

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

**LA FORMACION DE PROFESIONALES EN
SALUD BUCODENTAL:**

UN RETO PARA EL FUTURO

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

**EXCMO. SR. D. JUAN PEDRO MORENO
GONZALEZ**

leído el día 26 de Abril de 1988

y contestado por el Académico Numerario

EXCMO. SR. D. JUAN BOSCH MARIN

MADRID 1988

INSTITUTO DE ESPAÑA

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

**LA FORMACION DE PROFESIONALES EN
SALUD BUCODENTAL:**

UN RETO PARA EL FUTURO

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

**EXCMO. SR. D. JUAN PEDRO MORENO
GONZALEZ**

leído el día 26 de Abril de 1988

y contestado por el Académico Numerario

EXCMO. SR. D. JUAN BOSCH MARIN

MADRID 1988

AUTOR Y EDITOR:

JUAN PEDRO MORENO GONZALEZ

Transversal 2, 5
Pozuelo de Alarcón - Madrid

ISBN: 84-404-2140-0

Depósito Legal: M-14623-1988

Gráficas REYFERR - Divino Redentor, 28 - 28029 Madrid

LA FORMACION DE PROFESIONALES EN SALUD BUCODENTAL:

UN RETO PARA EL FUTURO

Prof. Dr. Juan Pedro Moreno González

I. INTRODUCCION

Excmo. Sr. Presidente

Excmos. Sres. Académicos

Señoras y Señores:

Quisiera saber expresar en este instante, el cúmulo de sentimientos que me embargan. Presentarme hoy ante esta Real Academia Nacional de Medicina, en cuyos sillones se sientan quienes por sus méritos científicos y humanos responden a lo más selecto de la Medicina y de las Ciencias relacionadas con ella, no es nada fácil. Esos rostros forjados por el trabajo, que expresan horas de noble entrega, paz y equilibrio interior sólo posibles cuando se ha ganado la dura batalla de la vida, cuando la ambición se sustituye por el amor, la intriga por la creatividad, la envidia por la generosidad, la agresividad por el trabajo profundo y reposado. Rostros entre los que puedo reconocer a los Maestros que tanto contribuyeron a mi formación, no sólo en el arte de curar sino ante todo en el amor a los enfermos, en la responsabilidad consciente de la búsqueda de la verdad a través del conocimiento científico.

Usando, sin duda, mas el corazón que la inteligencia en el análisis de mis merecimientos, me habéis generosamente considerado digno de sentarme entre vosotros y no se ciertamente cómo he de hacer para responder a esa inmensa confianza, como no sea manteniendo en alerta permanente mis sentidos para seguir aprendiendo de vuestro saber. Mi agradecimiento por este honor no puede quedar enmarcado en la retórica fácil, sino en el afán diario de intentar hacerme digno representante de la Estomatología honrando a los que me precedieron.

I. INTRODUCCION

Tres insignes Académicos ocuparon este mismo Sillón. El primero, D. Florestán Aguilar, de modesto origen, fue en virtud de sus méritos, elevado a la condición de Vizconde de Casa Aguilar por la Corona. Su prolífica vida académica y profesional, dio como resultado la creación de la Odontología como profesión, la organización de sus estudios, de sus actividades corporativas académicas y científicas. No es que hiciera cosas por la Odontología, él era la Odontología. Su amplia y futurista visión de las cosas le llevó a participar activamente en la creación, planificación y construcción del Campus de la Universidad Complutense que hoy disfrutamos. Quisiera aprovechar este momento para, sintiéndome representante de una profesión, rendir un homenaje de admiración a su memoria.

El segundo fue el Profesor García Gras. Don Pedro era mi maestro y mi amigo, ese padre científico imprescindible para entender la Universidad, para impregnarse de su espíritu, de esas cosas intangibles que son reflexiones y sentimientos, hechos sin explicación, amores incomprensidos, a veces, no correspondidos siempre, búsqueda de una verdad, transmisión de los hallazgos, formación de las mentes, cultivo de la inteligencia. De su mano aprendí a amar la Universidad, a entender la vida como servicio a una profesión, a trabajar sin esperar nada a cambio. El terminó la obra de Aguilar, su esfuerzo hizo posible la finalización del actual edificio de la Escuela de Estomatología, de su mano la profesión se elevó al rango de Especialidad médica. Fue el primer Director del Centro, creó la materia de Profilaxis Dental y Ortodoncia adelantándose a su tiempo, en el concepto preventivo de la Medicina, integrando los conocimientos de la ciencia dental infantil.

Su primera obsesión era el niño; no quería verle sufrir y su actividad se orientaba en el ámbito preventivo, acercando a las escuelas la educación sanitaria como ahora se pretende implantar. La segunda, como gran humanista, la Historia, a través de la cual rendía tributo de amor a nuestra profesión.

Quienes tuvimos el privilegio de conocerle sabíamos muy bien que en su modestia se escondía una enorme profundidad científica y en su, a veces, aparente brusquedad, un corazón de oro cuya capacidad de amar desgastó, hasta parar sus latidos.

El Profesor Luis Calatrava Páramo fue mi predecesor inmediato. Aún permanece en mi mente nuestro primer encuentro siendo yo estudiante en el Hospital del Aire, cuyo Servicio de Cirugía Maxilofacial y Ortodoncia él dirigía. Recuerdo perfectamente mis sensaciones de médico recién graduado, admirando una labor rica en ciencia, plena de humanidad, increíble en actividad; abarcando la atención indiscriminada de niños y adultos, de jefes, oficiales suboficiales, tropa y familias. Consulta multitudinaria cuya fama se extendía mas allá de las Fuerzas Armadas y cuya labor abarcaba toda la Estomatología.

Su vida estuvo presidida por el trabajo, la exigencia a sí mismo, la seriedad científica y la entrega a los demás. Universitario hasta la médula dividía sus querencias entre esta Institución y sus otros amores: el Ejército y España. Cuando las leyes le obligaron a elegir entre su brillante carrera militar y la Universidad, eligió el camino de la docencia. Los que le conocíamos sabíamos, como el inicial dolor de la decisión fue ampliamente compensado por la satisfacción de haber alcanzado su más ansiada meta.

Se entregó a la enseñanza con ese ardor y esa dedicación que ponía siempre en lo que amaba, dando lo mucho que era capaz de dar. Interrumpió su prestigiosa práctica privada de la Estomatología, para concentrarse en la Cirugía Maxilofacial, elevando el Servicio del Hospital Clínico a las cotas más altas conocidas hasta el momento.

El profesor Calatrava organizó el Programa destinado a las Fuerzas Armadas en el 66 Congreso de la Federación Dental Internacional, dirigiendo más tarde la Escuela de Estomatología, en uno de sus momentos más conflictivos. Su sentido del deber y de la disciplina estaba siempre por encima de sus propios intereses.

Luis, el amigo, nos mostró en numerosas ocasiones lo que él llamaba su personalidad social, mezcla de añorados perfumes de la fraternidad y el compañerismo militar y del gracejo español de la árida y recia tierra toledana que le vió nacer. Aderezaba sus

parlamentos con un vocabulario único, tan original como su entrañable amistad, que entregaba hasta a los que se consideraban sus enemigos; preocupado siempre por los problemas de los demás, los anteponía a los suyos propios. No puedo por menos que entristecerme ahora en la evocación de sus últimas semanas, cuando sus profundos conocimientos de la Medicina le hicieron consciente del final.

Su recuerdo, está permanentemente en mi corazón y hace que me sienta lleno de responsabilidad al ocupar este sillón que yo quisiera no hubiese dejado nunca vacante.

Deseo ahora expresar mi profundo agradecimiento a las personas que guiaron mi formación estomatológica, los Profesores Zabala, García del Villar, Lopez Viejo y Mañes y, singularmente, a Isaac Saenz de la Calzada que, junto con algunos de los mencionados, tal vez me escucha desde su lugar de reposo eterno.

Quisiera también hacer patente en este Acto mi especial agradecimiento y cariño al Profesor Amador Schüller, de quien me hubiera gustado ser tan buen discípulo como él es maestro; al Profesor Durán Sacristán cuya trayectoria universitaria es para mí un permanente ejemplo y al Profesor Bosch Marín cuya entrega a la infancia es un modelo a imitar. Ellos tuvieron, además, la deferencia de presentarme a esta Real Academia y su confianza ha sido la que me ha dado las fuerzas necesarias para hacer posible este momento.

Por último, he de confesar públicamente que si algo de positivo puede tener mi vida, se debe fundamentalmente a mis padres y mi esposa. A mis padres por haber dedicado su vida a nuestra educación, infundiéndonos siempre el amor al trabajo y al prójimo, por el medio más efectivo: el ejemplo. El profundo conocimiento y cariño de mi padre por una profesión que escaló, desde su base a la cima, su inteligencia privilegiada y su permanente renuncia a los honores para entregarse a los que le necesitaban, ha sido, sin duda, el motor esencial de mi existencia.

Mi esposa, porque su permanente desistir a muchas de las cosas que podría esperar de nuestra unión, ha hecho posible dedicar a mi propio desarrollo ese tiempo precioso, acunado por sus cuidados y sacrificios. Nuestras mujeres saben muy bien el coste de cada uno de nuestros pequeños triunfos, cuya gloria sólo recogemos nosotros.

También nuestros hijos a los que deseamos modelar con el cincel de nuestra experiencia conocen de desamparo y soledad. Se que ninguno aceptaría una palabra de gratitud porque cuando las cosas se hacen por cariño, sólo con amor pueden agradecerse.

El ingreso en una Institución tan prestigiosa como ésta no es normalmente labor de un individuo resume, de alguna forma, la de un grupo de personas, capaces de expresar sus sentimientos en renuncias y trabajos. Se muy bien que su modestia les haría sentirse incómodos si los nombrara, pero he de dejar patente en este acto, mi agradecimiento a todos los que me ayudaron con su trabajo y su aliento, hemos fundido para siempre sentimientos, ideas, voluntades. Algo mío quizás hay en vosotros, pero mucho vuestro quedó en mi ser.

Una de las bases fundamentales del progreso, es la salud. Contribuir a mejorar la de nuestro pueblo es participar también en la construcción de su futuro. Sin embargo, cualquier mejora en este área pasa necesariamente por la creación de los adecuados recursos humanos, para lo que en el momento actual se dan las circunstancias más favorables.

El gran reto de nuestra profesión, de la Universidad y de los poderes públicos es precisamente la formación de estos recursos. Al aceptarle debemos ser conscientes de que nuestros éxitos o errores, nuestras acciones, ya sean correctas o incorrectas, ocurridas en la ignorancia o en olor de multitudes, contestadas o aplaudidas, condicionarán la salud de nuestro pueblo y, en consecuencia, su progreso social, el ejercicio de nuestra profesión y el coste de los servicios, en un futuro.

Hemos querido con este trabajo buscar respuesta a alguno de los interrogantes que como estomatólogo, como universitario y como paciente nos hacemos continuamente. Comenzamos preguntándonos cuál es la trascendencia de la dentadura en la vida del hombre, para seguir analizando la evolución de la profesión dental desde sus comienzos hasta nuestros días, con el fin de establecer los cambios previsibles, para ello nos fijaremos en los cambios que se perfilan en la medicina para intentar interpolarlos. Más tarde, analizaremos los factores que influyen en los cambios, tanto desde el punto de vista de la modificación en los patrones de enfermedad como en los aspectos socioeconómicos y de los avances científicos para al fin

poder extraer las necesarias conclusiones que hayan de ser la base de los nuevos currícula de Odontología y Estomatología.

II. LA SONRISA

Si a través de una ventana pudieramos observar nuestro pasado, en ese instante en el que la Creación se completa con la aparición del hombre, podríamos, sin duda, asistir a uno de los momentos más asombrosos de la Historia.

Pudo ser quizás un once de noviembre, un dos de enero o un veinticinco de mayo. Poca importancia tiene una fecha cuando el mundo utilizaba el reloj de los siglos para medir el tiempo.

De repente, una criatura extraña, débil entre las débiles, indefensa entre las indefensas, incapaz de huir a la velocidad del gamo o defenderse con la fiereza del león, necesitada de ayuda durante años para valerse a sí misma, con una facies aplanada enmarcada por amplias repisas orbitarias, sustituido el provechoso hocico por una nariz inútil, ancha y aplastada, labios finos y extrañas extremidades superiores carentes de la potencia de las garras, comenzaba a apartarlas del suelo para, elevándose sobre sus miembros inferiores, poder otear el horizonte y asombrarse con las maravillas de ese recién nacido planeta, llamado Tierra.

En su campo visual aparecen bosques inmensos, tapizando valles y montañas, ríos impetuosos de cristalinas aguas, surcadas por peces multicolores y animales anfibios que, escapándose de la corriente, huyen al interior de la maleza.

Al intentar trasladar la enorme mole de su cuerpo apoyándose en sus débiles extremidades, tal vez, tropieza y pierde el equilibrio, pero no se conforma y vuelve a erguirse inseguro. Ha probado ya la posición erecta y no va fácilmente a renunciar a ella. Busca un punto de apoyo, quizás, una rama olvidada asida por su mano es usada como báculo y recobra la verticalidad para seguir su observación interrumpida.

Erguido ante la inmensidad siente soledad e indefensión, quizás envidia zoológica de las otras especies.

Desconoce que su mayor fuerza radica precisamente en su capacidad para sentirse indefenso, en su capacidad para sentir.

Un leve sonido, quizás el crujir de una rama al ser pisada, le llena de terror, se erizan los abundantes pelos de su piel, mientras con rápido movimiento se vuelve para enfrentarse a lo desconocido, asiendo con mano insegura la rama perdida. Los labios se contraen dejando ver, sobresaliendo sobre la línea de su dentadura, unos potentes colmillos dispuestos a dejar su huella sobre el atacante. Un miembro de su misma especie aparece ante sus ojos, de los que huye el terror para dejar paso al asombro primero y a la alegría después; el pelo vuelve a recobrar su primitiva posición y los labios se relajan quedando entreabiertos mientras la plácida sensación de la compañía invade su ser.

El hombre había aprendido a sonreír.

Hasta ese momento, la boca había representado un mecanismo de defensa, un sistema útil en la preparación del alimento diario imprescindible para la subsistencia, la caja de resonancia para emitir y articular sonidos cuya utilidad probablemente desconocía. A partir de ahora, la diferente conformación de los tejidos faciales puede ser utilizada para comunicar sus sentimientos.

III. LA BOCA EN LA VIDA DEL HOMBRE

El hombre, no se ha diferenciado del resto de los animales sólo por su morfología, ni tan siquiera por su superior cerebro, se distingue, ante todo por su comportamiento social y es precisamente en esta faceta, donde el rostro tiene una importancia transcendental.

El rostro humano, compleja amalgama de tejidos, confluencia obligada de funciones vitales y específicas, tiene a través de su impresionante inervación una interrelación no bien conocida pero siempre demostrada con el sistema nervioso central y, ante todo, con esa parte del cerebro donde residen las funciones del ser.

"Mirando una cara se puede descifrar el alma. Aunque algunos rasgos la quieran enmascarar," decía Slocker (44).

"Es el rostro lo primero que el ser humano muestra, la parte del cuerpo más visible, la que reúne su ser y su sentir como un escaparate permanente. A través de su expresión, de sus imperceptibles movimientos, quedan al descubierto sus miserias y sus virtudes: la envidia, la avaricia, la lujuria, la alegría y la pena, la seguridad y la inseguridad, la inteligencia y la estupidez están grabadas como a fuego en el rostro humano. La vida misma con sus, casi siempre, experiencias irrepetibles, va modelando la cara dejando sus huellas por la reiteración de expresiones que, a veces, son precisamente ausencia en aquellos que se esfuerzan por ocultar a los demás sus propios sentimientos. Cuan libro abierto son a veces las arrugas, indicios de una vida rica en experiencias, la dulzura del rostro en la vejez tranquila, del que ha cumplido con sus deberes durante su existencia."

La observación del rostro, es motivo suficiente para confiar o desconfiar, para temer o amar, para compadecer o para envidiar: su expresión siempre traiciona lo que se pretende ocultar.

La variedad de los cambios en sus complejas estructuras es tal, que hace imposible, a veces, su control consciente. La forma de arquear las cejas, las arrugas de la frente, el grado de contracción de los labios, la situación de los párpados, la forma de mirar son, todas y cada una, situaciones diferentes de significado propio.

Pero la boca está en el rostro y tiene por sí misma vida propia. Coadyuva con su forma, con su movilidad a resaltar la expresión del ser humano. Su sola morfología, nos produce aprecio o miedo, ternura o admiración, rechazo o cercanía.

Mategazza lo resumió diciendo que *"todas las bibliotecas del mundo no bastarían para contener los pensamientos y sentimientos que la cara humana ha sugerido en el hombre desde que este pobre bípedo inteligente pisara nuestro planeta"*.

Slocker afirmaba en esta misma Academia *"Si el ojo es la parte más expresiva de la cara, la boca puede ser la más antipática y repulsiva, y así como el ojo es el centro mímico del pensamiento, la boca es el centro expresivo del sentimiento y de la sensualidad."*

Hermer(*) escribía *"De la boca sale la voz, intérprete del corazón y del alma expresión de sentimiento, de la amistad y de los más puros entusiasmos. El labio superior traduce las inclinaciones, los apetitos. La inclinación amorosa, el orgullo y la cólera la crispa, la doblez la adelgaza, la bondad la incurva, el amor y las pasiones se encarnan en ella con un encanto inapreciable. La mujer cuyos ojos nos enamoran, nos entusiasma, nos exalta, nos mece en un éxtasis intelectual; pero la que nos fascina por su boca, nos atrae y ya es nuestra, al menos en el mundo irresponsable de los deseos, que prometen la sensualidad de su disfrute"*.

La boca es medio diferencial de razas, sexos y edades, pero lo es también de caracteres. Existen bocas sentimentales cuando cerradas el labio superior sobrepasa al inferior, bocas leales, cuando ambos están al mismo nivel e irritables, cuando el labio inferior avanza sobre el superior.

(*) Citado por Slocker.

La conformación de la encía, la posición de los dientes, la forma en que éstos se muestran en la sonrisa, condicionan la producción de sentimientos en nuestro interlocutor. No es extraño pues que, en una civilización en la que los valores estéticos predominan, incluso a veces sobre los morales, sea la boca objeto de especiales cuidados, de particulares afanes y de controversia permanente; sea motivo también de investigación constante, de preocupación, en suma, de artistas, científicos y hasta de políticos.

