos, especialmente en relación con los aparatos de corte y los biomateriales utilizados en la prevención y restauración de las enfermedades dentarias. Sin embargo, paradójicamente, esto ha producido una elevación de los costos de los servicios con lo cual la odontología se ha convertido en un bien de consumo cada vez más inaccesible a la gran masa de la población.

El panorama muestra un quehacer, una práctica odontológica discriminatoria, donde se aprecian tres tipos diferentes de servicios odontológicos; uno suficiente, para los grupos de alto poder adquisitivo; otro limitado, para las personas de menor ingreso ubicadas en zonas de influencia urbana y, por último, uno casi inexistente para la gran masa de población que sobrevive en la periferia económica y social.

En este contexto particular, la práctica odontológica debe ser entendida como la respuesta científico-técnica y social de la profesión para el abordaje de los problemas bucodentales de la población, a través de sus tres componentes: producción de conocimientos, producción de servicios y producción y desarrollo de recursos

humanos, apoyada por la aplicación de los conocimientos, expresada en la tecnología.⁶

Considerando la modalidad de la práctica vigente y el escenario deseable o alternativo planteado, se hace necesario el caracterizar sus componentes fundamentales, a fin de que a través de su conocimiento proponer y aplicar un efectivo abordaje de los perfiles individuales y colectivos que en salud bucal poseen los grupos mayoritarios de la población. Por esto, como base primordial para una práctica odontológica alternativa es que se propuso y desarrolló este estudio sobre su componente "producción de servicios".

Principales hallazgos.

Dadas las limitaciones de recursos y en consecuencia muestrales, no se intentó plantear la aplicabilidad de los resultados encontrados en la muestra analizada (1649 odontólogos en 6 países) a la totalidad del universo (odontólogos que laboran en los países involucrados en práctica privada y pública), pero si asumir que por las características y modalidades del proceso analizado, es posible, guardando las peculiaridades e identidades correspondientes, obtener una aproximación del perfil que caracteriza la práctica odontológica, en la dimensión observada, en los países involucrados.

Con base en los resultados encontrados en el estudio y próximo a ser editado y distribuido en toda su extensión, se presentan los que, a nuestro juicio, son algunos de los resultados más interesantes en dicho estudio.

a) Características generales de los encuestados.

En relación a la edad y género de los profesionales encuestados, se encontró que el 54% de estos eran del género femenino y un 44% menor de 35 años. Cuando se analiza la proporción de odontólogas dentro del grupo más joven se observa que la misma asciende a un 61% de los encuestados.

Esta tendencia se mantiene en el 50% de los países involucrados. Posiblemente esta situación, entre otras causas, se debe a que todavía es una carrera controlable desde el punto de vista individual, con facilidades para el horario laboral y con un papel protagónico importante en la producción

individual de recursos. Por otro lado, aparentemente, el egresado se incorpora directamente al mercado de trabajo desde su salida de la universidad, a desarrollar actividades basadas en la iniciativa individual con la excepción de aquellos países donde está reglamentado el internado social.

b) Postgrado y actualización.

Existe un marcado interés en la actualización profesional, en áreas no correspondientes a los perfiles epidemiológicos predominantes entre la población de estos países. Esta actualización no debería estar orientada hacia la superespecialización ni a la generalización superficial y no debe intentar sustituir al generalismo, promoviendo en cambio la investigación.

Por ejemplo, un 28% respondió haber realizado estudios de postgrado con una notoria diferencia al interior de los países; 75% en Argentina y Colombia y de 25% en los demás.

Hay predominio por lo clínico, no acorde con la patología prevalente ni con las necesidades de los grupos mayoritarios de la población.

En los cursos de actualización, más del 64%, en todos los países, respondió que los realiza con frecuencia, pero sus contenidos y enfoques se mantienen dentro de lo comentado para los cursos de mayor duración.

Cabe comentar aquí que si los gremios y asociaciones profesionales apoyan las especialidades que "consagran el éxito profesional", si el país y sus universidades no poseen políticas para la formación del cuarto nivel, si se promueve el desarrollo de una élite de profesionales especialistas, los cuales en su quehacer, encarecen los servicios de mayor complejidad y controlan los mecanismos de decisión y ejecución de la educación continua y permanente, las especialidades, por tanto, seguirán fortaleciendo exclusivamente los aspectos clínicos y desfasadas de los perfiles predominantes en la población (componente bucal), con escaso o poco impacto en los mismos.

c) Niveles de satisfacción.