IV. DE LA ODONTOLOGIA A LA ODONTOLOGIA, PASANDO POR LA ESTOMATOLOGIA

Largo ha sido el camino de la ciencia dental hasta lograr convertirse en universitaria e independiente. Aunque estaba presente en los textos hipocráticos y galénicos y formó parte de la ciencia legada por ALBUCASIS, fue olvidada primero, después campo de charlatanes y barberos y más tarde de cirujanos. Incluida su enseñanza entre las de medicina, en las primeras Universidades creadas durante los siglos XIII y XIV, su práctica y docencia quedaba sin embargo, limitada a los estratos bajos de la ciencia médica, los barberos y los cirujanos romancistas.

Aunque en 1498 se crea en España el Tribunal del Protomedicato de Castilla, encargado de examinar a los físicos, cirujanos, ensalmadores y boticarios, a fin de practicar su arte, no fue hasta 1500, cuando tras la promulgación por los Reyes Católicos de una Pragmática en Segovia, se les exige probar su suficiencia para poder ejercer el cometido de eliminar la dentadura enferma. A partir de ese momento, queda en manos del Protobarberato el control de su escasa formación. (*)

A finales del siglo XVIII la Medicina vuelve sus ojos hacia la atención bucal y el Colegio de Cirujanos de Barcelona contempla, por primera vez en sus Ordenanzas, la formación de los sangradores y cirujanos menores, entre cuyas atribuciones se contemplaba la atención de la dentadura.

En 1846 se crean los Ministrantes que, procedentes de Flebotomianos y cirujanos menores, debían pasar seis meses al lado

(*) Ver González Iglesias J. Orígenes de la Odonto-Estomatología. Cirujanos, dentistas y Odontólogos (1875-1936). Madrid: Univ. Complutense, 1976: 569. Tesis Doctoral.
Del mismo autor. Los últimos charlatanes sacamuelas en España. Madrid: Funsal, 1986: 151

de un Cirujano Dentista como requisito previo a su ejercicio profesional.

Herederos de los Ministrantes fueron los Practicantes surgidos en 1860, pero hasta 15 años más tarde, la obra de Cayetano Triviño no cristalizó en la creación del título de Cirujano Dentista, debido en gran parte a la oposición del Colegio de Cirujanos de San Carlos. Sin embargo, la Universidad Central expidió 625 Diplomas en los 26 años en que estos estudios estuvieron vigentes.

La Odontología nació, según cuenta la historia, por una aceituna y un accidente; por una aceituna sostenida por la mano de D. Florestán Aguilar, ya que fue en el momento en que se la ofrecía al Dr. Calleja, a la sazón Decano de la Facultad de Medicina y Presidente del Consejo de Instrucción Pública, en los baños de Alhama de Aragón, cuando obtuvo su necesario apoyo para su creación con rango universitario. Por un accidente, el que le ocurrió a la Reina Regente mientras paseaba por la casa de campo en su tálburi, haciendo precisos los servicios de D. Florestán para sujetar su movida dentadura. Desde aquel momento, Dña. María Cristina se convirtió en la gran valedora de la Odontología española, que en 1901, inicia su andadura con un solo año de estudios que sería ampliado a dos, en 1910.

La lucha de Cayetano Triviño por conseguir una profesión independiente terminó con la victoria de la Medicina.

Se estableció, como requisito previo, el haber cursado los dos primeros cursos de su licenciatura, creándose sólo dos Cátedras específicas, una de Odontología y otra de Prótesis. La presencia del Claustro de la Facultad de Medicina era imperiosa, al exigirse, tanto para el examen de las asignaturas propias, como en el de Licenciatura la concurrencia de catedráticos médicos. Así, el tribunal de las materias dentales estaba compuesto por un profesor numerario de la Facultad además del profesor de la asignatura, y el de la licenciatura por dos catedráticos, un auxiliar y los profesores de las asignaturas del claustro de Medicina, según reza la Real Orden del 21 de Marzo de 1901.

La Escuela de Odontología no comienza a adquirir su independencia hasta 1914, pero la llegada de Bernardino Landete marca el comienzo de una lucha por incrementar el componente médico de la carrera que se eleva a tres años, hasta que el 25 de

Febrero de 1948, siendo Director de la Escuela el Profesor Pedro García Gras, desaparece la Odontología para dar paso a la Estomatología, que se convierte en la primera Especialidad Médica reconocida, dependiente de la Facultad de Medicina pero conservando una cierta autonomía académica, aunque no económica. Se pasa pues, de los cinco años necesarios para ejercer la profesión dental, a ocho que incluyen seis de medicina y dos de estudios dentales específicos.

En 47 años se cambió, de exigir un año de estudios médicos, a seis, y de un año de formación específica, a dos. La profesión dental quedó así en ventaja sobre la mundial para ejercer la medicina y en clara desventaja para el ejercicio de su arte, al disponer de un año menos de estudios específicos que el resto.

El 15 de julio de 1978, al publicarse el Real Decreto 2015 por el que se regula la obtención de los títulos de especialidades médicas, queda reformada la enseñanza del tercer ciclo de la Medicina reafirmando la Estomatología como una más de las 51 especialidades contempladas en el catálogo, conservando alguna de sus peculiaridades diferenciales, merced al esfuerzo del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos y de las Escuelas de Estomatología.

El Real Decreto de 11 de enero de 1984 vuelve a regular la obtención del título de Médico Especialista, pasando definitivamente al campo del Ministerio de Sanidad la responsabilidad en la formación del tercer ciclo con pocas excepciones como la Estomatología que según dice el referido Real Decreto "*puede cursarse por vía ordinaria en las Escuelas de Estomatología y por vía extraordinaria*", sin que hasta el momento hayamos podido saber cuál era, en la mente del legislador, esa vía alternativa de formación.

El ingreso de España en la Comunidad Económica Europea vuelve a plantear el tema de la formación de recursos humanos para la atención bucodental de la población (7). Europa había seguido un camino bien distinto al español, potenciando la formación independiente de los profesionales del arte dental; nos llevaban, además, clara ventaja en la armonización de los currícula (11). La Estomatología europea, preconizada por el francés Magittot había perdido la batalla. De los 33.500 profesionales existentes en Francia en 1974, sólo 1.500 eran Estomatólogos.

Al incorporarse a la Comunidad Económica Europea, España estaba en precario, desde el punto de vista de la profesión dental, con un número de profesionales escaso. Tenía, sin embargo, un número de médicos en paro que se estimaba entre 20 y 30 mil. Las enfermedades buco-dentarias presentaban unas cifras alarmantes, habiendo crecido a casi al doble desde el año 1968, y ello nos convertía en uno de los países de más alta prevalencia de Europa.

La profesión, dedicada mayoritariamente a atender las necesidades, no poseía ni la visión ni el impulso necesario para adaptarse a los cambios con la debida anticipación. Sintiendo más médicos que dentistas, algunos comenzaron a buscar caminos para oponerse a la entrada de la Odontología en España, que venía impuesta por las Directrices Comunitarias.

Las razones que se daban para el cambio eran varias:

Existía una Directiva o Directriz que imponía para los estudios de Odontología cinco años, con un mínimo de tres mil horas de enseñanza específica. Mientras para la especialidad médica de Estomatología se precisaban tres años de estudios postgraduados después de Medicina.

Una parte importante de la profesión en España se cuestionó por qué había de ser impuesta la Odontología, fase que se consideraba superada. La razón era según los expertos de Bruselas que en el caso de no admitir la nueva profesión de 5 años, sólo existiría en España una vía para atender las necesidades de la salud bucal, la cual precisaría de seis años de medicina y tres de especialización, es decir nueve años de estudios. Si se eligiese ésta única vía, cualquier español podría sentirse lesionado en sus derechos al tener que cursar cuatro años más de estudios que el resto de los europeos, lo que haría necesaria su creación.

En consecuencia, el Gobierno estimó como situación más favorable la implantación de la Odontología, ya que permitía además una moratoria de cinco años antes de aplicar la libre circulación, que supondría la llegada masiva de profesionales europeos, donde se comenzaba a detectar paro.

Cuando la profesión española vió venir de nuevo la Odontología independiente, que había sido extinta, reaccionó

dividiéndose en dos bandos. Uno, se opuso activamente, culpando a los colegios profesionales, por lo que propició la separación de los Estomatólogos de su colegio profesional, en cuyo título conservaba la palabra Odontólogos, para unirse a los Colegios médicos de los que esperaban ayuda y acogida. El otro, aceptó como irremediable la nueva situación, decidió luchar por mantener unida la profesión y trabajar para que los nuevos profesionales recibieran la más adecuada formación, acogiéndolos en su seno, con el mismo talante con que ellos fueron acogidos en su día por los odontólogos, cuando la Estomatología surgió.

Al ser llamados representantes de ambas tendencias, para ser consultados acerca de los nuevos estudios, los primeros pretendieron acentuar al máximo las diferencias entre Odontología y Estomatología, circunscribiendo el campo de actuación del odontólogo al diente, acentuando al máximo las diferencias entre Odontología y Estomatología, mientras los segundos, decidieron apoyar una profesión independiente, tal y como se concibe en el mundo dando al licenciado las atribuciones necesarias para el cabal ejercicio de sus funciones, frente a las necesidades sociales y en cumplimiento de las directivas comunitarias.

Un análisis de lo que era la enseñanza de la Estomatología en la década de los sesenta, sorprendía por la falta absoluta de recursos, los pocos incentivos de profesores y alumnos y el escaso número de vocaciones entre los médicos.

Considerada como una especialidad de segunda clase llegó casi a desaparecer la demanda cuando se creó el programa MIR, donde un recién graduado podría elegir entre especializarse en Estomatología, pagando una matrícula y teniendo que invertir en instrumental un millón de pesetas, como mínimo, o en cualquier otra cobrando un sueldo aceptable de la Seguridad Social.

Este hecho y los pocos centros de formación docente, dió como consecuencia un número de profesionales escaso, en relación con la demanda.

La Sanidad Pública preocupada en la realización de una red hospitalaria terciaria, olvidó completamente la rama bucal, dando sólo cobertura a la atención de urgencia. La curación de las enfermedades bucales gravitaba pues en la asistencia privada únicamente.

A medida que el programa MIR se restringía por saturación de las plazas hospitalarias, para cuya cobertura fue creado, y la práctica privada de la Medicina desaparecía, los recién graduados en Medicina comenzaron a volver su vista hacia la Estomatología. Se obtuvo un mayor reconocimiento social y un mejor estatus económico, pero no se consiguieron, en el momento oportuno, el número de profesionales adecuado a la demanda, relacionada con el aumento del nivel de vida de la población. En consecuencia, existió durante demasiado tiempo un desfase entre oferta y demanda con lo que creció exorbitadamente el coste de los servicios, en un momento en el que la sanidad pública cubría la atención médica en forma progresiva a toda la nación, mientras la buco-dental se limitaba al tratamiento de urgencia. Esto dió como resultado un enorme deterioro de la imagen del profesional dental al que paradójicamente, se le atribuía la responsabilidad de la ausencia de atención estatal.

El exceso de pacientes tuvo dos consecuencias importantes: de una parte, el profesional hubo de aplicar la mayoría de su tiempo al tratamiento, olvidando incluso su propia formación, la enseñanza y la producción científica, con lo que el principal beneficio que se derivaba de su estatus médico se perdía; de otra, fue su polarización hacia la alta tecnología en el área de la rehabilitación con lo que el coste de los servicios se incrementaba exageradamente, olvidando el desarrollo de las técnicas preventivas. La profesión se encontró pues, inerte ante las críticas, con una imagen deteriorada, sin espíritu corporativo, sin tiempo de defenderse a sí misma y a la salud de la población.

Los primeros núcleos de profesionales que intentaron una reforma de la profesión correspondían a la Universidad y al área hospitalaria. Primero fue en la Clínica de la Concepción, más tarde en el antiguo Hospital Provincial, Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco después, y actualmente, Gregorio Marañón. El caldo de cultivo, los núcleos de prestigiosos profesionales que amaban su profesión, conocían sus problemas y su sistema de dedicación les permitía disponer de tiempo libre.

A través del dominio de las instituciones corporativas, Colegio Profesional primero, y Consejo General después, y de una efectiva labor de análisis, completada por el marco que ofreció el 62 Congreso de la Federación Dental Internacional, donde se elaboró

un documento sobre la problemática de la salud bucodental en España y sus soluciones, que fue elevado a S.M. el Rey provocando el inicio de una reforma, que dió como consecuencia la expansión de la Estomatología en los últimos diez años, muy superior a la que se obtuvo en los 30 anteriores. La renovación de la Escuela de Estomatología de Madrid y la creación de una segunda en Barcelona permitió un clima de sana competitividad. La coordinación de las acciones entre la Corporación Profesional y la Universidad dieron como consecuencia la creación de seis Escuelas de Estomatología más, pasándose de graduar 80 especialistas al año, a más de 700 con lo que el número de profesionales se multiplicó. A este hecho no ha sido ajena la progresiva masificación de la medicina y la falta de puestos de trabajo en los Hospitales, al que se ha unido el escaso ejercicio privado, que ha hecho incrementar la demanda de plazas en las Escuelas de Estomatología por parte de los graduados en Medicina.

Nos gustaría poder decir que el incremento en la calidad de la enseñanza ha sido paralelo, pero desgraciadamente no ha sido así, debido fundamentalmente a la falta de recursos materiales y especialmente humanos. También nos gustaría poder señalar notables mejoras en la sanidad pública bucodental pero, desgraciadamente el crecimiento de la cobertura estatal ha sido nulo y el Ministerio de Sanidad se ha limitado a apoyar la labor formativa de las Escuelas de Estomatología con un presupuesto escaso pero, al menos, la boca comenzaba a existir para nuestras autoridades sanitarias.

Un extenso capítulo merece la Cirugía Maxilofacial. Su aparición vino de la mano de quienes deseaban borrar toda vinculación con las ciencias dentales. Lo hizo posible la aparición del Decreto de Especialidades Médicas, la política hospitalaria del Gobierno y el empuje de cirujanos maxilofaciales de gran reputación. Nuestra Cirugía Maxilofacial es en la actualidad prestigiosa, pero no sólo no ha logrado solucionar la problemática de salud en el área, sino que ha creado un problema accesorio al desarrollo profesional, ya que al existir escasa práctica quirúrgica privada, el ejercicio se deriva a la cirugía oral, que es patrimonio de la Estomatología y de la Odontología, o a la práctica dental invadiendo el campo profesional de la Estomatología (36).

Resulta paradójico pensar que mientras en la Europa que no admite la Estomatología, la formación del cirujano maxilofacial

requiere, como paso previo a la especialización, haber cursado las Licenciaturas de Medicina y Odontología, en España se desprecian los estudios estomatológicos creando la especialidad desde la Medicina, con lo cual, al no aprovechar los recursos existentes para el área dental, o no se forma convenientemente a los postgraduados o se están duplicando los costes.

La Estomatología española atravesó una de sus épocas más delicadas. De una parte, el incremento de la demanda, consecuencia de una mayor educación sanitaria. De otra, la falta de cobertura por el Estado y el aumento de los costes derivados de la escasa oferta y del incremento del precio de la alta tecnología, produjeron un rechazo de la población hacia los profesionales dentales que fueron tachados en la prensa diaria como "escasos, caros y malos".

La Estomatología española dividida, poco apreciada por el usuario, olvidada por el Estado y zaherida por los medios de difusión a lo que contribuyeron, no poco, ciertos protésicos dentales que deseaban ejercer las mismas funciones profesionales, ahorrándose los estudios universitarios, estaba sin embargo, sumida en uno de los procesos de autocrítica más serios de su historia.

Al existir nuevas plazas de profesores donde se consideraba importante el currículum, la producción científica creció rápidamente, multiplicándose por cuatro el número de revistas, los congresos comenzaron a proliferar y la demanda de formación continuada y postgraduada aumentó en forma dramática, posiblemente como respuesta a la escasa formación del licenciado.

Sin embargo, la reacción había sido tardía. Las plazas ofertadas por las Escuelas de Estomatología no eran suficientes para absorber la demanda de los médicos en paro y éstos buscaron otros lugares donde ser acogidos. Algunos marcharon a Europa, pensando en la futura equiparación, otros eligieron Iberoamérica, amparándose en la dudosa interpretación de convenios internacionales firmados para dar reciprocidad a los titulados de los países actores.

La aparición de Universidades privadas en países iberoamericanos con legislación más permisiva que la española, está creando masivamente recursos humanos de dudosa cualificación y cuyos títulos serán difíciles de homologar.

Avisados los autóctonos de la situación española comenzaron poco a poco primero y, masivamente después, a solicitar la convalidación de sus títulos para venir a la Madre Patria, huyendo de situaciones políticas y económicas en continua degradación.

Cabe ahora preguntarse cual será el futuro de la Estomatología en España, ya que las atribuciones, desde el punto de vista bucodental, coinciden con las de la Odontología y las que pertenecen al área quirúrgica se solapan por lo que a la cirugía oral se refiere, con la Cirugía Maxilofacial. En cualquier caso, parece difícil su mantenimiento tal y como la concebimos en la actualidad, al carecer de argumentos sólidos que apoyen una vía a partir de la medicina, si existe otra a la que se puede acceder directamente desde el bachillerato, donde pueden además incorporarse los médicos a través de un cupo específico reservado a licenciados.

Europa, sin embargo, está evolucionando hacia una mayor carga médica en el currículum de Odontología y el mundo parece dirigirse a sustituir al médico como único profesional entendido en medicina, por un equipo de salud donde pudiera ser su coordinador. El equipo de salud se conforma en la actualidad como un conjunto de profesionales entre los que estarán no sólo expertos en la salud como los médicos y los odontólogos, sino también profesiones como la química, la ingeniería, la arquitectura o la agronomía, que nos parecen alejadas, de acuerdo a los clásicos conceptos de la medicina imperantes el pasado siglo.

¿ Cabe esperar pues, que la Odontología mundial evolucione hacia la Estomatología ?. Creemos que el paro dental que está produciéndose en Europa debido a la efectividad de las medidas preventivas, obligará a prolongar las carreras, ya sea por el procedimiento de añadir años de práctica o por el de alargar el currículum. Sin embargo, nos tememos que se utilice la primera fórmula, ya que supone un menor coste para los gobiernos profundamente sensibilizados ante el excesivo gasto que la Sanidad pública produce en sus economías.

La enorme fuerza que la Odontología Europea tiene, la experiencia positiva extraída de su independencia, la estrecha unión profesional frente a las divisiones de la medicina y, por qué no decirlo, los enormes intereses existentes, nos hace suponer que ni en el mundo ni en Europa en concreto, va a evolucionar la profesión dental hacia una especialidad médica a corto plazo.