En relación a la satisfacción de los profesionales analizados, el elevado porcentaje de profesionales satisfechos de su quehacer, muestra

un nivel de incoherencia entre su propia visión y estima y las necesidades de la población.

Un poco más del 80% de los encuestados mencionó sentirse “muy satisfecho y satisfecho” por su práctica profesional.

En esa misma tendencia, un 91% manifestó que su formación era “muy buena y buena”.

En indagaciones adicionales en dos de los países estudiados, las razones para estas respuestas eran: mayores facilidades para la instalación del consultorio, mejores ingresos, buena clientela, buen status, autosuficiencia económica, buenas relaciones, adecuadas actuaciones institucionales (docentes), y desarrollo de una especialidad.

d) Actividades desarrolladas.

Al analizar las actividades más frecuentes desarrolladas por los profesionales, administrativas, clínicas, de investigación, formativas y de educación, nos encontramos que existe un marcado predominio del pluriempleo, las acciones administrativas son escasas en las universidades y fuerzas armadas, énfasis de las acciones clínicas, inexistente investigación de la seguridad social y fuerzas armadas y mínima en los ministerios de salud.

Las acciones educativas comunitarias no se realizan en las instituciones privadas y son mínimas en la seguridad social y universidades.

Existe, sin embargo, una tendencia hacia la planificación de actividades, 34% en práctica privada y 48% en la institucional. Hay que destacar que según respuestas aclaratorias de odontólogos de práctica privada, si bien la demanda es espontánea, por cuanto se recibe a todo paciente que reclame tratamiento, el mismo es planificado por el profesional.

Dentro de las acciones clínicas, se aprecia claramente que las actividades diagnósticas y de terapia medicamentosa se ubican entre las más frecuentes, estando en séptimo lugar las de instrucción al paciente en cuanto a su higiene y en décimo las relaciones con usos de fluoruros.

e) Prioridades para la atención.

Ahora bien, en este punto, uno de los aspectos más interesantes a destacar es que la atención preferencial se le realiza a grupos no prioritarios,

aún y cuando, se consigna lo contrario en las respectivas políticas y planes de salud.

La primera prioridad fue el grupo de adultos, seguido por los adolescentes y luego por los niños.

Posiblemente esto responda, entre otras causas, a una curricula orientada a la atención al adulto, con escasa o ausente práctica preventiva en condiciones reales y una concentración de recursos hacia la atención al daño acumulado, demandada por el adulto, tanto en la práctica privada como la institucional.

Cuando se analiza esta atención en función de grupos de diferentes niveles de ingresos, nos encontramos que los grupos de elevados ingresos, no acuden a la práctica institucional, que más de la mitad de los medianos ingresos va a la práctica privada y que menos de un 15% de los de bajos ingresos acude a la práctica privada.

f) Infraestructura para la atención.

En torno a la disponibilidad y procedencia de equipos, instrumentos y biomateriales, los resultados del estudio muestran que es evidente que la práctica privada tiene mejor dotación y disponibilidad que la práctica institucional, (excepción hecha de Ecuador). La tendencia en ambas es, sin embargo, similar en cuanto al tipo de equipo disponible; unidad básica más pieza de mano de alta velocidad (sillón, lámpara, taburete, platina y conectores). Es interesante destacar que un 28% de los odontólogos encuestados en la práctica privada poseen más de un equipo, mientras que en la práctica institucional, un 46% respondió en ese sentido.

La mayoría de este equipo procede de otros países que en el área tienen capacidad de fabricación y exportación.

Existe, sin embargo, una muy fuerte evidencia de producción nacional en Argentina y Colombia (17% y 26% importados respectivamente). En República Dominicana un 44% respondió que sólo utiliza equipos importados. La utilización de equipos complejos osciló entre un 3% (Argentina) y un 64% (Bucaramanga en Colombia). Uno de los aspectos discutidos en esta situación fue que la sofisticación no refleja en América Latina, mejores servicios profesionales.

La propiedad del equipo se mantiene dentro

de sus marcos tradicionales, tanto en el ámbito privado como institucional. Se aprecia, sin embargo, una tendencia hacia la modalidad de arriendo o préstamo, aún en el caso de la práctica institucional. (1 a 10% en PP y hasta 46% en PI en Venezuela.)

El mantenimiento del equipo está a cargo del técnico según la gran mayoría de los encuestados, sin embargo, se encontró que entre un 5 y un 32% de los odontólogos se encargan de dicho mantenimiento. Posiblemente por los costos, tiempo de espera por la reparación y la baja complejidad del problema a solucionar.

En relación al instrumental hay que destacar que entre el 75 al 95% de los consultorios de práctica privada, poseen suficiente instrumental. En cambio, la insuficiencia en la práctica institucional es hasta cuatro veces superior que en la práctica privada.

La disponibilidad de los biomateriales odontológicos muestra un problema mayor que el equipo e instrumental, ya que los niveles de suficiencia son menores y aunque se mantiene una mejor dotación en la práctica privada, en determinadas situaciones hay que adquirir estos biomateriales en lugares apartados de la zona de influencia de la consulta.

Con excepción de Argentina y en menor grado, Colombia y República Dominicana, se aprecia una fuerte tendencia hacia la utilización de biomateriales importados.

En sentido general, hay que reconocer que aún y cuando se aprecia una tendencia importante hacia la producción de equipo, instrumental y biomateriales por algunos países (Argentina tiene una fuerte industria en ese sentido, seguida por Colombia en algunos rubros), la necesidad de importar todos estos insumos representa una de las causas más importantes para el encarecimiento de los servicios a nivel privado y para la falta de abastecimiento en el nivel institucional con el consiguiente bajo impacto de estos servicios en ambas instancias.

g) Trabajo en equipo.

Cerca de un 50% de los odontólogos encuestados en cuatro países, no trabaja con personal auxiliar en su práctica privada. La situación es diferente en la otra modalidad de práctica ya que

entre un 28 y un 69% sí lo utiliza.

En esta misma situación pero en relación al trabajo con otros profesionales, se aprecia que se mantiene la tendencia al trabajo independiente, con ligera inclinación al corporativo. (Venezuela, Colombia y Ecuador) Posiblemente para lograr disminución de costos, reducir el desempleo y consolidar (por parte del empleador) los grupos empresariales cada vez más numerosos. (4-12% como empleador).

h) Actividad gremial

El odontólogo, según sus respuestas en este estudio, tiene tendencia al acercamiento a las asociaciones gremiales, independientemente de la obligatoriedad e afiliación. (58% en República Dominicana a 100% en Venezuela)

La participación en las actividades organizadas por el gremio sigue aparentemente esta tendencia aún en los casos de colegiación. (Venezuela 60% de participación)

i) Algunas consideraciones generales.

Hay que reconocer las fuertes limitaciones del estudio que sirve de marco de referencia a esta presentación sobre todo si se intentan aplicar los resultados de la muestra al universo posible de referencia. Ahora bien, si se considera que la unidad básica de observación lo era el odontólogo, profesional universitario con elevado grado de homogenización en su proceso formativo, con un común denominador en cuanto el objeto de intervención de su práctica y con características bien definidas en cuanto a su que hacer: intervenciones directas, inmediatas e individuales, es posible que algunos de los hallazgos que han mostrado un comportamiento similar en los países estudiados, puedan servir para generar conocimiento en torno a la práctica odontológica en la región.

Debe conocerse también que intentar la caracterización de toda la práctica odontológica, aún en la dimensión analizada, "producción de servicios" sin abordar conjuntamente las otras dimensiones involucradas en dicho análisis, es partir de premisas incompletas o, más aún, no representativas de la realidad. Por esto se recomienda la realización de los otros estudios ya

previstos. Por esto, el informe en el cual se fundamenta esta presentación debe entenderse como un avance preliminar, como un paso más en el proceso de aproximaciones sucesivas, de las percepciones a la observación empírica, al intento de análisis científico de un proceso complejo por cuanto representa una práctica social del ser humano.

Una propuesta.

Una práctica odontológica diferente, alternativa, implica concepciones y acciones distintas de las que se han intentado caracterizar en este análisis.

De nuevo recordamos que ya en 1989, en una reunión celebrada en Santo Domingo, con la participación de los representantes de la docencia, servicios y gremio odontológicos, así como la OPS, se conceptualizó a la práctica odontológica alternativa como la respuesta científica, técnica y social de la profesión frente a los problemas bucales de la población, identificando sus componentes, los cuales constituyen los temas básicos de análisis en esta VII Conferencia.

La influencia de la práctica vigente con sus diferentes modalidades es definida y de mucho peso sobre cada uno de sus respectivos componentes y esto se refleja claramente sobre el perfil epidemiológico de la población.