V. PAUTAS DE CAMBIO EN EL EJERCICIO Y EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Resulta fundamental hacer referencia a la Medicina para situar los cambios previsibles en el área de salud bucodental, tanto porque hasta hace pocos meses la formación del profesional en el arte dental pasaba necesariamente y como única posibilidad por la Licenciatura en Medicina, como por la actual preponderancia de los estudios médicos en todo lo que a salud concierne.

En 1984, el Consejo Ejecutivo de la Asociación de Escuelas Médicas Norteamericanas elaboró, después de tres años de análisis, un informe denominado G.P.E.P.⁽¹⁾, que tenía como objetivo reevaluar los programas ofrecidos a los estudiantes de Medicina en los Estados Unidos.

Este informe fue estudiado y posteriormente comentado por diferentes estamentos, tales como el Consejo de Decanos y el Consejo de Sociedades Académicas.

El informe señala como el médico actual se encuentra ante una serie de cambios que inciden en el ejercicio profesional y, consecuentemente, en la enseñanza. Así, por ejemplo, cabe esperar que:

- Sigán avanzando los conocimientos y tecnologías biomédicas a un ritmo creciente.
- Las tecnologías de índole química, mecánica y electrónica, útiles para prevenir y curar la enfermedad, sean cada vez más complejas, poderosas y potencialmente peligrosas.
- La utilización de estas tecnologías precise de un grado mayor de especialización.

⁽¹⁾ G.P.E.P. Corresponde a las siglas del documento elaborado por el Grupo de Estudio de la Asociación de Escuelas Médicas Norteamericanas.

- Se reconocerá que existen factores determinantes del estado de salud y enfermedad que no son influenciados por intervenciones del sistema de atención directamente, sino consecuencias del estilo y calidad de vida o de las condiciones ambientales.
- Los pacientes necesitarán y exigirán cada vez más asesoramiento y orientación, no sólo de médicos, sino de otros profesionales de la salud, en relación con los procedimientos y el uso de los servicios sanitarios especializados para su mejoría.
- El médico como profesional independiente tiende a desaparecer para dar paso a un ejercicio en grupo, ya sea dentro de grandes compañías privadas o en el marco de la atención estatal.
- El ámbito de la educación médica estará influenciado notablemente por los organismos financiadores de los servicios de salud, los cuales modelarán su naturaleza. La preocupación por contener el gasto médico producirá, sin duda, una incongruencia entre los objetivos financieros y los profesionales, lo que intensificará los dilemas éticos de la Medicina.

Siguiendo las conclusiones a las que se llegó en el documento "Médicos para el siglo XXI" y buscando su aplicabilidad en nuestro país, podríamos sugerir que es necesario cambiar el énfasis con que se enseñan destrezas, valores y actitudes, limitando el volumen de la información que se espera sea adquirido por el estudiante. Asimismo, será preciso enunciar mejor los niveles de conocimiento y destrezas necesarias en cada etapa de la formación, modificar los ambientes educativos y reiterar las responsabilidades de los médicos frente a sus pacientes y la Comunidad.

En un país como el nuestro, involucrado en una profunda reforma de la enseñanza, sumergido en un proceso de nueva organización política, donde se pretende resaltar las diferencias regionales, donde la autonomía universitaria puede ser usada como un arma más para ello, es lógico pensar que cualquier reforma va a tener matices que tiendan a peculiarizar, más que a uniformar.

Consecuentemente, las recomendaciones han de interpretarse en cada lugar y, obviamente, aceptar variedades múltiples de currícula y formas de enseñanza.

La educación médica debe estar balanceada entre los aspectos científicos y humanos. El estudiante no sólo ha de conocer el método científico sino saber utilizarlo, aplicar destrezas y comprender la creación y transmisión de los conocimientos. Además debe llevar sus conocimientos a la práctica, para prestar atención eficaz y humanitaria a los pacientes.

La falta de comunicación entre los profesores, ha propiciado la existencia de repeticiones y solapamientos que confunden al estudiante. El sistema de evaluación ha permitido perpetuar este hecho sin ninguna posibilidad de mejora.

Sería necesaria una mayor preparación de los profesores como docentes, una más firme formulación de los objetivos y mejorar el sistema de evaluación.

A partir de la promulgación de la Ley de Especialidades Médicas nació en España el fenómeno del Médico Especialista. El Ministerio de Sanidad asumió funciones educativas en la formación postgraduada y aunque disponía de cuadros de profesionales bien formados en las técnicas, carecían en su mayoría de preparación docente, acentuándose así el déficit ya crónico de la formación médica, falta de homogeneización y dificultad para evaluar los resultados.

Pero si en una Facultad es posible encontrar el fenómeno de la incomunicación, éste se acentúa entre los docentes hospitalarios de postgrado y el cuerpo de la Facultad, por lo que es necesario abogar, ante todo, por el establecimiento de requisitos para el ingreso en los cursos de formación postgraduada, estableciendo vínculos estrechos entre ambos educadores.

La existencia de la especialización ha traído como consecuencia otro fenómeno no apuntado y es la extensión del periodo formativo. Hace apenas 20 años el médico comenzaba su ejercicio uno o dos años después de la terminación de los estudios. Hoy en día se precisan entre tres y siete años para poder ejercer, a lo que se suman las pocas posibilidades de práctica privada y las mejores posibilidades de puestos de trabajo estatales para

especialistas. Todo ello genera una gran demanda de formación médica de postgrado por lo que ha de asumirse que la preparación del médico no termina en la licenciatura y que la conexión entre los periodos de pregrado y postgrado ha de ser muy estrecha.

El médico del futuro ha de ser capaz de adaptarse a los cambios en salud. Cambios, de una parte, que abarcan los correspondientes a la demografía y a los sistemas de atención de salud.

El envejecimiento de las poblaciones, crea una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas. La atención hospitalaria de las enfermedades agudas es cada vez menor, mientras que aumenta la demanda de los cuidados intensivos a los enfermos hospitalizados. Los factores etiológicos clásicos están dando paso a otros factores dependientes del medio ambiente y del estilo de vida.

Por otro lado, la cobertura de la atención médica por parte de la Seguridad Social con niveles de atención no adecuados a la elevación del nivel de vida, ha dado como consecuencia, una nueva demanda de medicina privada, administrada por grandes sociedades, instituciones y compañías de seguros. El alto coste de la nueva tecnología médica que precisa ingentes inversiones, imposibilita el ejercicio individual.

Por último, el médico ha dejado de ostentar el monopolio de la salud y un sin número de profesiones han irrumpido en el campo sanitario, tal y como ya hemos señalado.

Se sugiere también que la formación médica ha de poner mayor énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Esto conlleva una formación específica para saber diagnosticar y trabajar con comunidades, además de con individuos, ser capaz de trabajar en equipo y de relacionarse adecuadamente.

En los momentos actuales, las Facultades de Medicina estudian su gran reforma; pero no estamos seguros, con la información que se posee de las propuestas, que éstas hagan posible el cambio.

El marco de referencia está establecido en la L.R.U. y en el Decreto de Directrices de los Planes de Estudio que permiten unos

currícula más flexibles, la puesta en práctica será dificultosa, a no ser que los intereses particulares del profesorado desaparezcan, los recursos lleguen adecuadamente y las estructuras sanitarias se adapten a las funciones docentes, lo que incluye la adecuada formación del profesorado y su retribución suficiente.

Creemos que el defecto fundamental de la enseñanza actual de la Medicina, no está tanto en la falta de recursos y en la masificación de la enseñanza que son evidentemente graves en nuestro país, como en el aislamiento y en la preponderancia de las materias.

En el momento actual se enseña la Medicina de forma aislada y descoordinada. Estamos formando un médico como especialista en cada una de las materias del currículum y así se les imparten las materias básicas mas como si de un futuro investigador se tratara, que como un clínico donde la formación básica tiene el sentido de hacer entender al alumno aquellos fenómenos que le permitan un aprendizaje clínico suficiente.

La enseñanza actual es como un mosaico formado por pequeñas islas que representarían las asignaturas, donde especialistas en cada materia pretenden que la suya es la más importante del currículum. Nos falta pues, la interconexión necesaria, la coordinación a través de la clínica. Así, cuando llega el momento de la aplicación de los conocimientos, en las materias estrictamente médicas, podemos observar los programas llenos de recuerdos anatómicos, fisiológicos, anatomopatológicos, etc., faltando siempre tiempo para la propia materia que se extiende, muchas veces, más en lo anecdótico que en lo verdaderamente importante y frecuente. Estamos de acuerdo en líneas generales, que sería conveniente una mayor carga de ciencias básicas, pero con una diferente orientación de la actual. La revisión de los programas y de los textos sugieren que el clínico precisa de las ciencias básicas permanentemente, pero incorporadas a la Medicina, apoyando el conocimiento de cada alteración y no como un hecho independiente.

En el acto docente se perpetúa el aislacionismo, al no existir la adecuada coordinación, de manera que el estudiante no tiene un aprendizaje armónico y ha de suplir con su esfuerzo las incoherencias de los planes de estudio, mientras se les exigen unas pruebas de evaluación que carecen de la fiabilidad adecuada para asegurar el cumplimiento de los objetivos docentes.

No estamos seguros que se esté aprovechando la magnífica ocasión que presenta la reforma en marcha para adecuar la enseñanza de las ciencias médicas a la realidad que el siglo XXI nos va a exigir, con lo que podríamos perder una oportunidad histórica.

Creemos que el planteamiento futuro debería ir hacia una Medicina básica de tres o, a lo sumo, cuatro años, que capacitara para un ejercicio médico general y de la que partirían, en forma de estrella, las diferentes especialidades, entre las que estaría incluida la medicina de familia. Entonces cabría pensar en reconvertir la Odontología en Estomatología como una Especialidad Médica más.

En el momento actual las profesiones de salud están divididas en dos grandes bloques: la Medicina y todas las demás. La experiencia dice que cuando una profesión encuentra posibilidad de separarse de la Medicina se independiza para no ser absorbida. La enfermería, es un claro ejemplo de ello.

El sistema curricular actual, con carreras estanco sin vías suficientes de comunicación, impide, más que facilita, un aprendizaje progresivo más adaptado a la realidad actual de nuestra sociedad, donde el individuo desea bastarse a sí mismo cuanto antes.

En este sentido, parecería mas lógico efectuar un diseño integrado por niveles en donde se recojan todas las profesiones de salud. De manera que cada nivel pueda tener dos opciones: ir al mercado de trabajo o seguir al nivel superior.

Plantear una solución así es casi impensable en nuestro país, no sólo por la rigidez de los planes de estudio sino por los enormes intereses, ya consolidados, que se traducen en resistencias insalvables.

La implantación de los estudios de Odontología en España, no sólo ha supuesto una vuelta hacia el camino perdido, sino que ha sido la primera profesión creada después de la Ley de Reforma Universitaria, e incluso antes de la publicación del Decreto para la confección de los planes de estudio por el que se establece un marco más flexible, hasta el punto que el alumno puede construir un 10% de su currículum, capacidad que tienen las Universidades en ejercicio de su autonomía, yo diría, en uno de los pocos capítulos que pueden ejercerla.

Pero además la Universidad española es la única en el mundo que está abriendo Facultades de Odontología en un momento donde la mayoría de las Universidades se plantean la necesidad de un cambio curricular. España, al ser la única nación que implanta el nuevo currículum, es también la que tiene la posibilidad de partir de cero y como quiera que nuestra experiencia en el campo de la medicina es también la mayor del mundo, nos encontramos ante una ocasión única.

La razón se debe fundamentalmente al momento histórico que la sanidad vive, en donde se están cuestionando los sistemas de atención debido al cambio dramático que en la demanda se está produciendo en base a las diferentes circunstancias que más adelante analizaremos.

Si un nuevo currículum ha de ser diseñado hemos de analizar ante todo, los parámetros en los que hemos de guiarnos para construirlo. Examinaremos pues los patrones de cambio en las enfermedades buco-dentales y su tratamiento, y la salud bucal de nuestro pueblo para definir la influencia de los nuevos patrones sobre la educación odontológica.

VI. EL CAMBIO EN LOS PATRONES DE SALUD BUCODENTAL. LA CARIES DENTAL

Es un hecho que tanto la caries dental como las paradenciopatías están dejando de ser un problema en los países industrializados. Tras una etapa de aumento de necesidades se ha demostrado una drástica reducción de la prevalencia (17).

Según O'MULLANE (37) en Irlanda, entre los años 1961 y 1981, la prevalencia de caries disminuyó en un 50 % en las áreas cuyas aguas habían sido fluoradas, y entre un 10 y un 30% en las zonas sin fluoración. El número de niños libres de caries, aumentó en un 50% en zonas con aguas fluoradas y, entre un 20 y un 40%, en las no fluoradas. La mejoría en las zonas no fluoradas se atribuyó al uso de dentífricos con fluor.

En Suecia KOCH (26) demostró que durante los últimos 30 años la prevalencia de la caries dental de los niños suecos disminuyó más del 50%. Más de la mitad de los niños están ahora libres de caries, atribuyendo estos resultados a la disminución de la frecuencia en el consumo de hidratos de carbono, aunque no en la cantidad, al aumento del consumo de fluoruros y quizás a la mayor higiene bucal.

Similares resultados encontraron ANDERSON (2) y colaboradores en Inglaterra.

Un interesante estudio fue el efectuado por KÜNZEL (27) en la República Federal Alemana, donde demuestra que las caries aumentaron paralelamente al consumo de azúcar y volvieron a disminuir al fluorar las aguas.

En el 69 Congreso Dental Mundial celebrado en septiembre de 1981, en Río de Janeiro, se propuso crear un grupo de trabajo que estudiara el cambio en los patrones de la salud bucodental, para ser incluido dentro de la Comisión de Investigación y Epidemiología de la Federación Dental Internacional, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Al mismo tiempo se formó otro grupo de trabajo en el seno de la Comisión de Educación y Práctica

dental de la F.D.I., con el objeto de estudiar la repercusión que en la práctica dental podrían tener los nuevos patrones de la enfermedad. Ambos grupos tuvieron una reunión conjunta en Postdam durante los días 1 al 3 de septiembre de 1984, y sus conclusiones fueron objeto de un informe técnico presentado a la Asamblea General en el Congreso de Buenos Aires, en noviembre de 1987 (23). RENSON y Colaboradores (38) recogen parte de las conclusiones de ambos grupos de trabajo.

Como patrón comparativo se eligió el índice CAOD a los 12 años (Figuras 1 y 2). Los valores se refieren a la década 1973-83 y muestran reducciones importantes en el índice de caries, sobre todo en los países cuyas aguas de consumo estaban fluoradas. En la Figura 3 puede observarse, asimismo, una representación gráfica de este hecho.

País	% de descenso pa	Periodo	Ultimo valor de CAOD
Noruega	-12,2	1978-1982	4,4
Nueva Zelanda	-9,5	1973-1983	3,3
Dinamarca	-9,3	1978-1981	4,7
Finlandia	-7,2	1975-1982	4,1
Holanda	-7,0	1973-1982	3,9
Australia	-6,5	1975-1983	2,8
USA	-6,1	1974-1980	2,6
Reino Unido	-4,4	1973-1983	3,0
Suecia	-3,4	1972-1982	3,4

FIG. 1.- Descenso en el índice CAOD a los 12 años de edad)

Paralelamente, se ha demostrado la disminución en la prevalencia de la caries dental, al aumentar el número de niños libres de esta enfermedad. Los estudios de KALSBECK, (24) en Holanda, y de CARR (13) en Finlandia y Australia, muestran incrementos en la población sana que oscilan entre un 7 y un 47%. HUNTER (20, 21 y 22), encontró en Nueva Zelanda, un incremento

del 34%. Para ANDERSON, en Inglaterra, el incremento en los niños de cinco años libres de caries fue más del 50%, entre 1960 y 1980 (Figuras 1, 2 y 3).

En Suecia, según la Junta Nacional para la Salud y el Bienestar hubo un incremento de la población sana de un 25% a los cuatro años y de un 20% a los seis años, entre 1973 y 1982 (Figuras 1, 2 y 3).

Australia	1955	1977	1978	1979	1980
12 años	1	10	12	16	18
Finlandia	1975	1977	1979	1982	
5 años		13	30	42	47
6 años		7	15	30	38
12 años		1	1	2	7
Holanda	1973	1976	1979	1982	
6 años		5	19	30	45
12 años		0	6	15	23
Suecia		1964	1974	1980	
5 años			20	26	49

FIG. 2.- Evolución del porcentaje de niños sin caries en diferentes países.

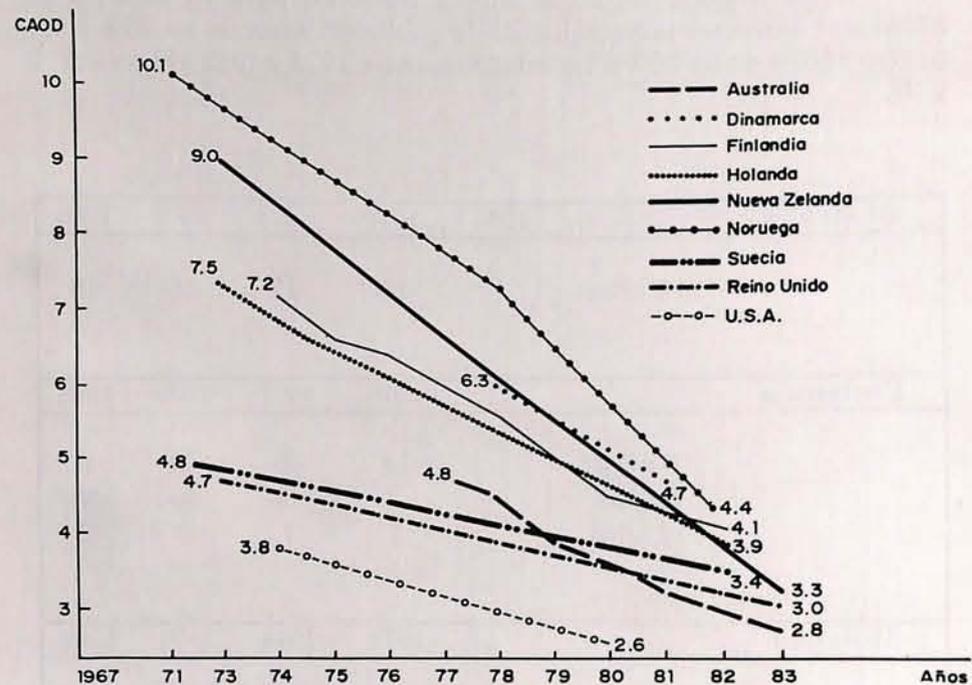


FIG. 3.

Así pues, y por lo que a la caries dental se refiere, nos encontramos con una disminución del número de dientes cariados, una menor gravedad en las lesiones y un aumento del número de niños libres de caries.

Consultados los distintos países sobre las causas de este fenómeno se ha llegado a la conclusión de que los factores que influyen son diversos, tanto en el número como en el grado.

Así, ocho países, informaron poseer sistemas de fluoración de las aguas públicas (Figura 4.), cuya cobertura oscilaba entre el 23 y el 100% de la población.

País	Año de inicio	% de población cubierta en 1982
Singapur	1958	100
Hong Kong	1961	98
Australia	1953	65
Irlanda	1964	60
Nueva Zelanda	1954	54
USA	1945	52
Colombia	1965	37
Brasil	1953	23

FIG. 4.- Fluoración del agua en los ocho países estudiados.

Ocho países, habían tenido experiencias por medio de enjuagues regulares con soluciones fluoradas, constatándose en el caso de Nueva Zelanda un 38% menos de lesiones, mientras en Tailandia, se había reducido el índice CAOS en un 46,7%.

Trece países comunicaron tener programas organizados de educación dental, incluyendo educación sanitaria y entrenamiento en el cepillado dental. Los resultados son variados y pasan desde la experiencia neozelandesa, donde no se encontraron beneficios, a la holandesa, donde se revelan reducciones del índice CAOS del 50% (CRIELAERS (15) 1982), sin olvidar la inglesa, en donde se constataron disminuciones del índice de placa del 54 %, pero sin aparentes cambios en la prevalencia de la enfermedad.

De acuerdo a los datos disponibles, cabría pues afirmar que las campañas masivas de educación sanitaria tienen aisladamente una utilidad relativa, por lo que deben incluir dentro de sus acciones otras medidas complementarias. Se discute la influencia de las medidas educativas en el consumo de dentífricos fluorados, ya que parece existir una relación positiva entre el volumen de ventas de éstos y la reducción de caries (Figuras 5, 6 y 7), y asimismo, su consumo aumenta en los países donde existen programas de educación sanitaria.

País	Año	Índice en el mercado
Australia	1971	26
	1976	62
	1982	94
Brasil	1975	12
	1976	65
	1979	75
Dinamarca	1981	90
	1982	95
	1982	95
Finlandia	1962	15
	1970	78
	1982	98
Francia	1970	10
	1973	16
	1981	58
Irlanda	1982	95
	1982	95
Japón	1979	10
	1981	10
	1983	15
Holanda	1972	1
	1976	17
	1982	82
Nueva Zelanda	1970	6
	1975	43
	1980	96
Noruega	1983	70
Suecia	1982	80
Tailandia	1981	55
Reino Unido	1970	4
	1971	16
	1977	95
USA	1982	95
	1984	84

FIG. 5.- Índice en el consumo de dentífricos fluorados.
Renson et Al.

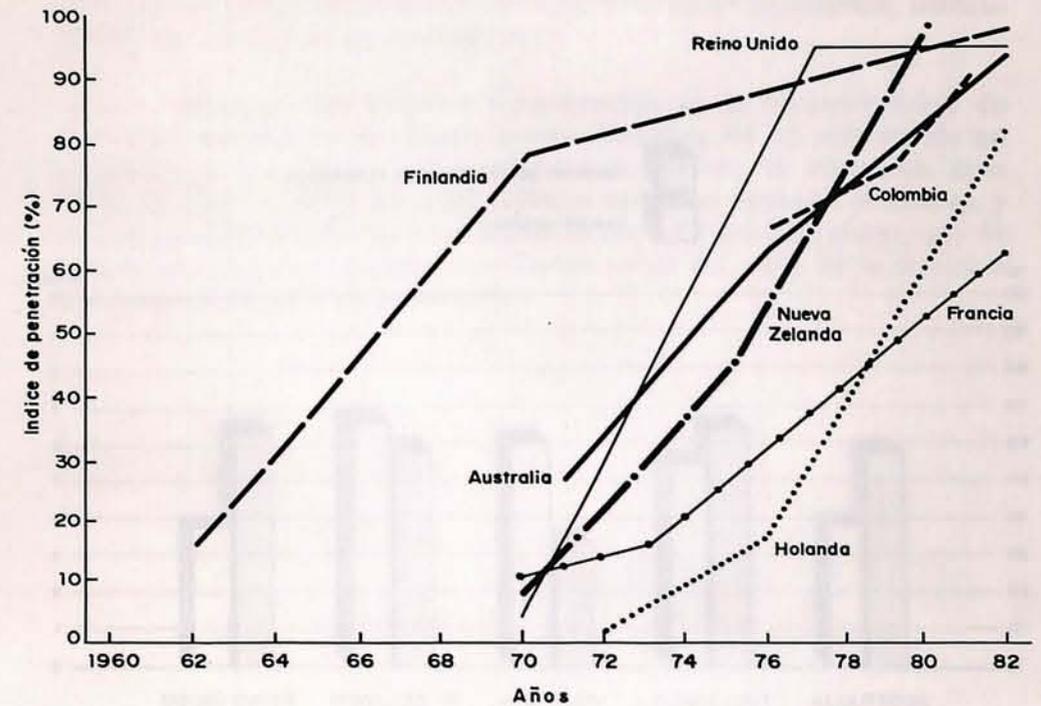


FIG. 6.- Consumo de dentífricos - Índice de penetración.

El consumo de tabletas fluoradas, sobre todo, en aquellas zonas no sujetas a programas de fluoración de aguas, ha venido aumentando en los últimos años. En Finlandia, por ejemplo, se pasó de unas ventas de 17 millones en 1970 a 146 millones en 1980, para descender a 97 millones en 1983. En otros países, las ventas de tabletas de compuestos de fluor aseguran el complemento necesario de este ion a segmentos de población que oscilan entre el 20 y el 45% de la población infantil. Cinco de los nueve países estudiados señalaban consumo de estos compuestos, y así, en Suecia, entre el 40 y el 80% de la población menor de 18 meses han estado utilizándolos como complemento dietético.

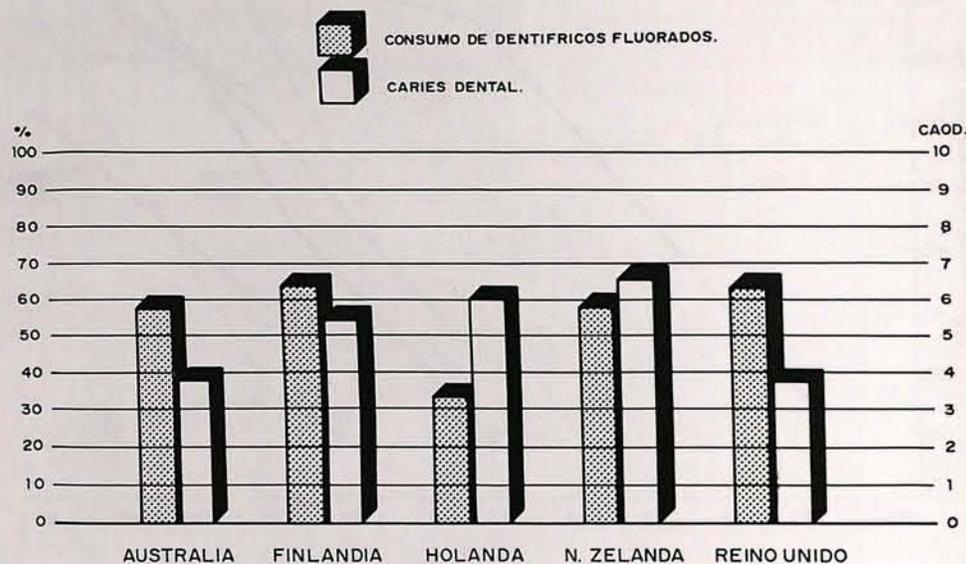


FIG. 7.-

Mucho se ha especulado acerca de la relación entre el consumo de azúcares y la caries dental. De acuerdo a los datos disponibles (Figuras 8, 9 y 10), el incremento en el consumo de azúcares va seguido de un aumento en la prevalencia de la caries dental, aunque éste es un factor difícil de evaluar, ya que en los países donde el consumo de azúcar disminuye, aumenta sin embargo, de otras sustancias hidrocarbonadas igualmente cariogénicas. Al parecer, el perjuicio del mayor consumo de azúcar puede ser reducido cuando existen programas preventivos adecuados, como puede observarse en el caso de Holanda, donde a pesar de haber incrementado el consumo en un 6%, ha habido un descenso del 7% en el índice CAOD. En otros casos como Tailandia, ha aumentado el consumo de azúcar en dos veces y media, y el índice de caries, en un 200%. Si bien la tendencia general es a aumentar o mantener el consumo de azúcar, parece que se está reduciendo en

general la frecuencia de las tomas de este elemento, como así mismo los azúcares refinados de consumo individualizado, mientras que se está aumentando el consumo de azúcar a nivel industrial, incluso dentro de la industria alimenticia.

Otro de los factores relacionados es la disponibilidad de servicios dentales, y los nueve países disponen de un mínimo de un profesional por cada 2.300 habitantes, siendo la situación más favorable de 1 / 1850. En ocho, existen servicios dentales escolares, y en todos, servicios dentales públicos al servicio del ciudadano, que de una forma directa o indirecta se hacen cargo del coste de la atención buco-dental de toda la población.

País	Población a	Azúcar total	per cap d	Población b	Azúcar total	per cap d	Población c	Azúcar total	per cap e
	en 1961	en 1970	en 1982	en 1970	en 1982	en 1982	en 1982	en 1982	en 1982
Australia	10550	606426	57.48	12507	702542	56.17	15200	782682	51.49
Brasil	71870	2564965	35.69	92520	3495185	37.78	126800	6096912	48.08
Colombia	15910	320889	20.17	20527	545692	26.58	27000	1009830	37.40
Dinamarca	4610	230500	50.00	4929	26441	53.65	5100	255000	50.00 g
Finlandia	4470	200080	44.76	4606	223776	48.58	4800	200227	41.71
Francia	46160	1448962	31.39	50768	1741850	34.31	54400	2153000	39.58 g
RFA Alemania	54030	1754894	32.48	60714	2104954	34.67	61600	2338000	37.95 g
Hong-Kong	3170	78497	24.76	3959	80723	20.39	5200	100000	19.23
Irlanda	2820	134824	47.81	2944	184589	62.70	3500	165000	47.14 g
Japón	94060	1553980	16.52	104345	3028594	29.02	118400	2922777	24.69
Malasia	8870	251857	30.09	10390	410224	38.68	14500	440000	30.34
Holanda	11640	548011	47.08	13032	651600	50.00	14300	776000	53.57 g
Nueva Zelanda	2420	122135	50.47	2811	157599	56.06	3200	160720	50.22
Nigeria	44050	67000	1.52	55073	100000	1.82	90600	950000	10.49
Noruega	3610	155775	43.15	3877	174705	45.06	4100	140449	34.26
Singapur	1690	72604	42.64	2075	106415	51.28	2500	114875	45.95
Suecia	7520	330532	43.95	8043	369657	45.96	8300	365043	43.98
Tailandia	27210	128463	4.72	3670	324184	8.91	48500	603730	12.45
Reino Unido	52810	2717603	51.46	55416	2920423	52.70	55800	2485000	44.53
USA	183760	8934845	48.62	204878	10547078	51.48	231500	8475115	36.61

FIG. 8.- Consumo total de azúcar en Tm. Poblaciones en miles de personas y consumo de azúcar per cápita en Kg./años en 20 países seleccionados.

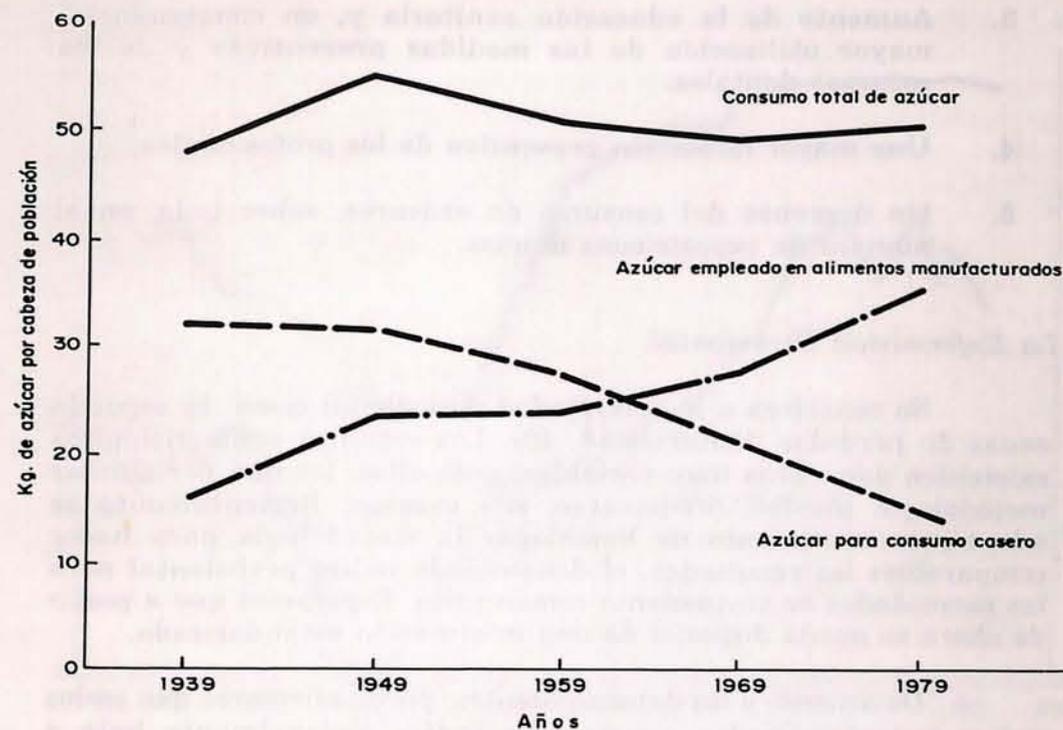


FIG. 9.- Consumo de azúcar per cápita.

BURT (12) en 1978 y BOWEN (10) en 1981 han señalado la posibilidad de que se esté adquiriendo una inmunidad de grupo frente a la caries dental por adaptación a las bacterias causantes. Aunque esto podría ser aceptado, en principio no parece probable al encontrarnos ante cambios demasiado espectaculares frente a los que cabría esperar, mucho más lentos en este tipo de fenómenos.

De todo lo expuesto, parece deducirse que los factores comunes de los países estudiados y que presentan un dramático descenso de la enfermedad cariosa, son:

1. Utilización de fluoruros, ya sea como complemento en el agua, o por medio de pastillas, colutorios o pastas de dientes con fluor.
2. Adecuada disponibilidad de recursos dentales.

3. Aumento de la educación sanitaria y, en consecuencia, mayor utilización de las medidas preventivas y de los recursos dentales.
4. Una mayor formación preventiva de los profesionales.
5. Un descenso del consumo de azúcares, sobre todo, en el número de exposiciones diarias.

La Enfermedad Periodontal.

Se considera a la enfermedad periodontal como la segunda causa de pérdidas dentarias (8, 40). Los estudios epidemiológicos existentes dan cifras muy variables, y de ellos, los que por similar metodología pueden compararse, son escasos. Recientemente se adoptó, en un intento de homologar la metodología para hacer comparables los resultados, el denominado índice periodontal para las necesidades de tratamiento comunitario. Esperemos que a partir de ahora se pueda disponer de una información estandarizada.

De acuerdo a los datos existentes, puede afirmarse que en los países industrializados aparece un índice generalmente bajo o moderado de sangrado o cálculo dental, mientras en los países en desarrollo los niveles son altos.

La gingivitis puede manifestarse en forma limitada o en forma progresiva. Esta última, afectaría a un 15% de la población adulta, que irá perdiendo progresivamente sus dientes por falta de soporte alveolar.

Sin embargo, parecen exageradas las cifras que se manejan habitualmente sobre los porcentajes de la población, afectadas por esta enfermedad. Así, en los estudios efectuados por SCHAUB (42, 43) en 1983, el 28% de los pacientes precisaba raspaje general, el 35% necesitaba raspaje en más de tres dientes, mientras sólo el 5% de los pacientes presentaban como mínimo una bolsa mayor de 5,5 mm.

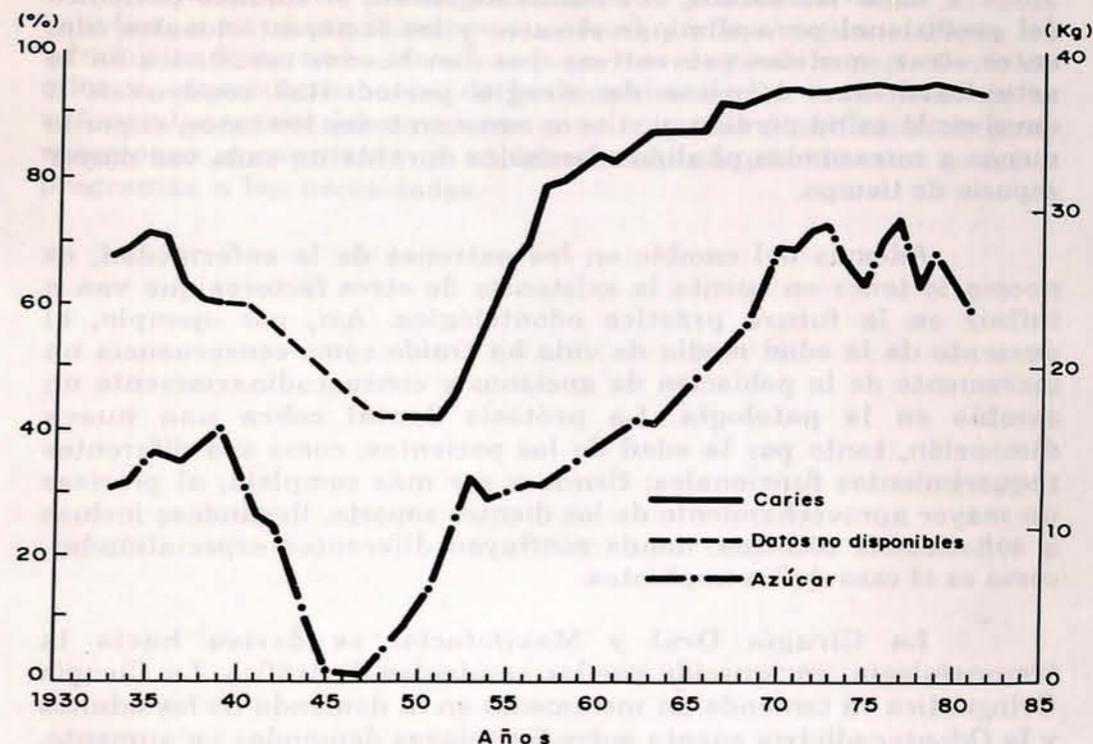


FIG. 10.- Relación entre número de caries y consumo de azúcar, promedio de los países estudiados.