La ruptura, la opción alterna no puede ser iniciada sólo por uno de los componentes y mucho menos a través de un trabajo aislado y en un contexto artificializado.

Ejemplos de esto los tenemos en abundancia en la región y no es de interés analizarlos en detalle.

El abordaje por lo tanto, requiere de un trabajo colectivo y comprometido donde la iniciativa sea tomada por la instancia que estratégicamente tenga, en un momento dado, las potencialidades y posibilidades de promover y facilitar el proceso.

Es así como, a nuestro juicio, la práctica privada, incorporaría algunos elementos de cambio si es que la práctica institucional le represente o signifique competencia en torno a la captación de potenciales usuarios de grupos de bajo y medianos ingresos, que entiendan y sientan que la PI es una opción real y válida (por incremento de su oferta y

de su calidad) y que la PP se constituya en menos accesible (costos).

Ahora bien, este fortalecimiento de la PI (servicios) no se puede dar, única y exclusivamente por una determinada coyuntura política a través de la cual se puedan obtener algunos recursos adicionales en un momento y lugar dados.

Debe existir un concepto y metodología claros, además de un compromiso de trabajo, en adición a las facilidades relativas a las orientaciones y apoyo logístico para lograr dicho momento inicial.

Es aquí donde la integración de la docencia-servicios-investigación, como proceso de aproximaciones sucesivas, cobra vigencia a través de su aplicación como modelo válido, en espacios concretos y con estrategias claramente establecidas como la atención primaria en salud y los sistemas locales de salud, cual sea su modelo de aplicación en nuestros países.

Lo que proponemos ya fue planteado en la Conferencia Integrada sobre la universidad latinoamericana y la salud de la población, celebrada en la Habana, Cuba en junio de 1991.

La universidad debe "promover la equidad, pero no de la miseria o de la pobreza, sino de la dignidad humana y la calidad de la vida."

La universidad y en ella la facultad, escuela o departamento de odontología debe "fundamentar su trabajo en salud, en una práctica multiprofesional, interdisciplinaria, transectorial y multisectorial, a través de proyectos cooperativos entre países, regiones y niveles locales".⁷

Es entonces en el nivel local, con la participación de la universidad y los servicios, incorporados y colaborando con el trabajo en salud que incipientemente o no esté desarrollando la comunidad, que se podrían iniciar las transformaciones de esa práctica institucional tan falta de compromiso y de impacto en la gran mayoría de los casos en la región.

Es necesario que el gremio trascienda su rol tradicional y asuma responsabilidades que lo involucren en el proceso mencionado.

Existe una experiencia en la región que cada día se va ampliando y difundiendo sus resultados, pienso que debemos aprovecharla y recordar que no llegaremos a meta alguna si no iniciamos ya el viaje.

Reconocimiento.

El autor, coordinador del estudio cuyo resumen se publica, desea expresar su reconocimiento y gratitud a los responsables de coordinar los equipos nacionales: Dr. Juan Carlos Jaïtt, Argentina; Dr. Jaime Trillos, Colombia; Dr. Oswaldo Ruiz Hernández, República Dominicana y Dres. Pieruzzi y Morón, Venezuela. Asimismo,

reconocer el gran apoyo prestado por las instituciones educativas, de servicios y gremiales de los países arriba mencionados.

Es preciso destacar que para la realización de este estudio, se contó con la valiosa cooperación del Programa de Subvenciones de Investigaciones de la OPS/OMS, de su Sección de Salud Oral y de las Representaciones de Argentina, Colombia, Ecuador, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de America Latina. OFEDO-UDUAL. Programa de Educación Odontológica. Santo Domingo, 1984.
2. YEPEZ, PATRICIO.
"Salud Oral y SILOS"
Caracas, Venezuela. 1990.
3. MENA, A. Y RIVERA, L.
"Epidemiología Bucal". Conceptos Básicos.
Caracas, Venezuela, 1991.
4. Ibid, 2.
5. Ibid.
6. Organización panamericana de la Salud/
Organización de Facultades, Escuelas y
Departamentos de Odontología de la América latina,
Coordinación de Servicios odontológicos de América
Latina y Federación Odontológica Latinoamericana.
"La Odontología Alternativa para la Década de los
90."
Grupo de Trabajo.
Santo Domingo, 1989.
7. Unión de Universidades de la América Latina/
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
Conferencia Integrada sobre la Universidad
latinoamericana y la Salud de la Población.
La Habana, Cuba.
Junio 1991.