Los estudios efectuados en Noruega señalaron que entre los 35 y los 44 años sólo el 6% de los pacientes precisaban de cirugía periodontal y el 22% necesitaban raspaje general. En Nueva Zelanda, los signos de enfermedad periodontal avanzada aparecían en el 1% de los casos, entre los 15 y 19 años, elevándose a cifras comprendidas entre el 7 y el 13%, de los 25 a los 29 años, pasando, más tarde al 16 o al 18% en edades comprendidas entre 29 y 35 años.

La relación entre placa bacteriana y enfermedad periodontal ha sido demostrada, como así mismo, la influencia microbiana y la existencia de factores inmunológicos predisponentes o desencadenantes.

La alimentación, el cuidado higiénico, el cuidado periódico del profesional para eliminar el sarro y los factores oclusales son, entre otras, medidas preventivas que dan buenos resultados en la actualidad. Las técnicas de cirugía periodontal coadyuvan a devolver la salud perdida, y si no a curar en todos los casos, si por lo menos a retrasar las pérdidas dentarias durante un cada vez mayor espacio de tiempo.

Además del cambio en los patrones de la enfermedad, es necesario tener en cuenta la existencia de otros factores que van a influir en la futura práctica odontológica. Así, por ejemplo, el aumento de la edad media de vida ha traído como consecuencia un incremento de la población de ancianos y consuetudinariamente un cambio en la patología. La prótesis dental cobra una nueva dimensión, tanto por la edad de los pacientes, como sus diferentes requerimientos funcionales; tiende a ser más compleja, al precisar un mayor aprovechamiento de los dientes soporte, llegándose incluso a sofisticadas técnicas, donde confluyen diferentes especialidades, como es el caso de los implantes.

La Cirugía Oral y Maxilofacial se deriva hacia la traumatología, enriquecida por los accidentes de tráfico. La Cirugía Ortognática va teniendo un incremento en la demanda de los adultos y la Odontopediatría cuenta entre las nuevas demandas en aumento, con las fracturas dentarias por accidente.

Igualmente los cambios en el medio ambiente, en los modos de vida, en la alimentación influyen en la adquisición de nuevos valores sociales, en los que la estética va cobrando cada vez más significación, hasta el punto de variar el sentido de la demanda, desde el dolor, la enfermedad o la dificultad funcional a los requerimientos estéticos.

Los avances habidos en la investigación de nuevos materiales, en el control del dolor y de la ansiedad, están acabando con las barreras psicológicas, para acudir al gabinete dental.

Por otra parte, resulta imprescindible tener datos actuales de las tendencias en los cambios de patrones de salud bucodental y, para ello, se precisa de estudios epidemiológicos permanentes, homogéneos y con una metodología que permita su comparación con el resto del mundo.

Los países deben elaborar sus planes en base a estos estudios, a su propia idiosincrasia social, y a sus recursos. Tanto los administradores como los educadores han de tener conocimiento de ellos y, consecuentemente, de los cambios en las tendencias de la enfermedad y tenerlos en cuenta en sus propias planificaciones para reaccionar conveniente y rápidamente, adaptando sus propios programas a las necesidades.

VII. LA SALUD BUCAL DE LOS ESPAÑOLES

De acuerdo con el estudio efectuado en el año 1968 por Gimeno de Sande y Colb. (19), el 73,4% de los escolares comprendidos entre los 5 y 15 años tenían caries, con un promedio de 1,12 piezas afectadas por individuo, lo que suponía que existían más de 5.200.000 caries sin curar, en dicha población. De ellas, estaban en estado avanzado más de un tercio, por lo que requerían tratamientos complicados.

De estas piezas solamente se obturaba una de cada cien, lo que hacía pensar en un grado de atención extremadamente bajo. En ese momento, existía en España un estomatólogo por cada 10.000 habitantes. La Odontología Conservadora representaba el 27% de la atención y las urgencias dentales suponían casi un 30% del total.

Hasta el año 1984 se realizaron diversos estudios (3, 4, 31, 33, 39) y, en ese mismo año, se realizó un nuevo estudio dirigido por la Organización Mundial de la Salud (28). Con el fin de comparar los vamos a tomar la población de 12 años de edad (Figura 11.).

En ella puede apreciarse como en dieciséis años se ha pasado de tener un 33,68% de población libre de caries, a sólo un 1,2%, lo que significa que prácticamente la totalidad de la población de 12 años tiene caries.

Por otra parte se demuestra que el número de caries por niño se duplicó, mientras que la atención mejoró notablemente, pasando de obturarse 0,08 piezas por niño a 0,3, aunque este incremento en la atención fue notablemente inferior al aumento de las necesidades (Figura 12.).

No cabe duda que estas cifras señalan un estado tercermundista de nuestra sanidad bucal, quedando la caries dental como la primera enfermedad que el pueblo español padece. Además, se puede observar como el aumento del número de profesionales, no ha conseguido frenar el proceso, lo cual es característico de las enfermedades infecciosas.

	C	A	O	CAO	% con caries
1968	1,68	0,25	0,08	1,92	66,32
1984	3,8	0,1	0,3	4,2	98,8

FIG. 11.- Tabla comparativa de la evolución de la caries dental desde 1968 a 1984. C. Dientes Careados. A. Dientes Ausentes. O Dientes Obturados. CAO suma de los tres anteriores que representa el índice de caries donde se incluye la enfermedad actual y la anterior.
1968 - Según Gimeno de Sande
1984 - Según Moller.

En Octubre de 1983 y Enero de 1984, Ingolf J. Moller (29), funcionario de la Organización Mundial de la Salud, visitó nuestro país para estudiar las condiciones de salud oral e hizo, entre otras, las siguientes apreciaciones:

Estado de la salud bucal.

La prevalencia de la caries dental y de la gingivitis en niños varía, de alta a muy alta .

Se muestra un rápido incremento en la prevalencia y en la severidad de la caries dental y enfermedad periodontal, especialmente en los niños de las áreas urbanas.

Servicios de salud bucal.

Existe un incremento en la demanda de salud bucodental en todos los grupos sociales.

No existe un sistema público de atención bucodental estructurado.

No existen sistemas comunitarios preventivos.

	1968	1984	
OBTURACIONES	4	7	75% aumento
EXTRACCIONES	13	2,3	82% disminución

FIG. 12.- Grado de atención odontológica comparativa entre 1968 y 1984. Población de 12 años de edad expresado en tantos por ciento.

Recursos humanos.

Existe un número insuficiente de estomatólogos.

El sistema de enseñanza para estomatólogos no se encuentra dentro de los patrones del centro de Europa, ni cumplen las recomendaciones de la Comunidad Económica Europea.

No existen programas de formación de personal auxiliar.

En la mayoría de las Escuelas de Estomatología no existe un número suficiente de profesores.

Efectuó las siguientes recomendaciones:

1. Debería realizarse un estudio epidemiológico nacional para conocer el estado actual de la salud bucodental, repitiéndolo cada cinco años, con el fin de evaluar, monitorizar y replantear la política de salud.
2. Es necesario estandarizar los registros a nivel nacional, para hacer comparables los resultados.
3. Debe establecerse una plaza de funcionario dental en el Ministerio de Sanidad y Consumo, ocupada por un estomatólogo con experiencia en salud pública dental.
4. Las Comunidades Autónomas deberían hacer énfasis en el empleo de estomatólogos a tiempo completo o parcial, para

crear los pilares en que se apoyen el desarrollo de los futuros servicios de salud pública en el área.

5. Los estomatólogos seleccionados para responsabilizarse de los servicios, deberían tener la oportunidad de formarse en los cursos regulares existentes en los diferentes países de la Europa Comunitaria u organizar para ellos un curso específico en España.
6. Debería efectuarse una investigación piloto para determinar las posibilidades técnicas que presentaría la implantación de programas de fluoración tópica.
7. Deberían formularse directrices para la fluoración de las aguas comunales, revisando la legislación actual y cambiándola, si fuera necesario.
8. Deberían iniciarse programas piloto de índole preventiva en comunidades escolares de Madrid y Barcelona, que podrían irse extendiendo progresivamente al resto del país.
9. El sistema educacional debería ser cambiado para adaptarse a los requisitos de la C.E.E.
10. Debería crearse un Comité específico donde estuvieran presentes representantes de los Ministerios de Sanidad, Educación y Trabajo, las Escuelas Dentales y los Colegios Profesionales, con el fin de desarrollar la correspondiente legislación, las profesiones necesarias, las condiciones de empleo y todo lo relacionado con un Plan Nacional de Salud.
11. Si el nuevo Currículum es adoptado, el actual de Estomatología debería ir disminuyendo progresivamente o desaparecer.
12. Deberían establecerse una o varias Escuelas para la formación de personal auxiliar, en conexión con las Facultades de Odontología. La formación de los profesores para estas Escuelas podría hacerse en otro país.

13. El Ministerio de Sanidad debería determinar el número necesario de este personal y sus condiciones de empleo antes que la primera promoción se gradue.

De todas estas recomendaciones se han cumplido pocas, ya que, si bien en octubre de 1986 se ha promulgado una Ley por la que se crea la Odontología y otras profesiones auxiliares, higienistas y técnicos de laboratorio dental, estas últimas no se han desarrollado aún; no existe un grupo de trabajo mixto a nivel nacional con las debidas responsabilidades, no se ha efectuado un Plan Nacional de Salud bucodental y no existe una política coherente en la creación de recursos humanos.

VIII. INFLUENCIA DE LOS NUEVOS PATRONES EN LA EDUCACION ODONTOLOGICA

Ante todo, resulta imprescindible reconocer que la práctica de un profesional de la ciencia dental puede durar más de cuarenta años, por tanto, los conocimientos adquiridos durante su período formativo, van necesariamente a quedar obsoletos en un tiempo presumiblemente corto. Por ello, los currícula odontológicos han de incluir cuatro elementos básicos:

- Un paquete de conocimientos y habilidades clínicas que capaciten al recién graduado para la práctica moderna de la Odontología.
- Una educación científica que incluya la adecuada capacitación para adaptarse a los cambios.
- Una suficiente capacidad de autoevaluación para que le permita actuar en el marco de su competencia y reconocer sus necesidades educacionales de cada momento, determinadas, tanto por las mejoras técnicas, consecuencia de los hallazgos científicos, como derivadas de los cambios en los patrones de enfermedad.
- Una voluntad de adquirir estos conocimientos como consecuencia de un compromiso social asumido en toda su extensión.

Hasta el momento presente, poco o nada han influido en la educación odontológica los cambios detectados por los estudios ya referidos. Esto no quiere decir que en las Universidades no se hayan producido cambios, sino que éstos no han sido en el sentido que aconseja la alteración de la demanda.

El primer principio que la educación universitaria debe asumir en un mundo cambiante, es la flexibilidad y la rapidez de respuesta. Ello significa, estar al corriente de la evolución sanitaria, sociológica, educacional, económica, psicológica de su propio país y del área geopolítica en el que éste está inmerso.

Significa incluir entre su investigación, no sólo los parámetros propios, sino los de otras ciencias; significa también estar conectados permanentemente con los indicadores sociales y políticos, poseer la organización, la voluntad y la habilidad necesarias para predecir los cambios y adaptar los currícula a las nuevas necesidades. Precisa, en suma, derivar al bien común los intereses institucionales e individuales.

La caries dental está perdiendo su protagonismo gracias a las medidas preventivas que incluyen el uso de fluoruros en sus diferentes formas, el cambio de hábitos alimenticios y la mejoría en las técnicas de higiene oral (18, 32). Es de esperar que continúe este declinar, aunque no que desaparezca totalmente. Es poco probable, que antes de fin de siglo se pueda disponer de una vacuna contra las bacterias que intervienen en su producción y, aunque, así sucediera, no parece probable que esta vacuna sea de uso masivo, ya que las restricciones impuestas por los organismos públicos y la resistencia de los usuarios a utilizarlas para combatir enfermedades que no suponen riesgo para la vida, así lo sugieren.

Parece, sin embargo, que la enfermedad cariosa cambiará alguna de sus características. Al envejecer las poblaciones, mayor parte de la raíz dentaria, durante mas tiempo estará expuesta a los agentes salivales y, en consecuencia, aparecerán mayor número de caries radiculares. Por el contrario, las caries de la infancia no sólo serán mas escasas, sino de menor gravedad, con lo que los procedimientos restauradores cambiarán volviéndose más conservadores, al no ser necesaria la eliminación de tanto tejido dentario. A esto contribuirán, sin duda, los adelantos en la formulación de los materiales compuestos derivados de las resinas, que se unirán a los ionomeros, permitiendo la utilización de dos materiales soldables entre sí, de diferentes propiedades y más apropiados para sustituir tejidos dentarios y con mayor capacidad para restaurar su estructura normal.

Las fresas y los instrumentos restauradores deberán ser modificados y miniaturizados para adaptarse a los nuevos requerimientos y, probablemente, el profesional deberá trabajar con varios aumentos, al no ser la visión directa suficiente para restaurar lesiones mucho mas pequeñas que las actuales; la microodontología iniciará su andadura tarde o temprano. Probablemente, el trabajo restaurador será más complejo para menos pacientes y gran parte de él, irá destinado al reemplazo de obturaciones en los adultos.

La aparición de sistemas químicos de remoción de dentina cariada y la obtención de materiales de adhesión total a las estructuras dentarias, simplificarán el diseño de las cavidades y la práctica clínica. Es probable que en un futuro próximo, el material de obturaciones esté constituido por cristales de apatita que, mediante laser, sean fundidos directamente sobre el diente, lo que revolucionará la práctica de la operatoria dental.

La prótesis dental cambiará sus planteamientos actuales al conservarse mayor número de piezas durante más tiempo. La tendencia futura se dirigirá, sin duda, hacia la sofisticación, al reforzarse los requerimientos estéticos y ante el mayor conocimiento de la biología de la articulación temporomandibular. Las prótesis de extremo libre tenderán a desaparecer al incorporarse progresivamente las técnicas de implantes. Lo mismo le sucederá a la prótesis completa, que cada vez será menos frecuente, mientras que las técnicas fijas incrementarán su participación en las restauraciones. Cabe esperar que la utilización de los dientes vecinos, como pilares de puente, también irá declinando a medida que se perfeccionen las técnicas de implantes. Los puentes fijos tenderán a ser confeccionados con materiales cuyas propiedades sean más apropiadas a la biología del aparato estomatognático. La aplicación de sonidos y ultrasonidos en el momento de la fusión, dará lugar a nuevas aleaciones de propiedades más adecuadas y de más bajo coste, a lo que se sumarán aplicaciones de materiales como el titanio, cuyos sistemas de manipulación se están perfeccionando y que pueden sustituir con ventaja a las aleaciones de metales nobles, de costo prohibitivo y de biocompatibilidad discutible. La utilización de plásticos, de propiedades mejoradas, volverá con nueva fuerza. En consecuencia, las restauraciones serán menos duraderas y mejor toleradas, aunque probablemente de inferior coste. Los pacientes asumirán mejor que las restauraciones bucales deben ser renovadas cada cuatro o seis años.

Por lo que se refiere a la enfermedad periodontal, parece lógico que aumente al incrementarse la población sometida al mayor riesgo de ella, aunque, sin embargo, disminuirá la gravedad y, por tanto, la necesidad de tratamientos complejos de cirugía periodontal.

La Odontología infantil se verá afectada, no sólo por la disminución de la población infantil, sino por la efectividad de las

medidas preventivas y la mayor facilidad en el control del comportamiento del niño, los prácticos generales aceptarán más pacientes de bajas edades y la especialidad habrá de incluir mayor componente de práctica ortodóncica para subsistir como tal (25).

La Ortodoncia ampliará cada vez más su campo hacia los adultos, ya que en edades tempranas, el tratamiento mecánico se sustituirá por el refuerzo de las funciones normales, por medio de kinesioteapia, orientada por los hallazgos en las investigaciones sobre estimulación neuromuscular involuntaria con ondas de radar o corrientes de baja frecuencia. El empleo de fuerzas magnéticas y de los campos magnéticos revolucionará la técnica actual, disminuyendo el tiempo del tratamiento activo dramáticamente. El empleo de los nuevos materiales, más estéticos, y modernas concepciones mecánicas, convertirán los actuales sistemas, en más sofisticados de una parte, y en más simplificados, de otra, por lo que el práctico general atenderá un mayor número de casos, mientras los especialistas limitarán su práctica a casos mucho más complejos que los actuales.

La Cirugía Maxilofacial se derivará hacia las consecuencias de los accidentes, fundamentalmente de tráfico, la patología oncológica tenderá a disminuir utilizándose técnicas más conservadoras, mientras la cirugía ortognática aumentará. La cirugía bucal entablará una dura lucha con la maxilofacial en el campo que le es común, pero probablemente, la cirugía maxilofacial se derivará hacia los terrenos de la cirugía de cara y cuello despreciando la cirugía oral por su menor complejidad.

Se espera también un incremento en la orientación médica de la práctica en detrimento de la quirúrgica, que se haría innecesaria o se simplificaría en muchos casos, ante un diagnóstico más temprano y preciso.

La prevención verá incrementada su importancia extendiéndose al área social y comunitaria (6, 41). Los hallazgos de agentes antiplaca más eficientes, probablemente quimioterápicos, del tipo de la clohexidina pero sin sus inconvenientes de colorear la dentición, como asimismo la aparición de productos antitártaro de los cuales se comienza a oír hablar en la actualidad, harán innecesarios ciertos procedimientos de higiene que se utilizan en la clínica dental en la actualidad, derivando la responsabilidad del mantenimiento de la salud oral en una buena parte al propio

paciente, que cada vez estará mejor informado de como conservar su salud. Las técnicas de enseñanza grupal, cómo asimismo la aplicación de los medios de información de masas, influirán de manera notable en la adquisición de responsabilidad individual y de los conocimientos necesarios a nivel individual en la conservación de la salud.

La prevención deberá ser una parte rutinaria del ejercicio profesional, que extenderá su responsabilidad al mantenimiento de la salud de poblaciones de pacientes "prisioneras", es decir, grupos de pacientes con los que el profesional adquiere el compromiso de mantenerles la salud por una cuota fija y a los que atiende sistemáticamente en forma periódica.

Se ha de prestar más atención a las ciencias del comportamiento para ser aplicadas, tanto a la modificación del mismo dentro del consultorio, como en la adquisición de hábitos beneficiosos en el entorno social habitual en que el hombre se mueva, tanto para evitar la ansiedad, como para adquirir una actitud positiva frente a su salud.

Está generalmente admitido que los cambios previstos van a precisar de un profesional más cualificado y, probablemente, en menor número. Esto supone que ha de revisarse el número de años de la carrera, ya que en la actualidad, está generalmente admitido que no son suficientes para que el profesional salga convenientemente preparado; tal y como hemos señalado, desde el Comité de Bruselas se esta proponiendo, en este momento, el añadir uno o dos años de práctica supervisada antes del ejercicio libre de la profesión, al igual que con la Medicina.

Tal vez, sería necesario definir los estudios pregraduados de manera más exacta y ofrecer un programa básico que pudiera ser complementado con un año de internado antes de graduarse, orientado principalmente a la práctica clínica. Se sugiere también que el contacto del alumno con el paciente se efectúe lo antes posible, incluso disminuyendo el contenido de ciencias básicas, unido a un cambio de orientación de los preclínicos que son excesivamente tecnificantes.

Los estudios de licenciatura deberían complementarse con un programa de formación postgraduada, adecuado a las necesidades del país, al tiempo que se impulsa la investigación. La

formación de profesores debería ser prioritaria, ya que su déficit va a incidir, no sólo en el éxito del programa formativo, sino, ante todo, en la salud de la población, que se confía al cuidado de los recién graduados.

Las Universidades deberían participar activamente en la formación continuada de los profesionales en ejercicio, ofreciéndoles la oportunidad de actualizar sus conocimientos.

La selección de los alumnos por parte de las universidades es, en la actualidad, un proceso altamente perfectible, pero de suma importancia para el éxito del programa formativo. Por ello, se ha sugerido siempre poner un énfasis especial en la selección de los estudiantes. En unos casos, se utilizan baterías de diferentes pruebas, entre las que se encuentran tests psicológicos, pruebas de aptitud física y coordinación sensomotora. El ejercicio de la Odontología se efectúa en condiciones muy especiales, y no todos los estudiantes poseen las características adecuadas. En algunos países se exige, antes de entrar en la Facultad, cursar uno o dos años de estudios denominados predentales, a través de los cuales se efectúa la correspondiente selección.

Al finalizar los estudios y, previamente a la autorización para el ejercicio libre de la profesión, se realiza un control de la calidad del graduado mediante exámenes de reválida, en cuyos tribunales está presente la profesión organizada que, a su vez, participa en mayor o menor grado en los Comités de Currículum para aportar la información necesaria que sólo la experiencia del ejercicio profesional puede dar.

Mucho se ha debatido sobre la filosofía educacional básica, sin que exista acuerdo unánimemente aceptado, lo cual indica una vez más la importancia de la flexibilidad curricular, ya que no existen parámetros para predecir cual de las diferentes ideas va a imperar en el futuro.

Se sigue debatiendo en este instante, si es más adecuada la enseñanza de tipo integrador o simplemente coordinada o, por el contrario, si debe permanecer el currículum vertical. En el momento actual, hay suficientes experiencias cuyo éxito o fracaso es independientemente del tipo de currículum elegido. Todo ello hace pensar que el resultado final depende más de la voluntad y preparación de los profesores, de los recursos y de la capacidad

organizativa que del propio sistema. Sin embargo, parecen abrirse paso, cada vez con mayor fuerza, los sistemas de tipo integrador a partir de las experiencias efectuadas en las Universidades de Copenhague y Sheffield entre otras, durante los últimos años.

IX. LOS SISTEMAS DE ATENCION

Básicamente son tres los modelos de atención existentes en el mundo. El modelo socializado, el privado y el mixto.

En el modelo socializado, la atención bucodental corre a cargo del Estado en su totalidad. Inglaterra, Suecia, La Unión Soviética y Cuba, son países que lo preconizan, aunque el modelo inglés está siendo transformado en mixto en la actualidad. Entre sus inconvenientes, se encuentra el alto coste y la baja calidad de las prestaciones. El coste viene dado por la enorme inversión que requiere su puesta en práctica, ya que la demanda social va dirigida fundamentalmente a la atención y ésta requiere la creación de una red sanitaria. La baja calidad está relacionada con la falta de incentivos para el profesional y la cicatería de medios, tradicional de los gobiernos, que priorizan otros aspectos de la sanidad y del gasto público.

El modelo privado que impera en España, Estados Unidos y una gran parte de los países del mundo presenta también serios inconvenientes, ya que deja desamparados a los más débiles. En la mayoría de los países, donde el Estado no interviene en el sistema sanitario, tampoco lo hace en la salud bucodental. La propia población crea entonces mecanismos de defensa para abaratar costes, por medio de seguros médicos y dentales que, mediante cuotas fijas, cubren una atención de diversos niveles, siempre relacionada con el monto de la aportación periódica.

En los sistemas mixtos, como el francés o el alemán y una gran parte de los países europeos, el Estado se encarga de las medidas de índole preventivo, mientras la atención se efectúa en las clínicas privadas. El Estado se limita a negociar unas tarifas y cubrir un porcentaje variable de las mismas, el cual está en relación con el tipo de patología y el nivel socio-económico del paciente. A veces, existen redes sanitarias estatales limitadas que cubren o complementan las zonas donde la asistencia privada es insuficiente. En muchos casos, se accece a seguros complementarios privados, que permiten a quien lo desee obtener mayores

prestaciones en el ejercicio de su libertad individual constitucionalmente refrendada.

El Estado tiene, por este sistema, ventajas múltiples, entre las que se cuentan la baja inversión necesaria en la implantación y mantenimiento del sistema sanitario, en la estructura administrativa, que resulta mínima, y en el control del programa. Esto le permite invertir mayor cantidad de recursos en la prevención con el beneficio subsiguiente para la salud de la población. Por otra parte, un gran porcentaje de los recursos empleados los recupera por vía de los impuestos, ya que el sistema propicia un mayor control sobre los fabricantes, vendedores profesionales y usuarios.

Además, es el sistema que se ha mostrado más eficiente en la creación de empleo, ya que cada profesional, en el ejercicio privado, produce al menos tres puestos de trabajo, sin coste para el Estado.

Para la profesión presenta ventajas e inconvenientes. Entre las primeras, se encuentra la mayor facilidad de obtener pacientes y, por tanto, de comenzar la práctica los recién graduados, la mayor disponibilidad de horas libres, con el aumento de la calidad de vida y unos ingresos razonables, repartiéndose, de forma más homogénea, la demanda.

Entre los inconvenientes, el mayor control del Estado, sobre todo a nivel impositivo y una disminución de los ingresos, fundamentalmente de los no controlados.

España, al integrarse en Europa, ha de plantearse la cobertura por parte de la Seguridad Social de la atención y prevención, ya que puede darse la paradoja de verse en la obligación de asistir a los extranjeros residentes en nuestro país, mientras la población autóctona carece de este derecho.

Creemos que el modelo mixto es el único posible en España, ya que su coste puede ajustarse a las posibilidades presupuestarias y nuestro país no parece tener las posibilidades económicas de Suecia o Inglaterra. Por otra parte, el fracaso del sistema de salud español, es tan evidente, si lo relacionamos en términos de costo-beneficio, que muy bien podría emplearse la ocasión que brinda la incorporación de la salud bucal a las prestaciones estatales, para ensayar un nuevo

modelo en la búsqueda de una mayor eficacia, menos conflictividad, coste más bajo y mayor calidad en los servicios.

De acuerdo a nuestra experiencia, la sanidad bucodental es en el momento actual terreno de nadie y campo de todos, de una parte el Estado, de otra las Comunidades Autónomas, Ayuntamientos e Instituciones, pugnan por organizar programas ensayando formas diversas sin la planificación debida. En un lugar, encontramos programas dirigidos hacia la educación sanitaria, en otro se inician colutorios fluorados en las escuelas, de repente una casa comercial aparece sesgando la información hacia el consumo de productos concretos. En lugares poco indicados se complementa el fluor en las aguas y, allá donde es imperioso, se aprovecha que la iniciativa es de un partido concreto para oponerse en forma virulenta arrojándose unos a otros sociedades de vecinos, sindicatos o ecologistas inexpertos.

Ediles hay que se levantan con la "feliz" idea de instaurar clínicas de atención en sus ayuntamientos y, sin tener en cuenta consideraciones técnicas ni económicas, se lanzan a comprar equipos creyendo de buena fe que ésto resuelve el problema (5). Luego no es fácil encontrar profesionales que puedan trabajar con los salarios que ofrecen y los más osados inventan la fórmula de contratar personal no cualificado, siendo fuente de intrusismo profesional, y a la larga, lo que es más grave, de iatrogenia.

No puede decirse en el momento actual que no se invierten recursos públicos en programas de salud, pero sí puede afirmarse su deficiente utilización, una profunda descoordinación y la desnaturalización de sus objetivos que en más de un caso se separan de los netamente sanitarios. Los costes se elevan por encima de los razonables y al no existir un sistema de medida nacional y obligatorio es casi imposible saber si los beneficios están correctamente relacionados con los costos.

La necesidad de un Programa Nacional de Salud Bucodental es tan evidente que en breve plazo el Gobierno debe plantearse su confección y ejecución para crear un marco de referencia y unos adecuados sistemas de control, presididos por unos objetivos Nacionales que actúen como marco de referencia.

X. EVOLUCION DE LA CIENCIA DENTAL

Para CHAVES (14) cinco son las etapas de la evolución de la Ciencia Dental. En la primera, que denomina de ocupación indiferenciada, las enfermedades bucales son dejadas a su curso natural, no existiendo ningún tipo de terapéutica. Los episodios agudos son tratados por magos y curanderos, que ejercen esta actividad como una más, dentro de sus habituales oficios.

La segunda etapa o de diferenciación ocupacional, se caracteriza porque surgen individuos que hacen de su ocupación principal el arte dental, en la obtención del sustento diario. El aprendizaje es por vía del oficio ayudando a otros prácticos. Los instrumentos se diversifican, mientras la prótesis sufre un gran avance. La aplicación de la metalurgia a la práctica dental suele marcar el fin de esta época, donde el individuo puede ejercer esta profesión sin requisito previo, al no existir legislación que lo limite.

En la tercera etapa se inicia la profesionalización. Los cursos de enseñanza, en principio privados, comienzan. Cuando el número de graduados es suficiente, surge el espíritu de cuerpo y, ante la defensa de intereses comunes, aparecen las asociaciones y las primeras luchas entre profesionales y empíricos.

La cuarta etapa podría denominarse intermedia de profesionalización. En ella se exige ya la instrucción secundaria completa y los estudios se extienden a cuatro o seis años. La Odontología adquiere carácter de enseñanza universitaria, desapareciendo las escuelas privadas y haciéndose cargo el Estado de la formación de profesionales. Las asociaciones se consolidan, adquieren más fuerza, mientras se recrudecen las luchas entre profesionales y empíricos.

Aparecen dos profesiones auxiliares, los asistentes de clínica y los técnicos de laboratorio o protésicos. Se dictan leyes que delimitan los campos profesionales, quedando las profesiones auxiliares bajo el control y responsabilidad de los universitarios. La profesión crece en los ámbitos científico y técnico.

La quinta etapa, o etapa avanzada de profesionalización en la que se encuentran actualmente los países de la C.E.E. y los Estados Unidos entre otros, se caracteriza porque la profesión dental alcanza igual rango que las más avanzadas profesiones de salud. El énfasis lo adquieren los aspectos biológicos y sociales. Los estudios universitarios se completan con los grados de licenciatura y doctorado. Las asociaciones profesionales adquieren su máxima fuerza. Desaparece el problema del intrusismo profesional, creándose nuevas profesiones auxiliares de mayor y menor nivel tales como higienistas, enfermeras de funciones extendidas, promotores de salud, etc. Se crea el equipo de salud bucodental, la Odontología escolar y la hospitalaria. La Seguridad Social implanta programas preventivos y la atención va evolucionando hacia sistemas de seguro privado o es absorbida por el Estado.

El fenómeno de la especialización aparece en la etapa cuarta en las grandes urbes y en la quinta en las pequeñas ciudades.

España se encuentra, por el grado de tecnificación curricular en la última etapa o etapa quinta, sin embargo, desde el punto de vista de las profesiones auxiliares, de la cantidad de personas que prestan servicios sin cualificación, estimadas en casi el doble de las que tienen formación, por la ausencia de programas sanitarios y por la indiferencia del Estado ante los problemas bucodentales de la población, no ha pasado de la etapa cuatro.

Será pues necesario un esfuerzo conjunto del Estado, la profesión organizada, Universidades y usuarios para lograr el adecuado equilibrio.

XI. EL EJERCICIO DE LA CIENCIA DENTAL EN EL MOMENTO ACTUAL

La práctica de la Estomatología se realiza en forma individual y solo ocasionalmente en pequeños grupos. Los profesionales se concentran en las grandes urbes para dar atención a las élites económicas. Los grandes sectores de la población que no poseen los recursos económicos necesarios son excluidos, quedando su atención limitada a las prestaciones de la Seguridad Social que se restringe al tratamiento de urgencia, casi siempre mutilante.

El modelo de servicio prevalente, tanto si es financiado por el propio paciente o por otro medio, se caracteriza por actuar únicamente frente a la demanda, restaurando los daños terminales de la enfermedad, muchas veces irreversibles y de alto coste.^(*)

Las especiales características de la cavidad bucal hacen difícil encontrar materiales para su restauración anatómica y funcional, que posean las características de biocompatibilidad, duración y bajo coste.

La tecnología actual tiende a compensar estas deficiencias por medio de complejos procedimientos que terminan encareciendo los servicios y, consecuentemente, limitando el número de usuarios que pueden acceder a ellos. Algo parecido ocurre con la práctica profesional de corte excesivamente artesanal y cuya falta de organización y programación disminuye significativamente el tiempo de trabajo útil y su eficacia, por lo que repercute negativamente en la cobertura de los servicios.

El abordaje de la clínica en base a la unidad diente, no sólo deforma la realidad del ejercicio profesional sino que alarga innecesariamente los tratamientos, al tener que repetir

(*) Ver Prevención Integral en Odontología; Transcripciones del segundo curso Internacional de CERON. Estomatológicas Cerón nº1. Ed. Especial. Caracas, 1981; 170

procedimientos como la anestesia, más veces de lo deseable contribuyendo a la disminución de la cobertura.

En suma, el profesional trabaja en la actualidad prácticamente en solitario, con poco personal auxiliar, empleando gran parte de su tiempo en funciones secundarias. Utiliza una tecnología excesiva impulsada por los sistemas de producción y venta de la industria que le obligan a un consumismo exagerado e inútil, efectúa procedimientos artesanales en la cavidad oral que requieren un alto grado de especialización, tiempo y materiales muy costosos con lo que sólo puede atender un limitado número de pacientes a un alto coste.

El ejercicio profesional se hace de espaldas a las necesidades de la Comunidad y las prácticas preventivas, limitándose a la atención de urgencia o a las fases terminales de la enfermedad, no existe participación de la profesión en los programas comunitarios que tienden a mantener y reforzar la salud. Los estomatólogos no participan en las instituciones porque carecen de tiempo, esto explicaría en parte la sistemática ausencia de medidas preventivas en Ayuntamientos y Comunidades, la ignorancia por parte de la población de las medidas higiénicas y dietéticas, el olvido de la salud bucodental en los planes sanitarios.

Todas estas características tienden a reflejarse en la docencia que a su vez, forma a las nuevas promociones en base a los mismos principios, con lo cual el círculo se cierra, perpetuando así una situación a todas luces incorrecta.

Una revisión curricular se está efectuando en el momento actual en todo el mundo, y esto supone tener en cuenta tanto las cosas que han de mantenerse e incluso potenciarse, como aquellas que deben ser eliminadas o sustituidas, significa tener en cuenta los cambios previsibles y las condiciones del ejercicio profesional futuro.

XII. EL PROFESIONAL DEL FUTURO

De acuerdo a lo expuesto, en nuestra opinión, el profesional que deberíamos estar formando debe, ante todo, responsabilizarse del refuerzo y mantenimiento de la salud, en lugar de limitar su práctica a la curación de la enfermedad. Debe estar capacitado para detectar la problemática de salud oral de comunidades, de relacionarse con los usuarios y sus dirigentes, promover campañas educativas y preventivas, de integrarse en programas comunitarios de salud y de trabajar en equipo tanto como responsable del mismo o como un miembro más; debe, en consecuencia, formarse con el resto de los componentes de ese equipo, lo que supone abrir las puertas de la Universidad, a efectos formativos, al resto de las profesiones sanitarias en el área de la salud bucodental.

El ejercicio profesional debe orientarse hacia la integración del individuo, no sólo considerando la boca como parte de un todo sino al individuo como componente de un grupo social, promoviendo la salud para todos, entendiendo el concepto de salud como un derecho que no admite excepciones.

La enseñanza debe pues coordinarse con los planes de salud que sólo serán posibles si se forman los recursos humanos necesarios, tanto en número como en calidad y variedad.

Su entrenamiento práctico debe acercarse en lo posible a la realidad de su ejercicio futuro y de las necesidades sociales e individuales, con lo que resulta imprescindible organizar clínicas fuera de la Universidad e incardinadas en el seno de la Comunidad, donde pueda practicarse la profesión con los adecuados niveles de transferencia. La docencia, en suma, debe también ser servicio porque no se concibe el aprendizaje de las profesiones de salud sin la atención del paciente, objetivo final de la enseñanza.

Debe saber utilizar el procedimiento científico, adaptarse a los cambios, reconocer sus propias limitaciones y mantener el estímulo para seguir continuamente aprendiendo.

Debe saber curar no sólo mediante técnicas depuradas y precisas, sino con la adecuada organización, utilizando consecuentemente el personal auxiliar, sabiendo aprovechar los recursos al máximo, con un mínimo de fatiga, con un alto rendimiento en términos de relación costo-beneficio, con el objeto de preservar su salud y poder ofrecer una máxima calidad a un coste razonable.

Por último, debe estar capacitado para asimilar los nuevos conceptos y técnicas que a un ritmo creciente se desarrollan en la actualidad, con un espíritu abierto y crítico. Así, por ejemplo, es previsible que en el futuro se utilicen los ordenadores, no sólo como ayuda en el diagnóstico y el plan de tratamiento o para administrar el consultorio, sino también, en la confección de las prótesis, revolucionando así el campo del laboratorio dental. Se espera también que el profesional se aleje progresivamente del paciente trabajando mediante un circuito cerrado de televisión, manejando el instrumental con brazos robot, para obtener además de una mejor visión a un mayor tamaño, una mayor precisión en su trabajo. El control del dolor y del comportamiento serán pilares fundamentales en el ejercicio profesional, los nuevos materiales permitirán mejores diseños, más resistentes y estéticos.

El profesional del futuro será pues más humanista, estará más integrado en la Comunidad, actuará más en el campo de la prevención, pero será capaz de entender y manejar sofisticadas máquinas que le ayudarán en el diagnóstico y tratamiento.

XIII. EL NUEVO CURRÍCULUM ODONTOLÓGICO ESPAÑOL

La Ley 10/1986, de 17-3 BOE 20-3-86 de creación de la Odontología ha permitido la institución de cinco Facultades, de las cuales tres nacieron al unísono: Barcelona, Granada y Madrid y, las otras dos, Bilbao y Valencia lo hicieron posteriormente y con diferente modelo.

Los objetivos curriculares de las tres primeras fueron consensuados previamente, hasta donde las corrientes imperantes de búsqueda de la identidad regional hicieron posibles, aceptándose un modelo uniforme, independiente y que pretendía recoger la experiencia europea y americana.

La primera decisión a tomar fue el tipo de currículum decidiéndose organizar una enseñanza coordinada por unidades de integración cuyo eje nuclear era la práctica clínica. Para racionalizar los conocimientos básicos se trató de agrupar en ellas todos los conocimientos necesarios para comprender y describir la normalidad del ser humano, así se hizo un bloque que abarcara la morfología normal macro y microscópica, otro para la morfología normal del área bucofacial, otro para la función normal, etc. Se pasó después a la Patología siguiendo el mismo esquema. Esto obligaba a los profesores de diferentes departamentos a dialogar para planificar la enseñanza de forma coordinada y, con el fin de asegurar su cumplimiento, se organizó una evaluación por bloques de manera que la nota final del estudiante en cada bloque precisaba también del diálogo de los diferentes responsables de las enseñanzas.

Como un paso más avanzado, se sugirió que la evaluación debería ser efectuada por personas diferentes a los enseñantes y, así se dieron funciones coordinadoras y evaluadoras al Comité de Docencia como así mismo facultades para aprobar los objetivos docentes y los programas propuestos por los Departamentos.

De esta forma, se iniciaba un proceso que tiende a separar la enseñanza de la evaluación, convirtiendo ésta, no sólo en un proceso destinado a conocer si un alumno concreto tiene el nivel adecuado de

XIV. FORMACION POSTGRADUADA Y CONTINUADA

Hemos de admitir que la responsabilidad de las Universidades no acaba con la licenciatura de los estudiantes. En un mundo de tecnología creciente a un ritmo muy superior a lo dominable por un solo ser humano, la especialización ha nacido como respuesta a la imposibilidad del dominio completo de las ciencias técnicas y de las habilidades necesarias para su ejercicio; al mismo tiempo que como creadoras de la propia ciencia, aspecto imprescindible del quehacer universitario.

Era pues esencial atender en la planificación global de las enseñanzas a tres aspectos fundamentales: completar la oferta de enseñanza hasta alcanzar la total cobertura de las necesidades, asegurar la puesta al día de los conocimientos y la formación del profesorado.

Para cubrir toda la enseñanza de la patología, dos fueron los niveles de formación postgraduada diseñados. El primero, correspondía a un rotatorio de un año en el que se preveía poder ofrecer el entrenamiento necesario para ampliar el campo de actuación en hasta un 20% dentro del marco de la práctica general. Dejando el resto para las enseñanzas postgraduadas de alta especialización, mediante cursos cuya duración oscilaba entre uno y tres años.

Aprovechando la experiencia que los Departamentos de Estomatología tienen, se diseñaron cursos de Operatoria Dental, de Endodoncia, de Prótesis, de Cirugía Oral, de Medicina Bucal, de Periodoncia, de Odontopediatría y de Ortodoncia, previendo que pudieran constituir en su día el propio doctorado Odontológico.

La tendencia actual en Europa es a complementar la atención básica con una muy especializada para la curación de los problemas que requieran sofisticadas técnicas y conocimientos muy específicos, por lo que en un currículum naciente han de considerarse estas tendencias.

La formación de profesores se ha hecho coincidir con estos programas, de manera que se han definido diferentes etapas en su formación.

La primera estaría constituida por el curso rotatorio donde deberían obtener los conocimientos suficientes para enseñar las prácticas de la licenciatura. Estaríamos, pues, formando un profesor de prácticas.

La segunda, lo constituiría un postgrado en un área específica. Así, los conocimientos adquiridos le llevarían a dominar un área de teoría y de práctica de alta especialización. Podría pues contribuir a la formación de los profesores de prácticas, y de postgraduados al tiempo que participaría en la planificación de las enseñanzas y en la impartición de la teoría.

La tercera sería su formación como investigador mediante la participación activa en las líneas de investigación del Departamento desde el inicio de su formación docente y elaborando su tesis doctoral.

Por último, sería necesario incluir en su formación tanto las técnicas docentes más avanzadas en el uso de la tecnología educativa, como una sólida formación pedagógica y administrativa que tanto hemos echado en falta durante nuestro proceso formativo.

Especial énfasis se da hoy día a la formación continuada, basándose en los permanentes avances científicos que hacen obsoletos los conocimientos adquiridos durante la licenciatura, después de cinco años. Si tenemos en cuenta que la esperanza de ejercicio profesional del recién graduado es de 30 años cabe concluir que, de no organizarse enseñanzas acreditadas y obligatorias, la profesión sufrirá un enorme deterioro en la prestación de los servicios, cuyas consecuencias últimas recaerán sobre el usuario. La fórmula adoptada en Europa, es precisamente, la obligatoriedad de asistir a un número determinado de cursos de actualización acreditados para poder mantener la licencia del ejercicio profesional.

Por todo ello, hemos puesto especial énfasis en la organización de la enseñanza continuada.

Por último, el desarrollo de asociaciones profesionales fuertes que tengan como principal competencia velar por el ejercicio ético de la profesión, es decir, los intereses de los usuarios, sin renunciar al amparo de los propios, resulta fundamental para la consolidación de la profesión y su mejor servicio a la sociedad.

Como hemos podido observar la problemática que plantea la salud bucodental no es precisamente un problema banal ni sencillo, sólo la confluencia de acciones variadas, de responsabilidad múltiple, de esfuerzos conjugados, de planificación responsable, acompañados de la inversión necesaria, harán posible que España se alinee también en este área entre los países de su entorno geopolítico, permitiendo que la tradicional sonrisa de los españoles no sólo refleje su estado de ánimo, sino también su estado de salud.

XV. EL NUMERO DE PROFESIONALES EN ESPAÑA

Mucho se ha especulado sobre cual es el número adecuado de profesionales para proveer de la adecuada cobertura sanitaria en el aspecto buco-dental (1). Las Universidades pueden adoptar dos posturas ante este hecho: Limitarse a estudiar los que pueden formar de acuerdo a los recursos o participar, con su experiencia, en el estudio del problema.

En nuestro caso, decidimos optar por la segunda contribuyendo con diferentes trabajos a clarificar el problema (34, 35). Aunque no es sencillo tema en el que se involucran la experiencia de otros países, el grado de afectación y la cualificación de la enfermedad, los planes sanitarios de los gobiernos, la cualificación de los profesionales, los recursos disponibles, el grado de educación sanitaria, la fuerza de las medidas preventivas y un largo etc. Podríamos presumir que, en cualquier caso, una relación de habitantes por profesional próxima a países como Irlanda e Inglaterra de 1/3500 no sería excesiva, lo cual situaría nuestras necesidades en 1990 del orden de los 11.000 profesionales, cifra que se alcanzaría si el ritmo actual de la formación permanece estacionario.

Sin embargo, el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos (30) tras analizar el fenómeno de las convalidaciones de extranjeros, que pueden ascender a más de 3.000 en los próximos tres años, y el del ingente número de médicos españoles que, aprovechando los convenios internacionales van a formarse a universidades europeas y, sobre todo, sudamericanas, algunas de las cuales dan excesivas facilidades, han llegado a la conclusión, si le sumamos las previsiones de europeos que en virtud de la libre circulación pueden ejercer en España, que en 1992 tendremos más de 9.000 profesionales sin trabajo.

Todo ello nos mueve, como universitarios, a sentir preocupación, no tanto por ver reproducido en la Profesión Dental la problemática de la Medicina, sino ante todo por nuestra responsabilidad en la formación de unos profesionales que han de estar suficientemente capacitados para incorporarse a un mercado

laboral altamente competitivo dentro del ejercicio libre de la profesión para lo que hacen falta recursos importantes.

Se ha demostrado que el número de profesionales no tiene una correlación lineal con el estado de salud bucal de la población. Antes bien, un número excesivo provoca un sobreatamiento de las necesidades, y un incremento del coste de los servicios.

Sin embargo parece muy difícil regular el ejercicio libre de una profesión cuya práctica es fundamentalmente privada, en un momento en el que nuestros compromisos con la Europa Comunitaria nos empujan a la liberalización del derecho de establecimiento y ejercicio y, nuestra trayectoria histórica y genética nos han atado a compromisos con Iberoamérica, cuyo V Centenario de su descubrimiento vamos a celebrar.

Es necesaria mucha generosidad y mucha imaginación para afrontar este problema, donde cualquier solución ha de contemplar la absoluta prioridad del bien social que la salud bucal comporta, como derecho de todo ciudadano.

XVI. CONSIDERACIONES FINALES

España se enfrenta decididamente al futuro; su incorporación a Europa va a traer como consecuencia una necesidad de adaptación de nuestras estructuras que, sin duda, supondrá un esfuerzo importante en todos los órdenes. Aceptar que ésto va a ser así, supone concentrar las energías en esos cambios, en lugar de diversificarlos pretendiendo el imposible de que Europa se adapte a nosotros.

Por otra parte, Europa ha recogido el desafío del futuro con gran energía y ha emprendido un camino renovador precedido de estudios a todos los niveles y seguido de acciones concretas que eran impensables hace unos años y que suponen una inversión de recursos sin precedentes.

Así, los jóvenes europeos podrán estudiar las carreras universitarias en diferentes países por periodos de tiempo variable y con equivalencia de las calificaciones obtenidas. Podrán ejercer su profesión en cualquier lugar de la Comunidad e, incluso, practicar en distintos sitios simultáneamente.

Para hacerlo posible, se ha iniciado ya un proceso de homogeneización curricular y de planes de estudio, incluso de metodología educativa y, mientras esto ocurre, España acentúa sus diferencias entre universidades llegando incluso a exigirse las lenguas vernáculas como medio de expresión de la ciencia. Los responsables deberían reflexionar sobre este hecho que nos llevará indefectiblemente a ser colonizados, no sólo en el plano científico y económico, sino también en el sociocultural.

Se impone pues, por nuestra parte, el estudio riguroso de las nuevas tendencias, la adaptación rápida de los currícula, la inversión necesaria y la formación del profesorado para su puesta en práctica, si queremos que nuestros universitarios puedan competir en ese libre mercado que se acerca a pasos agigantados.

Se prevé la inversión de grandes recursos en investigación que serán adjudicados a aquellas Facultades que demuestren poseer

no sólo las ideas sino los recursos humanos y materiales imprescindibles, la selección se hará objetivamente y en competencia con el resto de Europa, habiéndose previsto mecanismos de control que aseguren su adecuada utilización. Sólo un esfuerzo sobrehumano puede conseguir la imprescindible competitividad, ya que la investigación es la madre de la ciencia y de la importancia de nuestra presencia va a depender el papel que juguemos en un futuro.

Consecuentemente, la investigación debe ser uno de los nortes de nuestra enseñanza, sin olvidar que la formación de los nuevos investigadores ha de iniciarse en la Universidad y que su progreso depende muchas veces más que de los medios materiales de la dedicación de los profesores, de la concentración de sus esfuerzos en el laboratorio.

Es necesaria una gran reforma de las enseñanzas universitarias tanto, en el sentido de la ampliación de oferta, puesto que el mercado de trabajo necesita especialistas nuevos no contemplados en la actualidad, como en la organización misma de los currícula, de la formación de profesores y de la investigación.

Los currícula deben estar más orientados al alumno y, en nuestro caso, a las necesidades del paciente, tener la suficiente flexibilidad con objetivos claramente expresados donde se contemplen las evaluaciones, sin perder de vista que estamos formando profesionales que han de enfrentarse con problemas concretos, no investigadores ni enciclopedistas.

Debe incrementarse la formación de los estudiantes desde el punto de vista preventivo y de las ciencias del comportamiento, dotándoles de una mayor preparación para entender la problemática del enfermo que se extiende mucho más allá del mero sufrimiento físico, dispuestos a actuar dentro de los límites de su competencia y motivados para mantenerse al día en los avances científicos.

La solución a la problemática de la salud bucodental de nuestro país no está únicamente en el aumento del número de profesionales, ni en un incremento de la atención, sino en los planes de prevención de su patología por el Estado. Debería, por tanto, existir un Plan Nacional de Salud Bucodental que incluya estudios epidemiológicos sistemáticos para detectar los cambios en los patrones de la enfermedad.

Pero, esto sólo será posible si somos capaces de desprendernos de la miseria cotidiana, de las costumbres adquiridas, de los hábitos, del egoísmo, de la envidia, de la pereza, de la prepotencia y la deformación profesional. Sólo el trabajo humilde, el cotidiano esfuerzo, hecho con el amor de la entrega a los demás, es realmente productivo.

Estoy seguro que nuestras Universidades serán capaces de reaccionar ante el gran desafío europeo, sabrán cumplir su compromiso con nuestra España, la de la piel de toro, y la que se retuerce en el sufrimiento al otro lado del Atlántico.

El reto que supone la formación de recursos humanos en salud buco-dental tiene dos dimensiones fundamentales.

De un lado, formar todo un equipo de salud adecuadamente, teniendo en cuenta las tendencias futuras de cambio, utilizando las mejoras metodológicas y tecnológicas existentes y sin perder la dimensión histórica de España en el terreno de las ciencias, comprometida en Europa, América y África.

De otro, que la Odontología está ofreciendo por sus peculiaridades, un modelo que resume todas las posibilidades de la enseñanza universitaria, por lo que debería aprovecharse como experiencia piloto en la búsqueda de nuevos y más eficaces modelos educativos.

Aceptar nuestro reto al futuro supone, ante todo, tener siempre presente esas cosas esenciales, esas claves inamovibles en el transcurso de los tiempos tan bien expresadas por ese universitario cabal, académico insigne y maestro indiscutible del saber médico, que es el Prof. Durán Sacristán (16) cuyas palabras me tomo la libertad de parangonar.

"La Universidad debe ser *clasista* pero de una sola clase: los más trabajadores y los mejor dotados intelectualmente para que ellos constituyan la base en la que se asiente el progreso social. La adecuada selección de los estudiantes es la base para constituir una profesión capaz de cumplir sus compromisos con la sociedad.

El profesorado es la clave de la enseñanza y cuanto más ramplón sea el método de selección más riesgo de vulgaridad intelectual se introducirá en nuestras filas; es necesario, además,

formarlos continuamente, para que lleguen a entender que el buen profesor, no solamente enseña disciplinas médicas, sino maneras de ser, comportamientos humanos.

El proceso de la enseñanza debe ir orientado fundamentalmente a enseñar a pensar, porque de todas las libertades públicas y derechos fundamentales, la más importante, la que no puede coartarse, la que da fundamento a nuestra Institución, es la libertad de pensar.

La Universidad es el templo del pensamiento."

La Universidad, en tanto que crea los recursos humanos mas cualificados, los futuros dirigentes, debe enseñar también a hacer, porque la ciencia y el progreso son siempre acción.

La Universidad debe ser pues el ejemplo del bien hacer.

He dicho.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Alijarde J. Demografía Profesional en la 1ª Región. Profesión Dental 1986; XIV (3) : 9-22
- (2) Anderson RJ, Bradnock G, Beal JF, James PMC. The Reduction of Dental Caries Prevalence in English Schoolchildren. J Dent Res 1982; 61 (Special Issue): 1311-1316
- (3) Barbería Leache E. et al. Estudio Epidemiológico de una Población Infantil. Boletín de Información Dental 1983; 326: 43-46
- (4) Barbería Leache E. et al. Perfil Epidemiológico de la Caries Dental en Alcalá de Henares. Anales Españoles de Pediatría 1984; 21 (6) : 573-577
- (5) Barbería Leache E. Andrés Corada M.C. Experiencia de Atención Escolar con Clínicas Dentales Móviles. Revista de Actualidad Estomatológica Española 1984; 336: 45-47.
- (6) Bascones Martínez A. Prevención y Estomatología en la hora actual. Revista de la Universidad Complutense 1981; 352-354
- (7) Bascones Martínez A. El Odontólogo y Estomatólogo ante la Comunidad Económica Europea. Profesión Dental 1986; XIV(1): 9-12
- (8) Bascones Martínez A. Necesidades de Tratamiento Periodontal en la Población Urbana de Madrid. Avances en Odontoestomatología 1987; III (3): 135-143
- (9) Bosch Marín J. El niño español en el siglo XX. Discurso para la recepción pública del Académico Electo Sr. D. Juan Bosch Marín. 1 de junio de 1947
- (10) Bowen WH. The Harvest of Research. J Dent Res 1981; 60 (Special Issue C) : 1486-1488

- (11) Bracco P. La Odontostomatología en los Países de la Comunidad Económica Europea: Italia. *Profesión Dental* 1986; XIV(2): 9-16
- (12) Burt BA. Influences for Change in the Dental Health Status of Population: An Historical Perspective. *J Public Health Dent* 1978; 38(4): 272-288
- (13) Carr LM. Dental Health of Children in Australia 1977-1980. *Aust Dent J* 1982; 27(3): 169-175
- (14) Chaves M. *Odontología Social*. 2ª Ed. Río de Janeiro: Labor do Brasil, 1977: 448
- (15) Crielaers PJA. Submission to FDI/WHO Joint Working Group on Changing Patterns of Oral Health.
- (16) Durán Sacristán H. *Vivencias Universitarias. Discurso correspondiente a la apertura del Curso Académico 1985-1986*. Madrid: Universidad Complutense, 1985
- (17) First International Conference on the Declining Prevalence of Dental Caries: The Evidence and the Impact on Dental Education, Dental Research and Dental Practice, *the In: J Dent Res* 1982; 61 (Special Issue): 1301-1383
- (18) García Fernández J. Programas de Salud Buco-Dental en Comunidades Escolares. *Centro Médico* 1985; VII(57): 27-30
- (19) Gimeno de Sande A. et al. Estudio Epidemiológico de la Caries Dental y Patología Bucal en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1971; XLV: 1-73
- (20) Hunter PBV, Drinnan HB. Caries Prevalence in the Permanent Teeth of Eight and Nine-year-old children in Canterbury. *N Z Dent J* 1977; 73: 143-145
- (21) Hunter PBV. The Prevalence of Dental Caries in Five-year-old New Zealand Children. *N Z Dent J* 1979; 75: 154-157
- (22) Hunter PBV, Hollis MJ, Drinnan HB. The Impact of the WHO/DD International Collaborative Study of Dental

- Manpower Systems on the New Zealand School Dental Service. *J Dent Res* 1980; 59 (Special Issue DII): 2268-2273
- (23) Impacto de los Patrones Cambiantes en la Educación y Práctica Odontológica. Federación Dental Internacional. Comisión de Educación y Práctica Odontológica. Informe Técnico del Grupo de Trabajo 8. Asamblea General 1987-1993
- (24) Kalsbeek H. Evidence of Decrease in Prevalence of Dental Caries in the Netherlands: An Evaluation of Epidemiological Caries Surveys on 4-6 and 11-15 year-old Children, Performed Between 1965 and 1980. *J Dent Res* 1982; 61 (Special Issue): 1321-1326
- (25) Katz S, Moreno González JP, García Vicente L. Programa de Salud Buco-Dental para la Población Infantil Española. *Boletín de Información Dental* 1980; XL(308): 45-53
- (26) Koch G. Evidence for Declining Caries Prevalence in Sweden. *J Dent Res* 1982; 61 (Special Issue): 1340-1345
- (27) Künzel W. Annual Sugar Consumption and Caries Prevalence in Optimun Fluorides Areas. *J Int Ass Dent Child* 1983; 14: 15-19
- (28) Métodos y Programas de Prevención de las Enfermedades Bucodentales. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Gêneve: Organization Mondiale de la Santé, 1984: 51. (Informe Técnico nº 713)
- (29) Moller IJ. Oral Health. Report on Two Visits to Spain. Copenhagen: World Health Organization, 1984: 12
- (30) Monlleó Pons J. Informe de la Colegiación de Odontólogos y Estomatólogos en España. Madrid: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 1987: 32
- (31) Moreno González JP, Riobóo García R, Solano Reina E. Programas Preventivos en Clínica Odontológica. *Odonto* 1980; 4: 65-75

- (32) Moreno González JP et al. El uso de Fluor y Clorhexidina para la Prevención de la Caries de Radiación. Boletín de Información Dental 1982; 317: 25-26
- (33) Moreno González JP, Barbería Leache E, Andrés Corada M.C., Iñiguez Gómez JJ. La Caries Dental se cierce sobre la infancia española. Previsión Sanitaria Nacional 1984; 11:11-16
- (34) Moreno González JP. Las Escuelas de Estomatología ante la Ley General de Sanidad y la Reforma Sanitaria. Centro Médico 1985; 57: 23-24
- (35) Moreno González JP. Reflexiones sobre el número de Odontostomatólogos y su formación. Boletín de Información Dental 1982; XLII (318): 43-52
- (36) Odontostomatología y la Cirugía Oral y Maxilofacial: Adaptación a la C.E.E. Centro Médico 1985; nº monográfico (57): 42
- (37) O'Mullane DM. The Changing Patterns of Dental Caries in Irish Schoolchildren Between 1961 and 1981. J Dent Res 1982; 61 (Special Issue): 1317-1320
- (38) Renson CE. et al. Patrones Cambiantes de Salud Bucodental e Implicaciones para los Recursos Humanos Dentales: Informe de un grupo de trabajo formado por la Federación Dental Internacional y la Organización Mundial de la Salud. Archivos de Odontostomatología 1986; 2: 23-40. (Reprint del International Dental Journal 1985; 53: 235-251)
- (39) Riobóo García R. Estudio Epidemiológico de las Enfermedades Bucodentarias en una zona de Madrid (zona no fluorada). Revista de Sanidad e Higiene Pública 1980; LIV: 18
- (40) Riobóo García R. Epidemiología y Prevención de la Enfermedad Periodontal. Revista de Sanidad e Higiene Pública 1981; XXIX (3): 147-160
- (41) Riobóo García R. Planificación de un Programa Preventivo de las Enfermedades Bucodentarias a nivel escolar. Revista de Sanidad e Higiene Pública 1984; 58: 495-509

- (42) Schaub RMH, Jansen J, Pilot T. The Prevalence of Periodontal Disease in an Adult Dutch Population. J Dent Res 1979; 58 (Special Issue D): 2263
- (43) Schaub RMH. Periodontal Health in a Population Exposed to Conventional Dental Care. J Dent Res 1983; 62 (Special Issue): 680
- (44) Slocker la Rosa E. Contestación al Discurso de Ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina de D. Florestán Aguilar. 7 de junio 1933.

CONTINUACION AL DISCURSO DEL
EXCMO. SR. D. JUAN PEDRO MORALES CASANOVES
POR EL EXCMO. SR. D. JUAN BOSCH MARIN

Excmo. Sr. Presidente

Sres. Académicos

Señores y Señoras

Quisiera comenzar el presente discurso de dar la bienvenida a esta Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de la Universidad de Valencia.

**CONTESTACION DEL
EXCMO. SR. D. JUAN BOSCH MARIN
ACADEMICO NUMERARIO**

Las ciencias físicas y matemáticas representan una gran actividad humana que ha permitido el progreso de la civilización y el bienestar de la especie humana. Estas ciencias son fundamentales para el desarrollo de la tecnología y la industria, y para el avance de la cultura y el conocimiento humano.

Además de su importancia en el mundo real, las ciencias físicas y matemáticas han sido fundamentales en el desarrollo de la filosofía y la literatura. Muchas obras de arte y literatura han sido inspiradas por las ideas y descubrimientos de estas ciencias.

En el transcurso de la historia, las ciencias físicas y matemáticas han sido objeto de muchas controversias y debates. Sin embargo, su importancia para el progreso humano es innegable y seguirá siendo así en el futuro.

Finalmente, quisiera agradecer a esta Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de la Universidad de Valencia por su acogida y por su apoyo a la investigación científica y al desarrollo de las ciencias físicas y matemáticas.

**CONTESTACION AL DISCURSO DEL
EXCMO. SR. D. JUAN PEDRO MORENO GONZALEZ
POR EL EXCMO. SR. D. JUAN BOSCH MARIN**

Excmo. Sr. Presidente

Sres. Académicos

Señoras y Señores:

Cumplo complacido el honroso encargo de dar la bienvenida a esta Real Academia Nacional de Medicina, y en nombre de la misma, al Ilustre Profesor Dr. Juan Pedro Moreno González.

El magistral discurso que acabamos de escuchar nos ratifica en el acierto de su elección y ha sido retrato y compendio de pasadas, presentes y futuras inquietudes.

La gran personalidad del recipiendario está plasmada en los quince puntos de su magnífica exposición, que no tenemos tiempo ni es ocasión de analizar detenidamente, pero destacaremos su labor y entusiasmo por su profesión, con su incansable investigación y estudio que nos lo demuestra por medio de las más de cincuenta publicaciones en revistas especializadas y en sus libros.

Además es "ciudadano del mundo", ya que ha realizado Cursos especiales y ha sido becado en diferentes Centros y Universidades de Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos, y su constante presencia en las reuniones internacionales de la especialidad.

En el transcurso de la conferencia nos hace referencia a los diferentes maestros, lo que denota su fidelidad al juramento de Hipócrates, que dice "*honrarás a tus maestros como a tus padres*".

También ensalza la personalidad de su padre por cumplirse en él el doble motivo de admiración: paternidad y, al mismo tiempo, la maestría profesional bien acreditada en sus años de ejercicio en el

Hospital de San Rafael, en donde perdura el recuerdo del apellido Moreno como vigente Escuela de Estomatología y Ortodoncia, frecuentada por alumnado internacional.

En mi trayectoria por la Sanidad como estudiante y como Postgraduado, no puedo olvidar mi paso por la Escuela de Puericultura, donde había una Sección para otorgar el título de Odontólogo Puericultor y en las Escuelas de posterior creación siempre existió ese Servicio.

El antecesor de la O.M.S., que fue la Oficina Internacional de Higiene de la Sociedad de Naciones, en los años treinta, dió lugar a la creación de Centros de Salud primarios, secundarios y terciarios. Se dió un paso gigante con la organización de estas tres clases de Centros: primarios, pueblos pequeños; secundarios, comarcales o pueblos medianos y terciarios, centros provinciales de higiene. En todos ellos había una Sección o Servicio de Odontología. Esperemos que la actual y futura organización sanitaria española, no se olvide de la trascendencia de este Servicio.

Lain Entralgo nos decía que el español "*carece de sentido histórico*". Sin embargo, el Prof. Moreno nos ha hecho una brillante y detallada exposición de toda la historia de la Odontología, contradiciendo este aserto.

El Prof. Moreno sigue la trayectoria de las grandes figuras de su especialidad, felizmente iniciada por D. Florestán Aguilar, que comenzó inspirando a S.M. el Rey Alfonso XIII la creación de la Ciudad Universitaria, inaugurada en 1927.

En el campus de dicha Ciudad Universitaria, destaca la Escuela de Estomatología, a cuya ejecución contribuyó destacadamente otro gran especialista, Bernardino Landete, y terminada por el Académico Pedro García Gras.

Dicha Escuela forma parte del complejo médico constituido por las Facultades de Medicina y Farmacia y la Escuela de Sanidad Nacional.

También ha hecho referencia el Prof. Moreno de que no hay en España un sistema público de atención bucodental estructurado y que no existen sistemas comunitarios preventivos, y ello es bien

cierto. La educación sanitaria que hace años me pidieron que definiera y lo hicimos como:

Conjunto de actividades conducentes a la creación de hábitos personales, que permita el fomento y conservación de la salud del individuo y de la colectividad.

Tiende la Educación Sanitaria a despertar el sentido de responsabilidad de la propia salud y de quienes nos rodean o de nosotros dependen.

Entendiendo por salud, según definición de la O.M.S., "*Estado de bienestar físico, bienestar mental y bienestar social*", la Educación Sanitaria ha de cuidar de establecer o modificar el comportamiento de los individuos hasta la consecución del "*bienestar*" en los tres aspectos señalados.

Pues bien, esta Educación Sanitaria no llega a todos los españoles. Se están haciendo intentos, charlas, cursillos, etc., pero todo aislado. Se debería empezar por la escuela como centro de educación para la salud y no que todavía, en muchas poblaciones rurales, a pesar de los medios de comunicación, pervive el folklore sanitario, con los errores y aciertos de la sabiduría popular.

Cuando la caída del primer diente, todavía escuchamos que el Ratoncito Pérez le da al niño un regalo si lo deja debajo de la almohada, o bien lo de tirar el diente al tejado diciendo "tejadito, tejadito, te doy este diente para que me des otro más bonito" o que no se debe de tirar el diente al suelo, pues si lo comía un ratón, entonces tendría diente de ratón, o si lo comiera una gallina no llegaría nunca a tener dientes.

En fin, se podrían decir muchas anécdotas de este tipo, pero no es, a mi modo de ver, éste el lugar adecuado.

Todos estos intentos que se están haciendo, van destinados al fracaso, porque toda acción, en este caso de la acción sanitaria, para ser eficaz, debe de ser extensa y permanente.

La evolución de la ciencia dental que nos explica el Prof. Moreno tiende a la especialización, tal como ocurre con otras ramas de la Medicina y aquí concurren dos vertientes: la superación

técnica y luego la aplicación, no solamente individual, sino dirigida hacia la colectividad social, con la Educación Sanitaria, la escuela.

Dicha educación no ha de ser solamente de tipo explicativo e informativo, sino práctico, porque " *lo que se oye, se olvida; lo que se ve, se recuerda, lo que se hace, se aprende*".

Muy atinadamente el Prof. Moreno nos habla de la acción preventiva de la Estomatología y nada más cierto, de acuerdo con la moderna concepción de los fines de la Medicina preventiva, clasificada como prevención primaria, evitar la enfermedad; prevención secundaria, evitar la complicación y prevención terciaria, evitar la secuela o invalidez. Se aspira a una mayor prevención primaria en la referencia que nos hace el Prof. Moreno, a una posible vacuna contra la caries, que tal vez pueda conseguirse con los progresos de la medicina contemporánea, se habla de vacunación en tiempos próximos de enfermedades como el paludismo, la lepra, el SIDA, etc.

La prevención secundaria de evitar la complicación y la terciaria de evitar la invalidez o pérdida del órgano enfermo, ocupa la atención preferente en la moderna técnica estomatológica.

Ejemplo de esta prevención y sus resultados lo tenemos en el éxito de la moderna geriatría, donde existen mayores pérdidas dentarias, lo que va a contribuir a una mejor salud de los mayores, cumpliendo la aspiración de la misma, no solamente añadir "años a la vida", sino añadir "vida a los años".

Las Organizaciones internacionales, preocupadas por el bienestar de los ciudadanos, quisieron firmar un compromiso en Alma Ata, que se condensa en el conocido enunciado "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000". Se tilda, por muchos, como una utopía, pero pensemos, donde no hay utopía o algo inalcanzable que el hombre quiera llegar a tener, no hay progreso, desarrollo y bienestar.

Vuestra llegada a esta Casa, recuerdo de pasadas glorias y conquistas de la Medicina, verdadero senado de serena discusión de presentes y futuros anhelos para alcanzar el reto que suponen las anteriores palabras, es muy oportuna. Por ello, en nombre de la misma, me honro en daros la más calurosa bienvenida y auguraros sinceramente el éxito que, estoy seguro, merecéis.

Bienvenido, admirado y estimado Prof. Moreno.

He dicho.

SALUDACION.....	.....
I. INTRODUCCION.....	.....
II. LA ODONTOLOGIA.....	.....
III. LA ODONTOLOGIA EN LA VIDA DEL HOMBRE.....	.....
IV. DE LA ODONTOLOGIA A LA ODONTOPEDIATRIA.....	.....
V. PASANDO POR LA ODONTOPEDIATRIA.....	.....
VI. PARTES DE LA ODONTOLOGIA.....	.....
VII. LA INFLUENCIA DE LA MEDICINA.....	.....
VIII. EL CAMBIO EN LOS PATRONES DE SALUD.....	.....
IX. ECONOMIA, LA CARIES DENTAL.....	.....
X. LA SALUD SOCIAL DE LOS ESPANOLAS.....	.....
XI. INFLUENCIA DE LOS NUEVOS PATRONES DE SALUD.....	.....
XII. EDUCACION ODONTOLÓGICA.....	.....
XIII. LOS SISTEMAS DE ATENCION.....	.....
XIV. EVALUACION DE LA ODONTOLOGIA.....	.....
XV. EN ESPAÑA.....	.....
XVI. EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGIA DENTAL EN EL.....	.....
PRESENTADO ACTUAL.....	.....
XVII. EL PROFESIONAL DEL FUTURO.....	.....
XVIII. EL NUEVO CURRÍCULO EN ODONTOPEDIATRIA.....	.....
ESPAÑA.....	.....
XIX. FORMACION POSTGRADUADA Y CONTINUADA.....	.....

INDICE

	<u>Págs.</u>
SALUTACION.....	7
I. INTRODUCCION.....	9
II. LA SONRISA.....	15
III. LA BOCA EN LA VIDA DEL HOMBRE.....	17
IV. DE LA ODONTOLOGIA A LA ODONTOLOGIA, PASANDO POR LA ESTOMATOLOGIA.....	21
V. PAUTAS DE CAMBIO EN EL EJERCICIO Y EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA.....	31
VI. EL CAMBIO EN LOS PATRONES DE SALUD BUCODENTAL. LA CARIES DENTAL.....	39
VII. LA SALUD BUCAL DE LOS ESPAÑOLES.....	55
VIII. INFLUENCIA DE LOS NUEVOS PATRONES EN LA EDUCACION ODONTOLOGICA.....	61
IX. LOS SISTEMAS DE ATENCION.....	69
X. EVOLUCION DE LA CIENCIA DENTAL EN ESPAÑA	73
XI. EL EJERCICIO DE LA CIENCIA DENTAL EN EL MOMENTO ACTUAL.....	75
XII. EL PROFESIONAL DEL FUTURO.....	77
XIII. EL NUEVO CURRICULUM ODONTOLOGICO ESPAÑOL.....	79
XIV. FORMACION POSTGRADUADA Y CONTINUADA....	83

XV.	EL NUMERO DE PROFESIONALES EN ESPAÑA.....	87
XVI.	CONSIDERACIONES FINALES.....	89

BIBLIOGRAFIA.....	93
-------------------	----

DISCURSO DE CONTESTACION DEL ACADEMICO	
NUMERARIO EXCMO. SR.D. JUAN BOSCH MARIN.....	101

I.	INTRODUCCION	
II.	LA MEDICINA	
III.	LA SOCIEDAD EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA	
IV.	DE LA ORGANIZACION A LA ECONOMIA	
V.	PASADO POR LA ESTOMACODINAMIA	
VI.	PAISAJES CLINICOS EN EL TIEMPO	
VII.	LA EVOLUCION DE LA MEDICINA	
VIII.	EL CAMBIO EN EL PATRON DE ENFERMEDADES	
IX.	INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	
X.	LA SALUD SOCIAL DE LOS PROFESIONALES	
XI.	INDICADORES DE LOS NIVELES SOCIOECONOMICOS	
XII.	EDUCACION DE LOS PROFESIONALES	
XIII.	LOS NIVELES DE ATENCION	
XIV.	EVOLUCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	
XV.	EL FUTURO	
XVI.	EL DESARROLLO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	
XVII.	MOMENTO ACTUAL	
XVIII.	EL DESARROLLO DEL FUTURO	
XIX.	EL FUTURO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION	
XX.	CONCLUSIONES	
XXI.	INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION	