



Universidad Internacional de La Rioja

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Título del Trabajo

MODELO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA COMUNIDAD.

UN ESTUDIO DE MAS DE 50 AÑOS EN LA REPÚBLICA DE CUBA

Trabajo fin de Máster presentado por: Ernesto Hipolito Poussin Molinet

Titulación: Master en Intervención Social en Ciudades del Conocimiento.

Director/a: Luis Ayuso

CATEGORÍA TESAURÓ:

I. RESUMEN.-

Este trabajo se encuentra dentro del marco conceptual, de políticas públicas, estudiadas durante el desarrollo del Master de Intervención Social en la Sociedad del Conocimiento”.

Debemos considerar que este trabajo se estructuró, atendiendo a los proyectos y actividades que el estado cubano, desarrollo a través de la administración del Ministerio de Salud Pública de Cuba, con el objetivo de satisfacer las necesidades del pueblo cubano en lo que a odontología se refiere. (Graglia, 2012)

Se realiza un trabajo donde después de analizar la situación social de la atención estomatológica a la población de Cuba, se constata las falencias que concurren en esta actividad asistencial, con una repercusión social, dada por el descontento de la población, por la demora en la obtención de los turnos y la baja prestación de los servicios ofrecidos a la población. En 1959, Cuba constaba en los consultorios dentales estatales con 250 dentistas, que trabajaban 10 horas semanales y fundamentalmente solo realizaban extracciones y urgencias, además de ser pocos el 68 % se concentraba en la Capital de la República.

Podemos señalar, que cuando triunfo de la revolución cubana en 1959, quedaron en el país menos de 900, odontólogos por el éxodo propiciado por Estados Unidos, en su afán por desestabilizar el país y crear una relación social inestable entre el gobierno y la población de Cuba.

PALABRAS CLAVES.-

Atención primaria en Estomatología, Estomatología en la comunidad, Programa de atención odontológica comunitaria en Cuba, Atención social odontológica a un país. Políticas públicas.

II. INDICE.-

Tabla de contenido

I. RESUMEN.-	2
III. INTRODUCCIÓN	4
IV. OBJETIVOS.-	6
V. MARCO TEÓRICO	7
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.-	43
VII. RESULTADOS.-	59
VIII. CONCLUSIONES	64
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
X. ANEXOS	66

III. INTRODUCCIÓN.

Se desarrolla un estudio de la situación social, y relacionado con el TEMA DE POLÍTICAS PUBLICAS, tomado en un país (Cuba), en cuanto a la relación de los servicios odontológicos y la repercusión en el campo social, motivado por la falta de odontólogos, insumos y equipos para desarrollar la odontología en el país. Atendiendo al principio de que La salud Es un Derecho Universal del Hombre y su Conservación Constituye una Responsabilidad Individual y Social.

Se describen los análisis y el impacto social que tendrían los procedimientos para desarrollar un sistema de atención odontología con un alcance social y que llegara a los más recónditos lugares dentro del país, este nuevo programa lo llamamos.

MODELO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA COMUNIDAD.

Como parte del proceso de perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud de Cuba, el Ministerio de salud Pública constituyó una comisión de especialistas para analizar los aspectos conceptuales de la estomatología en la comunidad, los servicios de atención primaria y la formación del estomatólogo en la comunidad. Esta comisión sesionó desde marzo de 1978 hasta octubre de 1978. Durante este periodo fueron consultados otros compañeros con responsabilidades de dirección en cada una de las provincias del país.

El trabajo realizado expuso los criterios finales alcanzados por la comisión y los niveles superiores de dirección del Ministerio de Salud Pública, por lo que constituyó el documento base, que fue tomado en consideración, en los programas de atención primaria en el Sistema Nacional de salud en La República de Cuba.

Este nuevo modelo de ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA COMUNITARIA, dentro de sus alcances, establecería el desarrollo de nuevas universidades con facultades de odontología.

Es de destacar que en el año 59 en Cuba, solo existía una facultad de odontología en La Universidad de La Habana, que graduaba unos 33 odontólogos promedio por año y se necesitaban más de 15,000 odontólogos, para acercarnos a cifras más o menos adecuadas. Además es de destacar que los 900, odontólogos se encontraban ubicados en las grandes ciudades estando desprovista el área rural y las pequeñas ciudades.

Son creadas las nuevas facultades con los odontólogos, que creían en el proceso revolucionario cubano y se establecieron nuevos planes y programas, como paliativo a la situación asistencial y social imperante.

Es de destacar que estas situaciones se presentaron en las tres refinerías de petróleo existentes en el país, en las plantas generadoras de electricidad, telefónicas, transporte entre otras, con el fin de desestabilizar el proceso revolucionario cubano.

IV. **OBJETIVOS.-**

OBJETIVO GENERAL.

Buscar un sistema de atención odontológico, que pudiera llegar a toda la población del país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Desarrollar un sistema con cobertura nacional para garantizar la atención estomatológica.

Establecer una formación de odontólogos que pudiera cubrir las necesidades nacionales.

Establecer la selección de los aspirantes de odontología de las localidades donde se necesitarían los odontólogos. Selección según lugares de origen y atendiendo a una programación y planificación central del estado cubano.

HIPÓTESIS.-

Este programa de “ATENCIÓN ESTOMATOLOGICA EN LA COMUNIDAD”, basado en el principio de las políticas públicas de la república de Cuba, se propuso:

Mejorar los servicios odontológicos a lo largo y ancho del país.

Utilizar un método innovador y de alcance social inédito y con resultados programados.

V. MARCO TEÓRICO.-

En el presente trabajo de investigación comenzaremos entrelazando las teorías clásicas de las Ciencias Sociológicas, y su relación con el desarrollo de las políticas públicas, en el marco del trabajo social de la Estomatología comenzaremos refiriéndonos a los conocimientos sobre la **performatividad en las ciencias** sociales, que contemplan la forma de comportarse las persona sobre los principios de las normas sociales o costumbres. “El filósofo y estratega teórico feminista Judithbutler, utilizó el concepto de performatividad en su análisis de género, como en su estudio del discurso político. Eva Kosofskysedwiwick, también describe este tema de perfomatividad, para romper las normas de transformarlos límites de la identidad, y el desarrollo de los derechos de las personas a recibir sin límites de sexo, credo o ideología los servicios sociales, que debe brindar toda organización social, que considere al ser social como la unidad básica y más importante de la sociedad.

¿Porque nos referimos a la performatividad?; ¿Que enlaza este concepto con la Estomatología?; Pues todo lo referente a las relaciones sociales de los individuos y sus correlaciones entre ellos mismos, su identidad y con la sociedad y sus hábitos a los cuales se refiere el término Performatividad; y en estos hábito se encuentra la interrelación social para los hábitos de salud que repercutan en el bienestar del individuo.

Existe otra clasificación de las ciencias que las divide en sociales y naturales de acuerdo a la relación sujeto-objeto. Al ser la naturaleza el objeto existe independencia entre esta y el sujeto que la observa, pero cuando el objeto es la sociedad, esa independencia se pierde al ser el objeto el mismo sujeto que se intenta auto observar. Esta clasificación responde a una jerarquía hecha en las ciencias, en donde las humanas y sociales cuentan con menor valor epistémico debido al carácter específico de lo humano, debido a la imposibilidad de objetivación de lo social y a la imposibilidad de independizar al observador de sus propias subjetividades y contextualizadas. Hoy en día existen críticas a favor de un constructivismo epistemológico fundado en la idea de la imposibilidad de independizar algún concepto humano de la naturaleza intersubjetiva de la sociedad, al punto de igualar e integrar a las ciencias como método de búsqueda de la verdad debido a una re comprensión de esta como el producto de un acuerdo, como una mera convención hipotética y falible, más que la descripción de objetos externos, esenciales o independientes al observador, el cual ya tampoco es sujeto independiente sino atado a una comunidad epistémica que entiende a todo saber en la misma posición de condicionalidad.

Se evidencia que las ciencias sociales existen para estudiar la interrelación de las personas en su vida cotidiana y esto se sustenta en un saber etnocientífico el cual es alimentado y sustentado por las propias experiencias de los hombres en sus interrelaciones entre ellos y la sociedad que por una parte permite comprender las actuaciones sociales cotidianas y por otra parte crea y construye relaciones sociales; por lo que la ciencia social se reconoce como ciencia por su método y objetividad pero diferente a las ciencias naturales pues el sujeto es el mismo objeto de estudio y del cual se retroalimenta la investigación de las ciencias sociales pues el mundo lo conocemos y describimos a partir de nuestras propias experiencias y convivencia cotidiana, es este conocimiento lo que determina los cimientos de las ciencias sociales y es dentro de estas relaciones que se encuentra siempre presente el nexo salud.

Dentro de los principios sociológicos, que nos orientan en el análisis de los elementos que pueden incidir en la toma de decisiones para mejorar los conceptos y acciones ordenadas de la sociedad basadas en que el hombre como ser social es lo más importante y todas las acciones de los organizadores sociales y gobernantes deben estar dirigidos en este sentido, por lo que Bourdieu, utiliza la nominación de capital simbólico para expresar el origen y el funcionamiento de los distintos tipos de vida, y entre los distintos tipos de consumo de bienes materiales, y los sistemas de producción y reproducción, de las diferentes clases sociales, así como la categorización de la desigualdad en el ordenamiento social, establecida dentro de las clases sociales, siendo por lo tanto establecido un orden social desigual, que con el tiempo y la acumulación de capital y medios de producción en una minoría establece cada vez una distancia social cada vez más desigual.

Atendiendo a estos principios planteados por los sociólogos clásicos, Cuba se propuso desarrollar un sistema social más justo y equitativo, para disminuir o eliminar estas diferencias abismales entre las distintas clases establecidas, por la distribución de la riqueza y la de los medios de producción, nosotros en este trabajo vamos a concretarnos fundamentalmente al proyecto de un sistema de atención odontológico, que con una cobertura nacional, pudiera mejorar la salud estomatognática, de la población cubana, que no tenía acceso a una odontología de calidad, y a mantener el órgano dentario en buenas condiciones de salud y por ende cumpliendo los principios de funcionamiento, para una buena masticación e iniciar desde la boca una buena digestión de los alimentos ingeridos, por otra parte, no se pueden soslayar los principios de estética, que requiere y tiene derecho el pueblo cubano.

Dentro de estos principios sociológicos que consideramos en el marco teórico de este trabajo, no podemos soslayar la influencia que tuvo el campo socialista en el desarrollo ideológico de la dirección y el camino que siguió el pueblo cubano. Dentro de ello estuvo, por supuesto el desarrollo de la odontología dentro de la sociedad cubana, esta tuvo un despegar y un desarrollo social, para poder establecer las competencias dentro del marco de la salud pública, ocupando un lugar preponderante y de vanguardia dentro de ella.

Muchos odontólogos de vergüenza y altamente calificados, siguieron el camino de la Revolución Cubana, abandonando el campo de privilegios que le proporcionaba el saber y la experiencia en los campos de la ciencia, donde ellos.

Aprovecho la oportunidad para hacer mención a un hombre que fue ejemplo de padre de familia, guía espiritual y aglutinador de su núcleo familiar, que habiendo sido graduado con honores en la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA HABANA, obtuvo una beca para especializarse en Ortodoncia y Odontopediatría en la UNIVERSIDAD DE COLOMBIA, EN NUEVA YORK, graduándose en esta con honores.

Al triunfo de la Revolución Cubana, siguió el camino de la revolución social y a pesar de las propuestas de trabajo en el imperio, que trataba de desestabilizar a la Revolución Cubana, realizando una extracción de las personalidades y científicos destacados, se quedó y fue uno de los que tomó las riendas de la educación de la Odontología en el País, fue decano de la facultad de Odontología de La Habana, Cuba, desempeñó el cargo de director de la catedra de ortodoncia hasta su fallecimiento.

Ese hombre fue mi padre, del que me siento orgulloso, y sigo los principios y cánones inculcados por el Dr. Ernesto Poussin Padrón, hoy en día la catedra y la clínica de ortodoncia de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA HABANA, lleva su nombre.

Retomando el tema de la influencia de la doctrina socialista, no podemos dejar pasar en este marco teórico la influencia del socialismo en Cuba, por ello tomando como referencia a Carlos Marx, podemos considerar que la clase trabajadora, oprimida y capaz de superar a la burguesía, como se pudo comprobar cuando se llevaron a los tecnólogos de las tres refinerías de petróleo, de las termo eléctricas, de las telefónicas, los elementos más sensibles de la sociedad, los profesionales de la salud, para así parar el país y crear el caos social, sin embargo esto fracaso, por la sustitución de los que abandonaron el país por los obreros calificados y los tecnólogos que tomaron el camino de la Revolución Socialista.

Si relacionamos lo antes expuesto con la teoría de HABITUS de BORDIEU, podemos comprender que la práctica social, debe tener una estructura que posibilite su desarrollo, lo acontecido en Cuba en 1959, es una prueba de la teoría planteada por Bourdieu, ya que se creó la estructura para dar sentido a un nuevo mundo social más equitativo, permitiendo a las personas desarrollar su intelecto y sus peculiaridades, estando condicionada dentro del contexto que favorece a los integrantes de la sociedad, dar sentido al mundo social no impuesto por un mundo cerrado y desigual.

Siguiendo con Bourdieu y su teoría del HABITUS, no se puede entender la práctica social sin entender al mismo tiempo la estructura que la posibilita, y las peculiaridades de la persona que la realiza. Esta persona obra debido a un habitus que es fruto de unas condiciones de existencia. El habitus es lo que permite a las personas dar sentido al mundo social y no se imponen a la persona desde una estructura cerrada y uniforme, sino que existen multitud de habitus, lo que significa que el mundo social y sus estructuras no se imponen de una forma predeterminada sobre todos los actores, sino que existe un margen de libertad.

En la actualidad vemos que estas concepciones no han encajado estrictamente en los comportamientos sociales y aunque han querido plasmar un pensamiento futurista la realidad ha determinado que los fenómenos sociales son cambiantes, como cambiantes son todos los fenómenos que existen en el Universo, el ser humano cambia en el transcurso de su vida, así mismo cambian sus relaciones en las sociedades en las que se vean inmersos. Bourdieu con su teoría del habitus y la diferenciación del capital, tampoco logra definir ni concretar el sistema de cambio social que constantemente vivimos, la sociedad no es estática, es cambiante y cada sociedad tiene sus particularidades y objetivos definidos que también cambian acorde a los cambios y necesidades que se generen a nivel Universal y que imponga la Globalización y la Tecnología.

Debemos enfrentar una nueva era, con mayores conocimientos y experiencias que las que tuvieron estos sociólogos en su época, hacer un análisis prospectivo de lo que pueda acontecer en el futuro desde el punto de vista social, se puede realizar a través de las experiencias acumuladas y enfocarlo siempre desde varios panoramas sociales, pues ya tenemos conciencia que los sistemas sociales actuales no responden a las necesidades del individuo y que se propende a un régimen social en el cual se encuentren entrelazados los aspectos positivos de cada sociedad, lo que redunde al mejor estatus del individuo y a disminuir las desigualdades, lo cual avanzará a medida que nuestra voluntad y criterio se

enriquezca y supere las diferencias que como individuos nos ponemos, al encontrarnos en un estado de rechazo al cambio y eso es lo que queremos proyectar con esta investigación.

¿Qué es un Estomatólogo?; pues según la real academia de la ciencia es un Especialista en estomatología.

La palabra estomatólogo se divide en dos contenidos, estoma, que significa boca y logo que significa, estudio o tratado, por lo tanto al unirlas, podemos definir estomatólogo, a la persona que estudia y trata los problemas de la boca, siendo su concepto más universal que el de dentista, cuya acepción se concreta al estudio y tratado del diente.

La atención estomatológica comunitaria e integral a la población, establece un desafío a los sistemas de atención odontológica tradicional, rompiendo los esquemas de la atención curativa, desarrollando nuevos horizontes en la educación para la salud y la prevención en Estomatología, en este trabajo vamos a tratar de demostrar que este nuevo modelo de atención odontológica en la comunidad es un modelo exitoso.

Dentro de este modelo de atención Estomatológica en la Comunidad, se desarrollan, nuevas técnicas de atención propias de Cuba y novedosas y vanguardistas para la época 1969, e implementación como programa nacional en 1993.

Se rompen los muros intra universitarios, se complementa la Universidad, con los servicios asistenciales del Ministerio de salud Pública, elevando el nivel científico de los servicios odontológicos, donde se insertan los profesores universitarios en sus labores docentes, vinculados directamente con la asistencia, y por otra parte los odontólogos, que laboraban en los centros asistenciales, recibían, las normas y la tecnología de punta de que llevaban los profesores universitarios, mejorando así el nivel asistencial, científico técnico de los centros asistenciales donde se acreditaba la docencia estomatológica. Como consecuencia de esta revolución en la enseñanza, fueron categorizados como docentes, los mejores estomatólogos de los centros asistenciales, de esa forma creció considerablemente la plataforma asistencial docente de los centros asistenciales, y por otra parte los profesores universitarios, que salieron de la Facultad de Odontología, recibieron y percibieron, la realidad de la asistencia estomatológica en las unidades de base.

Esta revolución en los medios de enseñanza, donde la docencia no solo se impartía en las clínicas de la Facultades de estomatología, sino también en los centros asistenciales del Ministerio de salud Pública, y a partir de esta evolución, se creó la necesidad de establecer

un centro rector para esta actividad docente asistencial, que de una Facultad de odontología en la Ciudad de La Habana, creció y su semilla prolífero, en 13 nuevas facultades de Estomatología, a todo lo largo y ancho del país, una en cada provincia, inicialmente con la participación y asesoría de los profesores de la Facultad de Estomatología de La Universidad de La Habana.

Esta revolución dentro de la enseñanza, prolífero, simultáneamente en todas las careras y Facultades de Las ciencias de la salud en Cuba, dando lugar a nuevas necesidades administrativas y técnicas, siendo Creado el Ministerio de Educación Superior en Cuba, y se desvincula administrativamente las facultades relacionadas con las Ciencias Médicas y se crea el Instituto Superior de Ciencias Médicas, separándose de la Universidad de La Habana y recibiendo la Categoría de Universidad. Siempre regido desde el punto de vista metodológico por el Ministerio de Educación Superior.

La atención primaria es muy compleja, dada la magnitud de los problemas presentes en él, que requieren para su resolución de la competencia de los demás niveles de atención y de los servicios que se brindan en ellos.

Se estima que antes del año 1959 los servicios dentales estatales contaban con unos 250 dentistas, quienes, mal equipados, trabajaban un período de 10 horas semanales y salvo algunas excepciones- limitaban el tratamiento a extracciones y urgencias. Además de ser pocos, el 62% de ellos se concentraba en la provincia Habana, particularmente en el área metropolitana.

Estos servicios pertenecían a organismos tales como, por ejemplo, los ministerios (o secretarías) de Salubridad, Educación y Gobernación; a compañías de seguros, administraciones municipales, etc. No obstante, la asistencia estomatológica descansaba en la práctica privada y se dirigía hacia la población minoritaria, que era la que estaba en condiciones de pagar los honorarios.

Caracterizaban esta situación, por otra parte, la ausencia total de una política sanitaria nacional, la indiferencia por parte del estado respecto a las necesidades de salud del pueblo, y la ausencia de actividades preventivas.

La falta de servicios adecuados de salud pública, y la concentración de los dentistas en las áreas urbanas, trajo por consecuencia que nuestra población rural padeciera de un enorme abandono en el cuidado de su salud bucal lo que daba origen, a su vez, a la proliferación de

practicantes empíricos (llamados intrusos), quienes a pesar de que aparentemente resolvían un problema, en realidad lo complicaban. Gran parte de la población rural era analfabeta, víctima del desempleo y del hambre, todo lo cual se reflejó en el estado de su aparato bucal.

La primera escuela universitaria de estomatología (entonces cirugía dental) se creó en el año 1900. En 1945 fue inaugurado el actual edificio de la Facultad de Estomatología del hoy ISCMH, con una matrícula inicial para 50-60 alumnos por curso. En 1959, era la única escuela existente en el país, por lo que la formación anual de estomatólogos no llegaba a 50.

Período de 1959 a 1977

Cuando triunfa la Revolución Cubana, se producen profundas transformaciones en el país, en el campo de la salud pública se manifiestan cuando se comienza a hacer real el principio de que la salud es un derecho del pueblo, asumiendo el Estado revolucionario la responsabilidad de garantizar este derecho. Para dar cumplimiento a este postulado se creó una red de servicios médicos y estomatológicos preventivo-asistenciales, a todo lo largo y ancho del país, regionalizada por áreas y sectores de salud. Las horas de atención estomatológica anuales contratadas por el estado aumentaron de 130 000, en 1959, a más de 7000 000, en 1977.

La existencia de una organización de salud responsabilizada en satisfacer las necesidades de la población en este campo, esto, ha favorecido la aparición de cambios cualitativos en la práctica de la estomatología, tales como:

1. Creación del Servicio Social Rural (1960) para la atención a la población que estaba desprovista de servicios de salud y que vivía en zonas rurales y marginales apartadas en el país.
2. Cursos sistemáticos y descentralizados para la formación de asistentes dentales (desde 1961).
3. Creación de las clínicas estomatológicas (desde 1961) y, con ellas, el desarrollo del trabajo en equipo.
4. Creación de la Facultad de Estomatología de Santiago de Cuba (1965).
5. Educación de postgrado (sistemática desde 1968) y desarrollo de las especialidades.
6. Formación del técnico medio en estomatología (1968) para la atención básica, tanto a niños como a adultos.

7. Inicio de la nacionalización de los talleres de prótesis dental (1968).
8. Creación de Clínicas estomatológicas docentes (1969).
9. Desarrollo de programas de prevención de caries dental (desde 1969); actualmente existen más de 900 000 escolares que reciben aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio.
10. Desarrollo de sistemas de tratamientos incrementales a escolares (desde 1970).
11. Descentralización de la formación de especialistas hacia las provincias (1971 y siguientes).
12. Creación de la Escuela de Técnicos en Prótesis Estomatológica (1972).
13. Creación de los Institutos Superiores de Ciencias Médicas (1976) para la formación de los médicos, estomatólogos y licenciados en enfermería bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública, y controlados metodológicamente bajo la dirección metodológica del Ministerio de Educación Superior.

Situación en 1977.

La estomatología, en 1977, constituía una actividad básica de salud pública en el país y, después del desarrollo experimentado a lo largo de casi 2 décadas, presentaba una organización compleja constituida por una variedad de elementos que comprenden aspectos tales como: asistencia; actividades preventivas; docencia media, de pregrado y postgrado; investigaciones; actividades científicas; laboratorios de producción de prótesis; suministros; mantenimiento y reparación de equipos; producción de equipos y materiales dentales; planificación; estadística; economía; ayuda internacionalista; construcciones de clínicas y laboratorios de prótesis, etc.

Durante esta década se creó la escuela de Técnicos medios de Estomatología, que realizaban algunas actividades de atención primaria.

Diagnósticos y direccionamiento de pacientes simples.

Profilaxis.

Extracciones simples.

Obturaciones simples.

Siempre estaban trabajando bajo la dirección de un Estomatólogo, para solucionar o direccionar el caso según la complejidad del mismo.

Es de destacar que esta fue una solución de emergencia ante la gran demanda de servicios, y el limitado número de egresados de las Facultades de Estomatología.

Al pasar los años, y aumentar el número de graduados de Estomatología, se creó un curso de conversión, donde a los técnicos de Estomatología, se les convalidaban las asignaturas que habían cursado en su curso de técnicos, y se les ofreció, en complementar sus estudios de Estomatólogo, para obtener este título universitario.

Se fijó una fecha tope para los que querían superarse y al terminar la misma, los técnicos, que no habían querido superarse, o que no pudieron cumplimentar los estudios, fueron retirados de la asistencia estomatológica con pacientes y dedicados a otras actividades de la salud.

Los servicios estomatológicos comprenden varios miles de trabajadores cuyo personal profesional comprenden varios miles de trabajadores cuyo personal profesional y auxiliar alcanzaba en 1977 las siguientes cifras:

Estomatólogos	2780
Especialistas	230
Técnicos Clínicos en estomatología	1100
Asistentes dentales	3200
Técnicos en prótesis	760
Técnicos en reparación y mantenimiento	130
<hr/>	
TOTAL	8200

En 1977 se realizaron 7 462 795 consultas, lo cual es un indicador del notable peso que tiene la estomatología dentro del Sistema Nacional de Salud.

En diciembre de ese año se confirma la puesta en servicio de 140 clínicas estomatológicas, de ellas muchas docentes asistenciales. Además, hay servicios estomatológicos en algunas industrias, escuelas, hospitales rurales, polyclínicos, etc., para un total de 2 332 sillones instalados.

Este crecimiento en magnitud y complejidad de la estomatología no ha significado, sin embargo, que los problemas de salud en estomatología de la población se hayan resueltos en igual proporción. La altísima morbilidad de las afecciones bucales (particularmente la caries dental, las parodontopatías y las mal oclusiones) originan grandes necesidades de tratamiento en la población y, al mismo tiempo, la demanda por parte de ésta crece también en la medida en que se perfeccionan y ganan prestigio nuestros servicios de salud.

Es necesario, por tanto, perfeccionar aún más nuestras acciones de promoción, prevención, recuperación de salud y rehabilitación, con el fin de lograr más altos niveles de salud bucal, al mismo tiempo que se le proporcione un mayor grado de satisfacción a la población que requiere nuestros servicios.

Para lograr estos propósitos, nuestra atención debe dirigirse primordialmente, hacia el nivel de asistencia primaria, que es donde se produce el primer contacto con la población que requiere nuestros servicios.

Para lograr estos propósitos, nuestra atención debe dirigirse primordialmente, hacia el nivel de asistencia primaria, que es donde se produce el primer contacto con la población sana o enferma en el Sistema Nacional de Salud, mediante sus unidades básicas. Esto se produce en el área de salud, que es donde la gente vive, trabaja, se divierte y establece su relación comunitaria inter personal y con el sistema de salud.

La atención estomatológica, en el nivel de los servicios básicos, ha venido aplicando un sistema de división del trabajo según el cual los pacientes son tratados por diferentes estomatólogos de acuerdo a los pasos porque transcurre el tratamiento. Esta práctica tuvo su origen en una época en que nuestros recursos eran más escasos pero, independientemente de las ventajas que ella pudiera tener, origina una cierta

despersonalización del paciente e impide el establecimiento de una adecuada relación estomatólogo-paciente.

La Dirección Nacional de Estomatología, después de un análisis de la experiencia y los logros obtenidos, ha elaborado un nuevo modelo de atención médica para el nivel primario, donde se encuentra contemplada la estomatología, denominado “medicina en la comunidad”, el cual se ha venido implementando progresivamente desde el año 1975 en todo el país, derivado de las experiencias de la Estomatología en la Comunidad. Considerando la importancia de este nuevo enfoque, se ha elaborado el presente documento, que tiene como objetivo adecuar las acciones preventivo-curativas de estomatología a las concepciones del mencionado modelo, de manera que se puedan lograr niveles más altos de salud, al mismo tiempo que un mayor grado de satisfacción en la población.

V.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS.

El desarrollo obtenido por el Sistema Nacional de Salud y la necesidad de perfeccionarlo para lograr niveles cada vez mayores en salud, han generado un cambio cualitativo en la atención médica primaria y han dado origen a un nuevo modelo de atención integral cuyo nombre de por si establece su importancia a nivel de atención primaria, “medicina en la comunidad”.

El primer nivel de atención médica en el Sistema Nacional de Salud se encuentra constituido por una red de unidades de atención primaria (fundamentalmente el policlínico integral), cuyos programas básicos de salud se fundamentan en un equipo integrado por profesionales y técnicos pertenecientes a diversas ramas de la asistencia médica, entre las cuales la estomatología constituye una parte indispensable. Junto con la medicina interna, la pediatría y la obstetricia y ginecología, la estomatología representa una de las especialidades básicas en que descansa la atención médica primaria y, como tal, le corresponde una importante función dentro de la medicina e la comunidad.

Por tanto, la definición de la estomatología en la comunidad no puede ser diferente, en esencia, de la medicina en la comunidad. Así, pudiera definirse como: “... el conjunto de actividades de atención estomatológica integral planificadas, que en nuestra sociedad

socialista tiene como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, aplicando la metodología científica marxista-leninista, con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas.

Es decir, que el objetivo fundamental es “lograr un mayor nivel de salud”. Este objetivo tiene varios aspectos que se deben destacar.

- 1) La necesidad de elevar el nivel sanitario de la población e incrementar las medidas preventivas
- 2) La aspiración a solucionar los problemas de salud bucal existentes
- 3) La necesidad de satisfacer las solicitudes de servicios estomatológicos

O sea mejorar el nivel de salud al mismo tiempo que garantizar el máximo de satisfacción a las necesidades sentidas por los integrantes de la comunidad.

Este criterio es válido para cualquier problema de salud, pero en estomatología tiene especial importancia debido a la existencia de enfermedades como la caries dental y las parodontopatías (y sus secuelas), que muestran tasas de morbilidad entre las más altas del género humano, que a diferencia de otras enfermedades- no sanan espontáneamente, y cuyo tratamiento depende exclusivamente del personal estomatológico, sea profesional o auxiliar, sin que el enfermo pueda realizar alguna medida para su curación, independientemente de las medidas preventivas que pueda aplicar.

Esto, en la práctica, se convierte en los siguientes problemas:

Tabla 1. Problemas y sus consecuencias fundamentales en Odontología

Causas	Problemas
Alta prevalencia	Grandes necesidades
No reversibilidad espontánea	Acumulación y agravamiento de las necesidades no tratadas
Necesidad de atención especializada	Tratamientos complejos (reiteración de las visitas a los servicios)
Resultado	Numerosas solicitudes d servicios

V.2. PRINCIPIOS.-

1. La estomatología en la comunidad, como integrante del Sistema Nacional de Salud, responde a sus principios y organización y, consecuentemente, a los principios de los principios de la medicina y la salud pública socialistas.
2. Encamina a buscar y solucionar los problemas de salud bucal existentes en la población, y la obligación de garantizar la atención estomatológica a quienes la solicitan, constituyen dos aspectos del objetivo de "alcanzar un mayor nivel de salud". Por la gran magnitud, la dedicación a un solo aspecto puede resultar en detrimento del otro. Por tanto, un principio de la estomatología en la comunidad es que ambos aspectos deben atenderse desarrollarse simultáneamente, de manera que se complementen.
3. La estomatología en la comunidad, en tanto que significa "un conjunto de actividades planificadas", estará en concordancia con los principios que rigen la planificación de la salud de los cuales podemos citar adaptándolos para este caso:
 - a) Fijación de los objetivos por alcanzar, en conformidad con una política estomatológica bien definida y explícita.
 - b) Consideración de las condiciones demográficas, sociales, económicas y administrativas concretas existentes en la comunidad.
 - c) Precisar el período específico necesario para los objetivos, conservando la flexibilidad necesaria para poder enfrentar cualquier situación imprevista.
 - d) Adecuación a las posibilidades de recursos actuales y futuras.
 - e) Aseguramiento del control y evaluación del plan propuesto.
4. La estomatología en la comunidad depende, en gran medida, de la participación activa de las masas populares organizadas, mediante los sindicatos, los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños.
Del mismo modo que la línea de masas ha contribuido al desarrollo de la salud pública, permitirá:
 - a) Elevar el nivel de educación para la salud de la población.
 - b) Obtener la participación efectiva de la población en los programas de salud.
 - c) Estrechar las relaciones servicio-comunidad y estomatólogo-paciente.
 - d) Aumentar la confianza de la comunidad en sus servicios de salud.

Para llegar a un modelo adecuado de estomatología en la comunidad, se debe partir de los problemas propios de la estomatología y las situaciones particulares que determinan.

De los numerosos problemas de salud que ocupan la estomatología se puede citar tres (caries dental, parodontopatías y maloclusiones), cada uno de los cuales, es suficiente por sí solo para originar necesidades de tratamiento superiores a las posibilidades de provisión de servicios.

De acuerdo con algunos estudios realizados en Cuba, la caries dental muestra tasas en los alrededores del 99% y, en las edades entre 15 a 19 años, puede llegar a afectar 11 dientes, como promedio por individuo. De esos dientes, se habrán perdido 4, 1 estará obturado, y se requerirá obturar 6. Además, desde la edad escolar hasta la adolescencia, puede estimarse que las lesiones por caries afectan un nuevo diente cada año.

Respecto a la caries dental se ha dicho que “es una enfermedad crónica, trasmisible por infección, y a menos que su progreso sea interrumpido por el tratamiento curativo y preventivo, conduce a la pérdida del diente afectado. La prevalencia de esta enfermedad sólo puede reducirse por medio de la educación para la salud y la prevención.

El promedio de dientes afectados por esta enfermedad establece sus valores mínimos entre las edades de 2 a 5 años. Se elevan rápidamente hacia valores máximos en la adolescencia, y el adulto joven, donde el diente es todavía inmaduro, para disminuir lentamente en la medida que aumenta la edad. Esta disminución se produce, desde luego, por la pérdida de dientes (por caries dental y por parodontopatías), y en modo alguno se debe a que la enfermedad desaparezca. Aquí nos encontramos la fuente principal de necesidades de prótesis.

Respecto a las parodontopatías, baste decir, a favor de la brevedad, lo siguiente:

- La enfermedad periodontal aumenta en frecuencia y gravedad de acuerdo con la edad de la población.
- La morbilidad, en la edad adulta, es tan alta como la de la caries dental.
- Ciertos estadios de la enfermedad son reversibles pero, progresivamente, llegan a fases irreversibles y a la pérdida de los dientes.
- Son más difíciles de tratar que la caries dental.
- Requieren, para su tratamiento, de un personal más especializado.

Los dientes perdidos por la población pueden considerarse un indicador de la magnitud del problema de la caries dental y las parodontopatías, y a pesar de que una de las prótesis que mejor resuelven estética y funcionalmente la pérdida de algún elemento del organismo humano es la prótesis estomatológica, no se puede considerar que esta sea una solución óptima.

Además, las prótesis estomatológicas tienen una duración de 5 años aproximadamente, por lo que la solución de estas necesidades será aparente puesto que, en un breve lapso, aparecerán nuevamente como necesidades por satisfacer.

Las maloclusiones constituyen otra afección de alta prevalencia en estomatología. No obstante la heterogeneidad de los métodos utilizados para obtener los datos, se estima que después de los 12 años de edad, el 70% de la población presenta algún tipo de maloclusión. Un factor que contribuye a complicar la situación es que la mayoría de las maloclusiones provocan caries dentales y parodontopatías, al mismo tiempo que estas dan lugar a maloclusiones.

Cabe preguntarse, con el desarrollo logrado y con una filosofía preventivo-curativa, cómo es posible que el cuadro de salud en estomatología no se haya modificado proporcionalmente. Se podría responder con los siguientes hechos:

- 1) La magnitud de los problemas de salud pública en estomatología son mayores de lo que parece. Los recursos están muy por debajo de las necesidades (y estarán mientras estas no disminuyan).
- 2) Las medidas preventivas conocidas para las enfermedades de más alta prevalencia en estomatología no son tan eficaces como las que existen para otras enfermedades (tétanos y poliomielitis, por ejemplo) y requieren de programas más complejos cuyos resultados se obtienen a más largo plazo, y alto costo en recursos humanos y materiales.
- 3) La prevalencia de la caries dental (la de mayor morbilidad) no se modifica con el tratamiento. Únicamente puede disminuirse mediante la educación para la salud y la prevención.

V.3. Nuevo modelo de atención estomatológica en la comunidad.

La proposición de metas por lograr para elevar el nivel de salud de la población, la orientación de nuestros esfuerzos hacia las áreas más vulnerables de los problemas y la satisfacción de las solicitudes de tratamiento han de constituir las bases para el establecimiento de la política que se ha de seguir en estomatología. Todo ello, y la aplicación del nuevo modelo de atención médica denominado “Medicina en la comunidad”, ha dado lugar a un nuevo enfoque de la atención estomatológica que también puede denominarse “Estomatología en la comunidad”.

Por tanto, los elementos esenciales del modelo de estomatología en la comunidad son:

- Integral
- Sectorizada
- Regionalizada
- Continuada
- Dipensarizada
- En equipo

-Participación activa de la comunidad

Integral:

La atención estomatológica como tal, es parte de la atención médica, está fundamentada en el concepto de “medicina integral” la que considera la agrupación para ejecutar acciones, de aspectos preventivos, curativos, biológicos y sociales, así como las condiciones de la preparación física que está en interacción con el individuo y su colectividad, condicionando el proceso salud-enfermedad.

Sectorizada:

En el enfoque comunitario de la atención estomatológica integral, la sectorización constituye el elemento que posibilita su plena realización. En el sector se responsabiliza al estomatólogo de atención primaria y su equipo con todo lo que se relaciona con el proceso salud-enfermedad atendiendo un número determinado de habitantes del área de

salud, consideradas tanto la población sana como la enferma en su ambiente físico, biológico y social.

La estomatología sectorizada es el nivel de atención primaria que, además de constituir el primer contacto con la población sana o enferma, representa la máxima integración del equipo de salud y la comunidad. Esta integración significa que el equipo de salud se convierte en parte de la comunidad y, como tal, deje de ser un agente pasivo (receptor de pacientes), para transformarse en un elemento activo dentro de la comunidad, la cual, e constante interacción influye en el nivel de salud mediante sus acciones y recibe la influencia en la gestión de salud en el nivel comunitario.

Para cumplir estos propósitos, el equipo de salud del sector debe hallarse en condiciones de satisfacer las necesidades de atención estomatológica de los habitantes comprendido en él. Esta atención debe garantizar, como mínimo, los servicios propios de la estomatología general.

La plena satisfacción de las aspiraciones de esta sectorización requiere la eliminación del sistema de división del trabajo que, por razones históricas, se ha venido aplicando en las clínicas estomatológicas, de manera que se pueda desarrollar una mejor relación estomatólogo-paciente.

Regionalizada:

La regionalización es la base para establecer la interrelación entre los primarios y secundarios de la atención estomatológica. Garantiza a la población la accesibilidad y utilización de todos los servicios y recursos científico-técnicos disponibles, según las necesidades lo determinan.

El nivel primario de atención es el punto donde la organización de salud entra en relación directa con la población sana o enferma, desarrolla actividades preventivas y curativas, y actúa sobre los factores del ambiente físico, biológico y social que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

En estomatología, las funciones de salud pública en el nivel primario se cumplen mediante el estomatólogo general y su equipo en los diferentes sectores pertenecientes a las áreas de salud de todo el país, en las distintas unidades que existen para este propósito, tales como clínicas estomatológicas, policlínicos, hospitalares rurales, centros escolares, de trabajo, etc.

A partir del contacto inicial entre la población y los diversos equipos de salud del nivel de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, existe el nivel secundario para la atención de pacientes que necesitan servicios más especializados. Por razones de la menor morbilidad de estas afecciones, así como de la mayor complejidad de los recursos requeridos para atender las unidades del nivel secundario de atención, brindan cobertura a sectores mayores de población, pertenecientes a territorios tales como municipios o provincias.

Los servicios estomatológicos del nivel secundario se encuentran ubicados en hospitales municipales y provinciales (cirugía maxilofacial) y en clínicas estomatológicas municipales (ortodoncia, peri otología y prótesis) y se da el caso, en esta clínicas, de coexistir ambos, niveles primario y secundario que se diferencian entre sí por dos características esenciales: tipos de servicios prestados y áreas de influencia de cada uno.

La regionalización representa, en fin, el elemento definitorio del tipo de atención estomatológica brindada según los diferentes niveles de servicios (de área de salud, municipio y provincia), y los tipos de atención (primaria y secundaria), y propicia, así mismo, la aplicación, en el proceso salud-enfermedad, de todos los adelantos de la ciencia y la técnica en estomatología, así como la óptima utilización de los recursos humanos y materiales.

Continuada:

La elevada morbilidad de la caries dental y las parodontopatías, su carácter crónico y su fácil recidiva, requieren que la atención estomatológica de nivel primario se realice de manera continuada, es decir, que el estomatólogo y su equipo atiendan a la población a ellos asignada a través del tiempo y en los lugares en que ésta realiza sus actividades dentro del área de salud.

La atención continuada requiere que, además de los servicios estomatológicos brindados en las diversas unidades de nivel primario, el estomatólogo y su equipo atiendan a la población en el círculo infantil, escuela, centro de trabajo o domicilio de acuerdo con las necesidades existentes y los programas que se establezcan al efecto. El estomatólogo debe, además, mantener una estrecha relación con los servicios de segundo nivel que atiendan al paciente, para aportar los datos de sus factores biológicos, psíquicos y sociales que considere influyente n el proceso salud-enfermedad,

y para recibir la información necesaria que le permita continuar el tratamiento, la rehabilitación o ambos del paciente a su alta del servicio de nivel secundario.

La atención a círculos infantiles y escuelas constituye una de las actividades fundamentales en estomatología y, por tanto, debe ser objeto de programas bien elaborados, con objetivos bien definidos y dirigidos, específicamente, a disminuir las tasas de morbilidad y a evitar la acumulación de necesidades de tratamiento (sistemas incrementales). Por su envergadura y características –no obstante pertenecer también a la comunidad-, estos programas deben ser dirigidos y controlados por el área de salud, preferiblemente ubicados en los mismos centros escolares o, donde ello no sea posible, atendidos por los servicios estomatológicos del área de salud.

La proyección de la estomatología de nivel primario hacia los centros de trabajo debe tomar en cuenta, para su priorización, los siguientes aspectos:

- 1) Riesgo de enfermedades bucales de origen ocupacional
- 2) Importancia de la salud bucal en el tipo de trabajo que se realiza (incluida la apariencia personal)
- 3) Influencia que los problemas ocasionados por afecciones bucales puedan tener en el ausentismo laboral.
- 4) La demanda de este servicio por los trabajadores, en comparación con la demanda ejercida por los demás grupos de población.
- 5) Los trabajadores que no pertenezcan al área de salud que brinda el servicio disfrutarán de doble cobertura (una, por su centro de trabajo y, otra, por su área de salud).

De acuerdo con las posibilidades, la atención a centros de trabajo puede llevarse a cabo en los propios servicios estomatológicos mediante la asignación de un número determinado de turnos a los trabajadores o precediendo a la instalación de servicios en el propio centro de trabajo.

La atención estomatológica domiciliaria tiene sólo una importancia relativa, por la necesidad imprescindible de equipos e instrumental para efectuar los tratamientos. No obstante, existen circunstancias excepcionales en que debe realizarse. Estos son los casos, por ejemplo, de ancianos e impedidos que se encuentren imposibilitados de asistir al consultorio y requieran atención urgente.

La relación del estomatólogo con los servicios del nivel secundario constituye un aspecto de la atención continuada que, al conjugarse con la regionalización, da origen a un nuevo elemento de gran trascendencia para el mejoramiento de la calidad de la atención y para la elevación del nivel científico y técnico del estomatólogo. Este elemento es la interconsulta.

La interconsulta consiste en consultas especiales programadas, en las que participa el estomatólogo del sector con los diferentes especialistas del nivel secundario. Mediante la interconsulta es posible examinar los pacientes que presenten afecciones que correspondan al dominio del especialista y aportar, por el estomatólogo del sector, los elementos conocidos del paciente al mismo tiempo que el especialista orienta la conducta que ha de seguir el propio estomatólogo general, o determina que el paciente sea remitido a su servicio.

Dipensarizada:

La dispensarización de la atención estomatológica de nivel primario se fundamenta en el conocimiento, por parte del estomatólogo y su equipo, de su universo de trabajo y el establecimiento, dentro de él de grupos por edades y sexos de individuos que, no obstante ser considerados sanos, necesitan de una atención educativa y preventiva periódicamente. La población en grupos de edad preescolar y escolar debe ser el objeto fundamental de la atención dispensarizada en estomatología, ya que los esfuerzos dedicados a estos grupos de población permitirán alcanzar el punto de equilibrio entre necesidades y recursos.

La atención dispensarizada a embarazadas, así como a pacientes con ciertas afecciones crónicas no estomatológicas, es y debe ser objeto de la medicina en la comunidad, y la función de la estomatología, con su carácter de integralidad en estos casos, consiste en facilitar esta atención estomatológica, estableciendo las prioridades que sean necesarias. El registro y control de estos pacientes, desde el punto de vista “dispensarizada”, debe permanecer en la rama de la asistencia médica que corresponda. Las prioridades de pacientes dispensarizados, en estomatología, son:

Embarazadas

Hemofílicos y pacientes con otras enfermedades hemorrágicas

Diabéticos

Epilépticos

Nefrópatas

La atención al paciente dispensarizada descansa, en gran medida, en la organización de la dispensarización, por lo cual se señala la importancia de los siguientes aspectos:

1. Interrelación con el equipo primario horizontal de medicina, obstetricia y pediatría, para el correcto tratamiento y cuidado de estos pacientes.
2. Conocimiento del universo de trabajo (pacientes con las afecciones señaladas anteriormente).
3. Registro y control de dichos pacientes.

Trabajo en equipo

Todas las acciones de salud necesarias para dar cumplimiento a los objetivos trazados dentro del Sistema Nacional de Salud requieren de la participación de numerosos trabajadores que, según su nivel de calificación contribuyen a las diferentes tareas que se realizan. Este carácter multidisciplinario e interdisciplinario de las acciones de salud exige la creación de diversos grupos de trabajo que, independientemente de su composición y magnitud, se denominan genéricamente equipos de salud. Con esta exigencia, el trabajo en equipo constituye uno de los elementos esenciales del modelo de atención estomatológica de nivel primario que denominamos “Estomatología en la comunidad”.

En el campo de la salud, cuando hablamos del equipo de trabajo de un hospital, policlínico o institución, nos referimos al equipo o colectivo grande o secundario. Se alude al hecho de que sus integrantes deben operar en armonía y con unidad de propósitos. Se hace referencia más bien a una actitud de equipo. En el policlínico o clínica estomatológica, por ejemplo, todo su personal integra el equipo de salud.

El equipo primario está dado por el colectivo reducido que se forma para emprender una tarea específica, con un contacto estrecho entre sus integrantes. Ejemplo de ellos son las brigadas de trabajadores de saneamiento o el estomatólogo y la asistente dental. El primero de los ejemplos constituiría un equipo primario vertical, por estar integrado por individuos con una misma profesión o actividad. El segundo es el equipo primario horizontal, integrado por personal de distinta categoría o profesión y que es, por tanto, interdisciplinario.

Los equipos primarios horizontales son el centro de nuevo modelo de atención. Reúnen todas las características de un verdadero equipo de trabajo, entre los que se destacan:

- a) Cada miembro del equipo tiene conciencia del objetivo común y de cuáles son, en relación con dicho objetivo, sus propias funciones y las de los demás.
- b) Tiene establecidas adecuadas relaciones con el resto de la institución, de modo que se facilite el uso de los recursos humanos y materiales que se requieran para una función dada.
- c) Tiene la amplitud y flexibilidad suficiente para aceptar en el equipo nuevos miembros y modificar las funciones y “estatus”, según lo requiera la tarea por cumplir.
- d) Aceptar la jerarquización administrativa dentro del equipo y en su relación con otros equipos de la institución.

En el modelo de estomatología en la comunidad, estos equipos horizontales lo integran el (o los) estomatólogo (s), el técnico clínico en estomatología y la asistente dental (en ciertos casos se incorpora también el técnico en prótesis estomatológica), quienes se responsabilizan, en conjunto, con un sector.

Cada uno de estos equipos mantiene en el consultorio su propio archivo con la totalidad de sus pacientes, lo que hace más accesible la obtención del servicio estomatológico a la población. La coordinación adecuada con la dirección de estadística facilita la recepción de los datos primarios necesarios para conocer el cumplimiento de los programas.

Por otra parte, en el equipo primario horizontal participan consultantes de diversas especialidades (interconsulta) en función asistencial, la morbilidad y la capacidad técnica actual de los estomatólogos de atención primaria, así como de la posibilidad de ejercer acciones de prevención que justifican esta participación.

Participación activa de la comunidad:

Las acciones llevadas a cabo según este nuevo modelo de atención estomatológica del apoyo que, en la comunidad, pueden realizar las masas organizadas (CDR,FMC,ANAP), principalmente en actividades orientadas hacia la prevención de la caries dental, las parodontopatías y las maloclusiones, así como en otras tareas de promoción de salud bucal.

Entre estas acciones hay que destacar la educación para la salud y la participación activa de la población organizada.

V.4. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA COMUNIDAD.

Hemos visto que algunos problemas de salud bucal, aunque relativamente simples para la mayoría de los individuos, presentan una gran complejidad desde el punto de vista epidemiológico.

La caries dental es un problema de salud mundial con una morbilidad del 99 % de la población, establecer planes y programas con un criterio epidemiológico, es decir, actuando sobre grandes masas de población y, dentro de esta, sobre grupos de edad muy específicos. Por tanto, las acciones por tomar en el nivel de la comunidad serán de dos tipos: individuales y colectivas.

Las acciones individuales están determinadas por las necesidades particulares de atención de la población que demanda el servicio, y serán atendidas por el equipo de salud del sector.

Las acciones colectivas están encaminadas a atender los grupos más susceptibles, con el fin de disminuir la incidencia y acumulación de tratamientos de caries dentales, parodontopatías y maloclusiones. Este tipo de atención será objeto de programas incrementales escolares organizados en el nivel del área de salud. También pueden considerarse programas específicos orientados a grupos de trabajadores expuestos a enfermedades de origen ocupacional con manifestaciones bucales.

5.1 Equipo de salud del sector

El equipo estomatológico de salud del sector tiene la responsabilidad de la salud bucal de cada uno de los integrantes de la comunidad.

5.1.1. Composición

El equipo de salud del sector está compuesto por el estomatólogo y el personal auxiliar necesario (técnico clínico, asistente dental, técnico en prótesis).

5.1.2. Funciones del equipo de salud del sector

a) Contribuir a desarrollar la prevención mediante la educación para la salud de la población en el consultorio y en la comunidad (escuela, centro de trabajo, CDR, etc.)

b) Asegurar la atención estomatológica a la comunidad mediante actividades de:

Operatoria

Exodoncia

Profilaxis

Endodoncia

Cirugía bucal

Ortodoncia

Parodontología

Prótesis

Se observa que estas actividades comprenden los llamados “servicios básicos” (exodoncia, operatoria y profilaxis), la endodoncia y especialidades. En el enfoque de la estomatología en la comunidad, y de acuerdo con el perfil establecido para el estomatólogo, el concepto de “servicios básicos” resulta ampliado hasta incluir la endodoncia y todas aquellas actividades que consideradas actualmente dentro del campo de las distintas especialidades pueden ser realizadas por los estomatólogos generales de nueva promoción y por antiguos graduados que hayan realizado el proceso de reciclaje en las especialidades correspondientes. Por ello se recomienda eliminar el término de “servicios básicos” y emplear el de “atención primaria”.

5.1.3. Funciones del estomatólogo

a) Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, deformaciones, traumatismos bucales y parabucales que correspondan al campo de la estomatología general.

- b) Orientar y remitir al nivel de atención secundaria aquellas afecciones que requieran de un especialista, para su diagnóstico y tratamiento definitivo.
- c) Restaurar partes de dientes y reemplazar dientes perdidos y los tejidos asociados.
- d) Participar activamente dentro del equipo de salud correspondiente a su nivel de trabajo.
- e) Dirigir su equipo de salud.
- f) Administrar los aspectos específicos de la organización en su nivel.
- g) Cumplir y hacer cumplir las normas científicas, técnicas y administrativas.
- h) Coordinar su programa de trabajo con los demás programas básicos del área, especialmente en los de atención integral a la mujer, atención integral al escolar y preescolares y atención integral al adulto.
- i) Participar en la comunidad mediante sus instituciones, para orientar en la identificación y solución de sus problemas estomatológicos, organizar y coordinar las actividades correspondientes y recibir de ella, al mismo tiempo, la información y la experiencia necesarias para la mejor planeación, ejecución y control de las actividades.
- j) Realizar y participar en las investigaciones programadas en relación con el proceso salud-enfermedad de su sector.

5.1.4. Funciones del técnico clínico en estomatología

- a) Educación para la salud
- b) Atender y tratar los pacientes asignados por el estomatólogo y que requieran los siguientes tratamientos:
 - Operatoria
 - Exodoncia
 - Profilaxis

c) Realizar las demás actividades que correspondan a su nivel técnico.

5.1.5. Funciones de la asistencia dental

- a) Educación para la salud
- b) Ayudar al estomatólogo, o al técnico clínico en estomatología, en las actividades para las cuales está capacitada.
- c) Controlar las historias clínicas de los pacientes.
- d) Controlar el sistema de registro de actividades realizadas y remitir esta información al nivel superior.
- e) Controlar las citaciones de pacientes.

5.1.6. Funciones del técnico en prótesis estomatológica

Las funciones correspondientes a este técnico se encuentran relacionadas con la rehabilitación bucal del paciente. En general, consisten en:

- a) Construcción de aparatos protéticos.
- b) Construcción de coronas.
- c) Reparación de aparatos protéticos
- d) Recolección de datos de producción
- e) Otras actividades que correspondan a su nivel técnico

5.1.7. Cobertura

El equipo de salud para la atención primaria en estomatología, de acuerdo con la densidad de población estará constituido, aproximadamente, por:

- a) Relación estomatólogo

Por habitantes

1 x 1500 – 3000

1 x 3000 – 4000

Tipo de área

Urbana

Rural concentrada

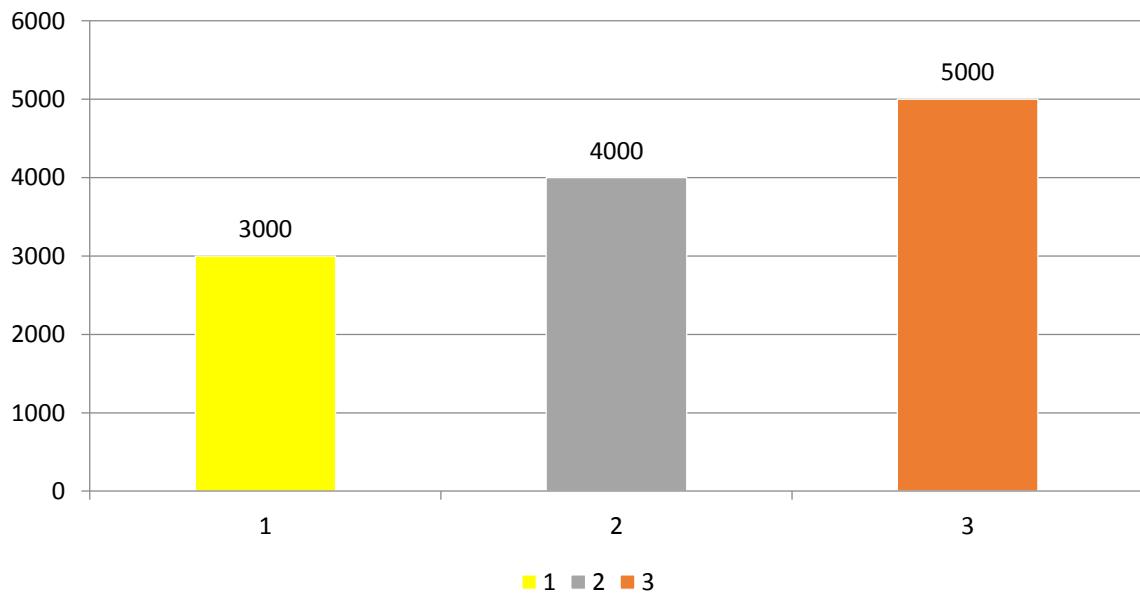
1 x 4000 - 6000

Rural dispensa

- b) La anterior relación estomatólogo por habitantes variará, dentro de los límites fijados, de acuerdo con la demanda de servicios que exista en el sector de que se trate.
- c) En todo el sector que rebase los límites fijados según los epígrafes (a) y (b), pueden incorporarse otros estomatólogos o técnicos clínicos en estomatología, en la cantidad necesaria para cumplir dichos requisitos.
- d) Una asistente dental por casa estomatólogo o técnico clínico en estomatología.
- e) Un técnico de prótesis estomatológica por cada tres sillones existentes en la clínica.

HABITANTES POR ODONTOLOGO

Tabla 1



5.1.8. Aspectos generales de la organización del equipo de salud del sector

- El estomatólogo será el jefe de su equipo de salud de sector. En caso de formar parte del equipo del sector más de un estomatólogo, sobre uno de ellos recaerá la dirección del equipo.
- El jefe del sector, siguiendo orientaciones del director de la clínica (jefe del área), programará la distribución del tiempo del personal de su equipo para el cumplimiento de las diversas actividades preventivas, asistenciales, administrativas, etc., de acuerdo con las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud.
- El director de la clínica será también el jefe del sector de menos necesidad de atención debido a su tamaño o características; realizará por tanto, el mismo tipo de actividades que competen a un jefe de sector.
- Las asistentes que se ocupen sistemáticamente de la esterilización central y preparación de materiales para todo el servicio no formarán parte del equipo de salud del sector, por lo que atención queda subordinada al jefe del área.

5.2. Actividades a nivel del área de salud

Las acciones orientadas hacia la solución de los problemas individuales de atención estomatológica en la comunidad tienen que estar apoyadas por otras actividades que, fundamentadas en lo epidemiológico, contribuyan a modificar la morbilidad de las enfermedades más comunes y consecuentemente, a elevar el nivel de salud comunitario.

A este fin, el área de salud realizará acciones preventivo-curativas sobre grupos específicos de población (fundamentalmente preescolar y escolar), dirigidas hacia la disminución de la caries dental, parodontopatías y maloclusiones, así como a la eliminación de las necesidades acumuladas de tratamientos de caries dentales.

Para realizar estas acciones, el director de estomatología en el área de salud se apoyará en el personal de estomatología que trabaja en servicios establecidos en los propios centros escolares, o en el personal que atiende a los sectores.

En este último caso los niños de un centro escolar no serían atendidos en su totalidad por el personal de sector donde esté situada la escuela, sino que serán atendidos por el personal de todos los sectores.

Lo que se pretende es que no se aumente en forma considerable el total de población correspondiente a un sector de atención, y que se dé cabal cumplimiento al programa de tratamiento incremental.

El director de estomatología en el área de salud tendrá a su cargo la planificación, organización, dirección y control, a su nivel, del programa de tratamiento incremental, tanto en el caso de contarse con servicios escolares, como en el caso de que se realicen las actividades por el personal de los diversos sectores de la clínica.

El estomatólogo que dirige en el área de salud ha de cumplir con determinadas funciones de acuerdo a lo planteado en los anteriores párrafos, como son:

- a) Realizar estudios epidemiológicos con el fin de obtener conocimientos del estado de salud del área o de grupos específicos de la población de esta.
- b) Ejecutar, a través del personal estomatológico situado en los centros escolares o en los sectores, las actividades preventivas de carácter colectivo que comprenda la población del área o a grupos específicos dentro del área.
- c) Realizar actividades divulgativas en relación con la fluoruración de acueductos, aplicaciones tópicas de fluoruro, cepillado de los dientes, etc.
- d) Desarrollar tratamientos incrementales dirigidos a la población preescolar y escolar.

V.5. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Los recursos humanos constituyen el elemento fundamental del sistema de salud, y su formación debe estar en correspondencia con los objetivos de este. Por tanto, la formación de estos en cantidades y consideraciones técnicas específicas y con condiciones necesarias para llevar a efecto este nuevo modelo debe sustentarse en los principios de la estomatología en la comunidad, de manera que los perfiles profesionales y técnicos se correspondan con la política de salud establecida.

El modelo de atención primaria propuesto determina la necesidad de adecuar la formación del personal profesional y auxiliar de estomatología, así como la actualización y separación del ya graduado. Por ello será necesario:

- a) adiestrar el personal existente para las nuevas necesidades planteadas, mediante actividades de superación y perfeccionamiento.
- b) Adecuar los planes de estudio a los perfiles establecidos para los distintos tipos de personal profesional y auxiliar.

Los servicios de atención primaria de la estomatología en la comunidad constituyen, por definición, el lugar idóneo para formar los recursos humanos, ya que la comunidad sólo se puede estudiar en la comunidad. En este medio es donde mejor se puede materializar dos principios que son fundamentales en la educación en nuestro país: la formación marxista-leninista de nuestros profesionales y técnico, y la integración del estudio y el trabajo para lograr hombres plenamente desarrollados.

Además, en estos servicios es donde mejor se puede llevar al estudiante la concepción social de nuestra medicina y proporcionarle los conocimientos esenciales para obtener elementos teóricos y prácticos que los ayuden a interpretar los elementos fundamentales en cuanto a organización y administración en salud.

Por lo anterior, la formación de los recursos humanos de estomatología debe llevarse a cabo en el terreno, en los servicios existentes en la comunidad (policlínico, integral y clínica estomatológica docentes) y en servicios docente-asistenciales de las facultades de estomatología.

6.1. Policlínico integral docente.

La actividad profesional del estomatólogo general calificado, para ejercer las funciones planteadas con relación a la comunidad se encuentra íntimamente vinculada con las acciones que se realizan en ella y que se materializan en los programas básicos del área de salud por el policlínico integral. De ahí que una parte de formación de este estomatólogo radica en el conocimiento de esas acciones que se desarrollan en el área de salud.

Por tanto, las prácticas de familiarización, en los dos primeros años de la carrera, deben estar orientadas hacia la participación del estudiante en las actividades en el área de salud, de manera que pueda obtener, directamente de la realidad y de la práctica, las experiencias necesarias que contribuyan al conocimiento y comprensión de los factores socio-económicos, epidemiológicos y sanitarios que intervienen en el proceso salud-enfermedad, tanto desde el punto de vista general, como del de la estomatología en particular.

6.2. Clínica estomatológica docente en la comunidad.

En la formación del estudiante de estomatología, las prácticas de servicio realizadas durante los tres últimos años de la carrera- constituyen un complemento indispensable de las disciplinas impartidas por la Facultad.

Los objetivos de la práctica de servicio son las de fijar y generalizar los conocimientos científicos y técnicos sobre las materias de la especialización y que los estudiantes adquieran los hábitos del ejercicio de la profesión.

Los estudiantes de la especialidad de estomatología pueden realizar las prácticas de servicio en clínicas estomatológicas docentes que cumplen los siguientes requisitos:

1. Cumplir todos los principios y postulados de la estomatología en la comunidad.
2. Contar con las instalaciones necesarias y suficientes para que el estudiante desarrolle, al máximo posible, sus actividades en este servicio, desde el inicio hasta el final de sus estudios.
3. Contar con un departamento docente formado por el cuerpo de profesores necesarios para asegurar el desarrollo de los planes de estudio.

6.3. Facultades de estomatología.

Atendiendo a la formación de los profesionales que darán cumplimiento a los objetivos de la estomatología en la comunidad, las facultades de estomatología del país, además

de representar el elemento más importante, constituyen el medio en que se desarrolla la mayor parte de la actividad educativa del estudiante y, también, el que mayor influencia ejerce en su futura vida profesional. Por tanto, independientemente de las adecuaciones que se operen en los planes de estudio, las facultades de estomatología deberán organizar sus servicios docente-asistenciales conforme a las normas y principios establecidos para la estomatología en la comunidad, lo cual implica, naturalmente, la adaptación de estos servicios al Sistema Nacional de Salud.

Es oportuno destacar que además de los beneficios que, desde el punto de vista educacional, se derivarán de este nuevo enfoque- la integración de los servicios de las facultades al Sistema Nacional de Salud y la aplicación de la estomatología en la comunidad, propiciarán la proyección de estos centros de educación superior hacia la comunidad, aportándole sus recursos científicos y técnicos, contribuyendo con mayor eficiencia a la elevación de su nivel de salud, y recibiendo de ella la influencia y las experiencias necesarias para cumplir mejor con su misión de formar nuevas generaciones de estomatólogos y contribuir, con mayor efectividad, al progreso y perfeccionamiento de la atención estomatológica.

V.7. CONCLUSIONES DEL MARCO TEÓRICO.

1. La estomatología en la comunidad se enfoca hacia:
 - a) Control de la situación de salud bucal
 - b) Aumento de la eficiencia y la eficacia
 - c) Adecuación de los perfiles profesionales y técnicos
 - d) Lograr el máximo de satisfacción de la población

2. Se fundamenta en los siguientes principios:
 - a) Enmarcada dentro de la organización del Sistema Nacional de Salud, se sustenta en los principios de la medicina y la salud pública socialistas.
 - b) Desarrolla, simultáneamente, las soluciones a los problemas de salud bucal existentes y la satisfacción de la demanda de servicios.
 - c) Se rige conforme a los principios establecidos para la planificación de la salud.
 - d) Se apoya en la participación activa de las masas organizadas.

3. Toma como modelo el de la medicina en la comunidad, en cuanto a que esta representa una materialización del carácter social de la medicina en nuestro país, pero adapta su organización a las características de la situación de salud en estomatología.
4. De acuerdo con la medicina en la comunidad, se caracteriza por los siguientes elementos esenciales:
 - Integral
 - Sectorizada
 - Regionalizada
 - Continuada
 - Dispensarizada
 - En equipo
 - Participación activa de la comunidad
5. La formación de recursos humanos debe adecuarse a los perfiles profesionales y técnicos que corresponden al presente modelo de atención primaria.
6. El personal y auxiliar de estomatología debe formarse en los servicios existentes en la comunidad que cuenten con la organización y recursos que les permitan realizar las tareas docentes necesarias. Estos servicios son: el policlínico integral docente, la clínica estomatológica docente y los propios servicios de las facultades de estomatología.
7. Además de adecuar los planes de estudio, las facultades de estomatología deberán estructurar servicios docente asistenciales que sean realmente representativos del modelo de estomatología en la comunidad y, así, lograr los siguientes propósitos:
 - a) Contar con el medio adecuado para la formación de los estudiantes de estomatología.
 - b) Desarrollar y perfeccionar el modelo de atención primaria.

V.8- FUNCIONES DE CONTROL

- 1.-Aplicación del Programa Nacional de Estomatología, considerando tanto la educación para la salud, la prevención, la atención curativa y la rehabilitación del daño en la población comprendida dentro de su área de salud.
- 2.-Controlar el cumplimiento de las normas técnicas establecidas, y valorar las habilidades de los profesionales de la salud involucrados en esta atención.

- 3.-Establecer la inter relación entre las especialidades para lograr un nivel de inter consultas, atendiendo a las necesidades presentadas, durante la atención primaria.
- 4.-Crear las condiciones para poder remitir a los pacientes que lo necesiten al segundo y tercer nivel de atención.
- 5.-Participar en las guardias estomatológicas para subsanar las necesidades de los pacientes que acuden con urgencias.
- 6.-Exigir y controlar el debido proceso en el llenado y evaluación de las historias clínicas.
- 7.-Hacer un estudio de las causas de las pérdidas de dientes, para establecer medidas de control para disminuir las mismas.

La clínica estomatológica es la base de la atención primaria en salud, dependiendo de donde se encuentre podrá tener su independencia financiera y administrativa, en caso de estar enclavada en un policlínico o unidad de consultas externas hospitalaria, dependerá en ese aspecto de la administración general del centro, dispondrá de los técnicos de la salud necesarios para cumplir su misión, atendiendo a presuntas personas sanas, enfermos y hasta traumatizados en primera instancia, pudiendo remitir a los pacientes a un segundo nivel de atención de ser necesario.

En su dotación mínima, cuentan con 5 consultorios, con el habilitamiento de sillones dentales y los correspondientes accesorios tanto en equipamiento, instrumental y materiales utilizados para este fin.

Esta clínica está preparada para brindar tanto atención primaria, como un segundo nivel de atención, atendiendo al personal técnico asignado para estas acciones de salud.

Esta unidad ejecutora de salud está vinculada a un área de salud, donde brida su principal atención estomatológica, estando vinculada sin lugar a dudas al sistema nacional de salud, a través de los médicos de la familia que brindan también la atención primaria.

También vinculados a esta institución básica pueden existir, estomatólogos, que cumplan su labor asistencial, en centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles entre otras instituciones sociales, que se vinculan de forma directa al servicio estomatológico básico.

Los diseños de las clínicas estomatológicas pueden variar de 5, 9, 10, 12, 14 y 20 sillones, dependiendo del lugar donde estarán ubicadas, la unidad más pequeña y elemental es la de 5 sillones y la de 20 sillones tendrá la misión de formar especialistas de tercero y cuarto nivel, siendo generalmente ubicadas en las cabeceras de provincia y estarán vinculadas en su actividad educativa con las Facultades de Estomatología Provinciales.

En los hospitales e construyeron clínicas estomatológicas de 12 y 14 sillones (Cubículos), su organización interna es la misma que la de las clínicas estomatológicas de base con un anexo, que es un cirujano Máximo Facial, con un número de camas asignadas para sus labores asistenciales en tener acceso a los quirófanos del hospital. Estas unidades están subordinadas a la dirección del hospital.

La clínica estomatológica está enclavada en un área de salud atiende con varios consultorios de médicos de la familia.

Atendiendo a la estrecha vinculación de los estomatólogos de atención primaria con los médicos de la familia, se coordina la atención a la población de esas áreas, y se realizan actividades tanto sociales como asistenciales en el consultorio y en el medio natural y social donde viven, estudian o trabajan y se divierten.

Desde que se concibió este plan de atención integral y comunitaria en Estomatología, se realizan planes prospectivos, anuales, quincenales, y decenales, siendo la asignación de recursos humanos y materiales programada según los planes establecidos. Esto ofreció excelentes resultados y es el sistema de planificación central y descentralizada que maneja el Ministerio de Salud Pública en todas sus instancias.

Dentro del Sistema Nacional de Salud en La República de Cuba, existen tres niveles de atención médica y estomatológica,

1.- Atención primaria, o básica, desarrollada por los médicos y estomatólogos de base, pudiendo incluso ser especialistas o master en Atención Primaria. Tiene como principal función la educación para la salud y la prevención, además de la atención curativa, teniendo que ver más con la comunidad, que la atención secundaria y terciaria. Estas últimas son muy importantes para garantizar la atención estomatológica calificada al individuo enfermo.

2.-Atención secundaria, brindada por especialistas en las distintas ramas de las ciencias médicas, pudiendo estar en unidades ejecutoras municipales o provinciales.

3.- atención tercer nivel, generalmente brindada por especialistas en Unidades Ejecutoras Nacionales o Institutos Nacionales de Investigación..

Estas referencias del trabajo estomatológico en la Sociedad Cubana es un ejemplo de nuevos parámetros sociales para medir e implementar en las Ciencias Sociales posclásicas o Modernas; pues si hacemos referencia a los términos en que se mide la sociología en la actualidad, los beneficios de la atención médica y bucal redundan en una mayor y tranquila interrelación entre los individuos de una sociedad, porque parte de los beneficios de este trabajo preventivo y social es el que la calidad y tiempo de vida de los individuos será mayor y mejor.

Este programa lo instauramos en el año 1979, y aún se encuentra vigente, siendo la base de la atención estomatológica actual en sistema nacional de salud de la República de Cuba.

Este programa implementado por la Dirección Nacional de Estomatología Cubana creó las bases sociales y prácticas para posteriormente dar lugar al desarrollo del médico en la comunidad, ambos programas se encuentran vigentes y se actualizan periódicamente, atendiendo a las nuevas técnicas y a las necesidades sociales de la población.

Hoy en día con el de cursar de evolución social, y las necesidades asistenciales, se crearon las especialidades del Estomatólogo comunitario y el médico comunitario o de atención primaria.

Estas especialidades y estos servicios de atención primaria, se realizan por profesionales cubanos en más de 20 países, y además existe una escuela cubana basada en estos principios, siendo su base la atención primaria o comunitaria, de la cual, nosotros fuimos parte los ideólogos y creadores.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.-

Dentro de los lineamientos establecidos en el marco teórico, nos damos la licencia de tomar parte de el, para justificar las acciones de salud que establecimos en estos más de 50 años, de lucha por mejorar la atención estomatológica del país si partimos de la premisa que en 1959, prácticamente la atención odontológica institucional era casi cero y la atención odontológica privada era totalmente insuficiente, de pocos recursos humanos y materiales, además se encontraba esta deficitaria atención, en las grandes ciudades y a costos no accesibles por la mayor parte de la población.

En este trabajo vamos a demostrar, realizando tres cortes de los resultados de atención estomatológica en Cuba.

1.- En 1959, cuando se adquiere la dirección del País por el Gobierno Revolucionario Cubano, heredando una salud pública, decadente, insuficiente, y posteriormente saqueada, donde el Imperio Norte Americano, se llevó a los más sobresalientes científicos, profesionales y técnicos de la salud.

2.-En 1967, donde se realiza una evaluación de los servicios Estomatológicos en el país.

3.-En el 2014, última estadística de los servicios prestados en estomatología.

Como podrán apreciar en las tablas y gráficos que ofreceremos, se puede ver el desarrollo de este sistema en el avance de la calidad de la atención Estomatológica y el mejoramiento de la Salud buco Dental de la población cubana, en el de cursar de los más de 50 años de trabajo, para lograr estos logros, que distan todavía mucho de los resultados que quisiéramos para nuestra población.

Se establecieron las premisas para un nuevo sistema de atención odontológica

Fueron creadas las condiciones para seleccionar el personal que ingresaría en la facultad de odontología de La Habana.

Fueron establecidos mecanismos intermedios para lograr atención masiva temporal hasta lograr una atención programada eficiente y que sea de satisfacción a la población.

Se establecieron órdenes de prioridades a los grupos de población para recibir atención estomatológica, priorizando los grupos de población vulnerable.

Se planificaron recursos humanos y materiales para el plan de atención comunitaria, que sería establecido, seleccionando al estudiante universitario de las provincias más deficitarias y que más necesitaban profesionales de la salud,

Creación del nuevo modelo de atención estomatológica en la comunidad.

La proposición de metas por lograr para elevar el nivel de salud de la población, la orientación de nuestros esfuerzos hacia las áreas más vulnerables de los problemas y la satisfacción de las solicitudes de tratamiento han de constituir las bases para el establecimiento de la política que se ha de seguir en estomatología. Todo ello, y la aplicación del nuevo modelo de atención médica denominado “Medicina en la comunidad”, dio lugar a un nuevo enfoque de la atención estomatológica que también puede denominarse “Estomatología en la comunidad”.

Por tanto, los elementos esenciales del modelo de estomatología en la comunidad son:

- Integral
- Sectorizada
- Regionalizada
- Continuada
- Dipensarizada
- En equipo
- Participación activa de la comunidad

La proyección de la estomatología de nivel primario hacia los centros de trabajo tomó en cuenta, para su priorización, los siguientes aspectos:

- .- Riesgo de enfermedades bucales de origen ocupacional
- .- Importancia de la salud bucal en el tipo de trabajo que se realiza (incluida la apariencia personal)
- .- Influencia que los problemas ocasionados por afecciones bucales puedan tener en el ausentismo laboral.

.. La demanda de este servicio por los trabajadores, en comparación con la demanda ejercida por los demás grupos de población.

.- Los trabajadores que no pertenezcan al área de salud que brinda el servicio disfrutarán de doble cobertura (una, por su centro de trabajo y, otra, por su área de salud).

De acuerdo con las posibilidades, la atención a centros de trabajo se llevó a cabo en los propios servicios estomatológicos mediante la asignación de un número determinado de turnos a los trabajadores o precediendo a la instalación de servicios en el propio centro de trabajo.

La atención estomatológica domiciliaria tiene sólo una importancia relativa, por la necesidad imprescindible de equipos e instrumental para efectuar los tratamientos. No obstante, existen circunstancias excepcionales en que debe realizarse. Estos son los casos, por ejemplo, de ancianos e impedidos que se encuentren imposibilitados de asistir al consultorio y requieran atención urgente.

La relación del estomatólogo con los servicios del nivel secundario constituye un aspecto de la atención continuada que, al conjugarse con la regionalización, da origen a un nuevo elemento de gran trascendencia para el mejoramiento de la calidad de la atención y para la elevación del nivel científico y técnico del estomatólogo. Este elemento es la interconsulta.

La interconsulta consiste en consultas especiales programadas, en las que participa el estomatólogo del sector con los diferentes especialistas del nivel secundario. Mediante la interconsulta es posible examinar los pacientes que presenten afecciones que correspondan al dominio del especialista y aportar, por el estomatólogo del sector, los elementos conocidos del paciente al mismo tiempo que el especialista orienta la conducta que ha de seguir el propio estomatólogo general, o determina que el paciente sea remitido a su servicio.

Dipensarizada:

La dispensarización de la atención estomatológica de nivel primario se fundamentó en el conocimiento, por parte del estomatólogo y su equipo, de su universo de trabajo y el establecimiento, dentro de él de grupos por edades y sexos de individuos que, no obstante ser considerados sanos, necesitan de una atención educativa y preventiva periódicamente.

La población en grupos de edad preescolar y escolar debe ser el objeto fundamental de la atención dispensarizada en estomatología, ya que los esfuerzos dedicados a estos grupos de población permitirán alcanzar el punto de equilibrio entre necesidades y recursos.

La atención dispensarizada a embarazadas, así como a pacientes con ciertas afecciones crónicas no estomatológicas, es y debe ser objeto de la medicina en la comunidad, y la función de la estomatología, con su carácter de integralidad en estos casos, consiste en facilitar esta atención estomatológica, estableciendo las prioridades que sean necesarias. El registro y control de estos pacientes, desde el punto de vista “dispensarizada”, debe permanecer en la rama de la asistencia médica que corresponda. Las prioridades de pacientes dispensarizados, en estomatología, son:

Embarazadas

Hemofílicos y pacientes con otras enfermedades hemorrágicas

Diabéticos

Epilépticos

Nefrópatas

La atención al paciente dispensarizada descansa, en gran medida, en la organización de la dispensarización, por lo cual se señala la importancia de los siguientes aspectos:

4. Interrelación con el equipo primario horizontal de medicina, obstetricia y pediatría, para el correcto tratamiento y cuidado de estos pacientes.
5. Conocimiento del universo de trabajo (pacientes con las afecciones señaladas anteriormente).
6. Registro y control de dichos pacientes.

Trabajo en equipo

Todas las acciones de salud necesarias para dar cumplimiento a los objetivos trazados dentro del Sistema Nacional de Salud requieren de la participación de numerosos trabajadores que, según su nivel de calificación contribuyen a las diferentes tareas que se realizan. Este carácter multidisciplinario e interdisciplinario de las acciones de salud exige la creación de diversos grupos de trabajo que, independientemente de su composición y magnitud, se denominan genéricamente equipos de salud. Con esta exigencia, el trabajo en

equipo constituye uno de los elementos esenciales del modelo de atención estomatológica de nivel primario que denominamos “Estomatología en la comunidad”.

El equipo primario está dado por el colectivo reducido que se forma para emprender una tarea específica, con un contacto estrecho entre sus integrantes. Ejemplo de ellos son las brigadas de trabajadores de saneamiento o el estomatólogo y la asistente dental. El primero de los ejemplos constituiría un equipo primario vertical, por estar integrado por individuos con una misma profesión o actividad. El segundo es el equipo primario horizontal, integrado por personal de distinta categoría o profesión y que es, por tanto, interdisciplinario.

Los equipos primarios horizontales son el centro de nuevo modelo de atención. Reúnen todas las características de un verdadero equipo de trabajo, entre los que se destacan:

- e) Cada miembro del equipo tiene conciencia del objetivo común y de cuáles son, en relación con dicho objetivo, sus propias funciones y las de los demás.
- f) Tiene establecidas adecuadas relaciones con el resto de la institución, de modo que se facilite el uso de los recursos humanos y materiales que se requieran para una función dada.
- g) Tiene la amplitud y flexibilidad suficiente para aceptar en el equipo nuevos miembros y modificar las funciones y “estatus”, según lo requiera la tarea por cumplir.
- h) Aceptar la jerarquización administrativa dentro del equipo y en su relación con otros equipos de la institución.

En el modelo de estomatología en la comunidad, estos equipos horizontales lo integraron el (o los) estomatólogo (s), el técnico clínico en estomatología y la asistente dental (en ciertos casos se incorpora también el técnico en prótesis estomatológica), quienes se responsabilizan, en conjunto, con un sector.

Cada uno de estos equipos mantuvo y mantienen, en el consultorio su propio archivo con la totalidad de sus pacientes, lo que hace más accesible la obtención del servicio estomatológico a la población. La coordinación adecuada con la dirección de estadística facilita la recepción de los datos primarios necesarios para conocer el cumplimiento de los programas.

Por otra parte, en el equipo primario horizontal participan consultantes de diversas especialidades (interconsulta) en función asistencial, la morbilidad y la capacidad técnica

actual de los estomatólogos de atención primaria, así como de la posibilidad de ejercer acciones de prevención que justifican esta participación.

Participación activa de la comunidad:

Las acciones llevadas a cabo según este nuevo modelo de atención estomatológica del apoyo que, en la comunidad, pueden realizar las masas organizadas (CDR,FMC,ANAP), principalmente en actividades orientadas hacia la prevención de la caries dental, las parodontopatías y las maloclusiones, así como en otras tareas de promoción de salud bucal.

Entre estas acciones hay que destacar la educación para la salud y la participación activa de la población organizada.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA COMUNIDAD.

Hemos visto que algunos problemas de salud bucal, aunque relativamente simples para la mayoría de los inurar por si solas, individuos, presentan una gran complejidad desde el punto de vista epidemiológico. En odontología se conoce que las enfermedades buco dentales generalmente no se pueden curar por si solas, sino con el decursar del tiempo se agravan, por lo que se necesita la atención curativa para solucionar este evento de salud personal. Dentro de ellos con mayor morbilidad tenemos, en primer lugar la caries dental, en segundo lugar las maloclusiones y no quedando atras las enfermedades periodontales.

La caries dental es un problema de salud mundial con una morbilidad del 99 % de la población, establecer planes y programas con un criterio epidemiológico, es decir, actuando sobre grandes masas de población y, dentro de esta, sobre grupos de edad muy específicos. Por tanto, las acciones por tomar en el nivel de la comunidad serán de dos tipos: individuales y colectivas.

Las acciones individuales estuvieron determinadas por las necesidades particulares de atención de la población que demanda el servicio, y serán atendidas por el equipo de salud del sector.

Las acciones colectivas están encaminadas a atender los grupos más susceptibles, con el fin de disminuir la incidencia y acumulación de tratamientos de caries dentales,

parodontopatías y maloclusiones. Este tipo de atención será objeto de programas incrementales escolares organizados en el nivel del área de salud. También pueden considerarse programas específicos orientados a grupos de trabajadores expuestos a enfermedades de origen ocupacional con manifestaciones bucales.

5.1 Equipo de salud del sector

El equipo estomatológico de salud del sector tiene la responsabilidad de la salud bucal de cada uno de los integrantes de la comunidad.

a) Contribuir a desarrollar la prevención mediante la educación para la salud de la población en el consultorio y en la comunidad (escuela, centro de trabajo, CDR, etc.)

b) Asegurar la atención estomatológica a la comunidad mediante actividades de:

Operatoria

Exodoncia

Profilaxis

Endodoncia

Cirugía bucal

Ortodoncia

Parodontología

Prótesis

Se observa que estas actividades comprenden los llamados “servicios básicos” (exodoncia, operatoria y profilaxis), la endodoncia y especialidades. En el enfoque de la estomatología en la comunidad, y de acuerdo con el perfil establecido para el estomatólogo, el concepto de “servicios básicos” resulta ampliado hasta incluir la endodoncia y todas aquellas actividades que –consideradas actualmente dentro del campo de las distintas especialidades- pueden ser realizadas por los estomatólogos generales de nueva promoción y por antiguos graduados que hayan realizado el proceso de reciclaje en las especialidades correspondientes. Por ello se recomienda eliminar el término de “servicios básicos” y emplear el de “atención primaria”.

.- Funciones del estomatólogo

- a) Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, deformaciones, traumatismos bucales y parabucales que correspondan al campo de la estomatología general.
- b) Orientar y remitir al nivel de atención secundaria aquellas afecciones que requieran de un especialista, para su diagnóstico y tratamiento definitivo.
- c) Restaurar partes de dientes y reemplazar dientes perdidos y los tejidos asociados.
- d) Participar activamente dentro del equipo de salud correspondiente a su nivel de trabajo.
- e) Dirigir su equipo de salud.
- f) Administrar los aspectos específicos de la organización en su nivel.
- g) Cumplir y hacer cumplir las normas científicas, técnicas y administrativas.
- h) Coordinar su programa de trabajo con los demás programas básicos del área, especialmente en los de atención integral a la mujer, atención integral al escolar y preescolares y atención integral al adulto.
- i) Participar en la comunidad mediante sus instituciones, para orientar en la identificación y solución de sus problemas estomatológicos, organizar y coordinar las actividades correspondientes y recibir de ella, al mismo tiempo, la información y la experiencia necesarias para la mejor planeación, ejecución y control de las actividades.
- j) Realizar y participar en las investigaciones programadas en relación con el proceso salud-enfermedad de su sector.

.- Funciones del técnico clínico en estomatología

- a) Educación para la salud
- b) Atender y tratar los pacientes asignados por el estomatólogo y que requieran los siguientes tratamientos:

Operatoria

Exodoncia

Profilaxis

c) Realizar las demás actividades que correspondan a su nivel técnico.

.- Funciones de la asistencia dental

a) Educación para la salud

b) Ayudar al estomatólogo, o al técnico clínico en estomatología, en las actividades para las cuales está capacitada.

c) Controlar las historias clínicas de los pacientes.

d) Controlar el sistema de registro de actividades realizadas y remitir esta

Información al nivel superior.

e) Controlar las citaciones de pacientes.

.- Funciones del técnico en prótesis estomatológica

Las funciones correspondientes a este técnico se encuentran relacionadas con la rehabilitación bucal del paciente. En general, consisten en:

f) Construcción de aparatos protéticos.

g) Construcción de coronas.

h) Reparación de aparatos protéticos

i) Recolección de datos de producción

j) Otras actividades que correspondan a su nivel técnico

.- Cobertura

El equipo de salud para la atención primaria en estomatología, de acuerdo con la densidad de población estará constituido, aproximadamente, por:

, Relación estomatólogo

Por habitantes	Tipo de área
1 x 1500 – 3000	Urbana
1 x 3000 – 4000	Rural concentrada
1 x 4000 - 6000	Rural dispensa
,La anterior relación estomatólogo por habitantes varió, dentro de los límites fijados, de acuerdo con la demanda de servicios que exista en el sector de que se trate.	
.- En todo el sector que rebase los límites fijados según los epígrafes (a) y (b), pueden incorporarse otros estomatólogos o técnicos clínicos en estomatología, en la cantidad necesaria para cumplir dichos requisitos.	
Una asistente dental por cada estomatólogo o técnico clínico en estomatología.	
Un técnico de prótesis estomatológica por cada tres sillones existentes en la clínica.	

.. Aspectos generales de la organización del equipo de salud del sector

- El estomatólogo es el jefe de su equipo de salud de sector. En caso de formar parte del equipo del sector más de un estomatólogo, sobre uno de ellos recaerá la dirección del equipo.
- El jefe del sector, siguiendo orientaciones del director de la clínica (jefe del área), programará la distribución del tiempo del personal de su equipo para el cumplimiento de las diversas actividades preventivas, asistenciales, administrativas, etc., de acuerdo con las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud.
- El director de la clínica será también el jefe del sector de menos necesidad de atención debido a su tamaño o características; realizará por tanto, el mismo tipo de actividades que competen a un jefe de sector.
- Las asistentes que se ocupan sistemáticamente de la esterilización central y preparación de materiales para todo el servicio no formarán parte del equipo de salud del sector, por lo que atención queda subordinada al jefe del área.

.- Actividades a nivel del área de salud

Las acciones orientadas hacia la solución de los problemas individuales de atención estomatológica en la comunidad tienen que estar apoyadas por otras actividades que, fundamentadas en lo epidemiológico, contribuyan a modificar la morbilidad de las enfermedades más comunes y consecuentemente, a elevar el nivel de salud comunitario.

A este fin, el área de salud realizará acciones preventivo-curativas sobre grupos específicos de población (fundamentalmente preescolar y escolar), dirigidas hacia la disminución de la caries dental, parodontopatías y maloclusiones, así como a la eliminación de las necesidades acumuladas de tratamientos de caries dentales.

Lo que se pretende es que no se aumente en forma considerable el total de población correspondiente a un sector de atención, y que se dé cabal cumplimiento al programa de tratamiento incremental.

El director de estomatología en el área de salud tiene a su cargo la planificación, organización, dirección y control, a su nivel, del programa de tratamiento incremental, tanto en el caso de contarse con servicios escolares, como en el caso de que se realicen las actividades por el personal de los diversos sectores de la clínica.

El estomatólogo que dirige en el área de salud ha de cumplir con determinadas funciones de acuerdo a lo planteado en los anteriores párrafos, como son:

- .-Realiza estudios epidemiológicos con el fin de obtener conocimientos del estado de salud del área o de grupos específicos de la población de esta.
- .-Ejecuta, a través del personal estomatológico situado en los centros escolares o en los sectores, las actividades preventivas de carácter colectivo que comprenda la población del área o a grupos específicos dentro del área.
- .-Realiza actividades divulgativas en relación con la fluorización de acueductos, aplicaciones tópicas de fluoruro, cepillado de los dientes, etc.
- .-Desarrolla tratamientos incrementales dirigidos a la población preescolar y escolar.

Se comienza el primer año con primer grado.

En el segundo año se atienden primero y tercer grado, quedando los niños de segundo grado sin atención aparente, pero fueron atendidos el año anterior cuando estaban en primer grado.

En el tercer año, se atienden primero, tercero y quinto.

El segundo y cuarto, fueron atendidos en el año anterior, así sucesivamente se van atendiendo desde el punto de vista curativo los alumnos de la escuela primaria cada

dos años, en la medida de los recursos disponibles, se atienden en las escuelas con equipos móviles, los alumnos de secundaria con el mismo sistema, logrando una gran cobertura con recursos sumamente económicos, ya que se utilizan las instalaciones de las escuelas, y consideramos una asistencia magnífica por estar en la misma escuela la unidad portátil de atención curativa.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Los recursos humanos constituyen el elemento fundamental del sistema de salud, y su formación debe estar en correspondencia con los objetivos de este. Por tanto, la formación de estos en cantidades y consideraciones técnicas específicas y con condiciones necesarias para llevar a efecto este nuevo modelo debe sustentarse en los principios de la estomatología en la comunidad, de manera que los perfiles profesionales y técnicos se correspondan con la política de salud establecida.

El modelo de atención primaria propuesto determina la necesidad de adecuar la formación del personal profesional y auxiliar de estomatología, así como la actualización y separación del ya graduado. Por ello fue necesario:

- c) adiestrar el personal existente para las nuevas necesidades planteadas, mediante actividades de superación y perfeccionamiento.
- d) Adecuar los planes de estudio a los perfiles establecidos para los distintos tipos de personal profesional y auxiliar.

Los servicios de atención primaria de la estomatología en la comunidad constituyeron, por definición, el lugar idóneo para formar los recursos humanos, ya que la comunidad sólo se puede estudiar en la comunidad. En este medio es donde mejor se puede materializar dos principios que son fundamentales en la educación en nuestro país: la formación marxista-leninista de nuestros profesionales y técnico, y la integración del estudio y el trabajo para lograr hombres plenamente desarrollados.

Además, en estos servicios es donde mejor se puede llevar al estudiante la concepción social de nuestra medicina y proporcionarle los conocimientos esenciales para obtener elementos teóricos y prácticos que los ayuden a interpretar los elementos fundamentales en cuanto a organización y administración en salud.

Por lo anterior, la formación de los recursos humanos de estomatología debe llevarse a cabo en el terreno, en los servicios existentes en la comunidad (policlínico, integral y clínica estomatológica docentes) y en servicios docente-asistenciales de las facultades de estomatología.

6.1. Policlínico integral docente.

La actividad profesional del estomatólogo general calificado, para ejercer las funciones planteadas con relación a la comunidad se encuentra íntimamente vinculada con las acciones que se realizan en ella y que se materializan en los programas básicos del área de salud por el policlínico integral. De ahí que una parte de formación de este estomatólogo radicó en el conocimiento de esas acciones que se desarrollan en el área de salud.

Por tanto, las prácticas de familiarización, en los dos primeros años de la carrera, deben estar orientadas hacia la participación del estudiante en las actividades en el área de salud, de manera que pueda obtener, directamente de la realidad y de la práctica, las experiencias necesarias que contribuyan al conocimiento y comprensión de los factores socio-económicos, epidemiológicos y sanitarios que intervienen en el proceso salud-enfermedad, tanto desde el punto de vista general, como del de la estomatología en particular.

6.2. Clínica estomatológica docente en la comunidad.

En la formación del estudiante de estomatología, las prácticas de servicio realizadas durante los tres últimos años de la carrera- constituyeron un complemento indispensable de las disciplinas impartidas por la Facultad.

Los objetivos de la práctica de servicio son las de fijar y generalizar los conocimientos científicos y técnicos sobre las materias de la especialización y que los estudiantes adquieran los hábitos del ejercicio de la profesión.

Los estudiantes de la especialidad de estomatología pueden realizar las prácticas de servicio en clínicas estomatológicas docentes que cumplen los siguientes requisitos:

- .-Cumplir todos los principios y postulados de la estomatología en la comunidad.
- .-Contar con las instalaciones necesarias y suficientes para que el estudiante desarrolle, al máximo posible, sus actividades en este servicio, desde el inicio hasta el final de sus estudios.
- .-Contar con un departamento docente formado por el cuerpo de profesores necesarios para asegurar el desarrollo de los planes de estudio.

Facultades de estomatología.

Atendiendo a la formación de los profesionales que dieron cumplimiento a los objetivos de la estomatología en la comunidad, las facultades de estomatología del país, además de representar el elemento más importante, constituyeron el medio en que se desarrolla la mayor parte de la actividad educativa del estudiante y, también, el que mayor influencia ejerce en su futura vida profesional. Por tanto, independientemente de las adecuaciones que se operen en los planes de estudio, las facultades de estomatología deberán organizar sus servicios docente-asistenciales conforme a las normas y principios establecidos para la estomatología en la comunidad, lo cual implica, naturalmente, la adaptación de estos servicios al Sistema Nacional de Salud.

Es oportuno destacar que además de los beneficios que, desde el punto de vista educacional, se derivarán de este nuevo enfoque- la integración de los servicios de las facultades al Sistema Nacional de Salud y la aplicación de la estomatología en la comunidad, propiciarán la proyección de estos centros de educación superior hacia la comunidad, aportándole sus recursos científicos y técnicos, contribuyendo con mayor eficiencia a la elevación de su nivel de salud, y recibiendo de ella la influencia y las experiencias necesarias para cumplir mejor con su misión de formar nuevas generaciones de estomatólogos y contribuir, con mayor efectividad, al progreso y perfeccionamiento de la atención estomatológica.

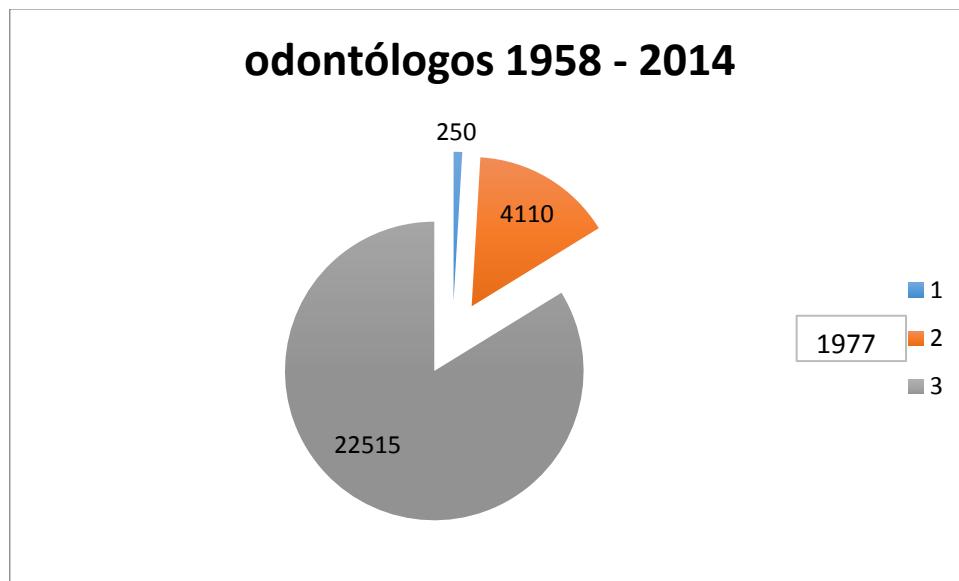
Con todas estas estrategias se confeccionó el MODELO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA COMUNIDAD, el que se gestó en 1973 y se realizó una

evaluación del mismo en 1977, y se ofertan en resultados, los logros de este programa de atención estomatológica, que ha sido ejemplo para muchos países, siendo timados sus principios y metodología para implementar programas posteriores, que han tenido logros basados en el modelo cubano.

Múltiples publicaciones se han realizado en el entorno de este proyecto, que se materializó en el de cursar de los años perfeccionando el mismo.

El autor trabajó durante más de 18 años en el Nivel Central del ministerio de salud Pública, en diversas actividades, todas interesantes y cada una más enajenante, dentro de ellas podemos destacar, cuando se nos designó como sub director de la Empresa Nacional de Suministros Médicos, durante los años que llevamos esa responsabilidad, podemos destacar que normalmente, teníamos un presupuesto para estomatología que oscilaba entre los 12 y 14 millones de dólares, y en un año se decidió por La Dirección Política del país de poner a la estomatología cubana a nivel del primer mundo, siendo creada una comisión compuesta de tres especialistas para determinar las estrategias y hacer la propuesta de que hacía falta.

En resumen se propuso un plan adicional de 20 millones de dólares para este fin, el cual fue concedido por la dirección ejecutiva del país y se desencadenó un aumento de equipos, instrumentos y material gastable para este fin, además, se contrataron los servicios educacionales necesarios para poner en ejecución estas técnicas, pasando la estomatología cubana a una etapa dorada y de pujante desarrollo que la puso a nivel de las más desarrolladas del mundo, que junto con su alcance social hizo, que la población cubana, recibiera un servicio estomatológico de óptima calidad, con una formidable cobertura, Y los profesionales cubanos se capacitaron en estas técnicas.



VII. RESULTADOS.-

Tabla 2 Desarrollo de la Odontología en Cuba desde 1958 al 2014

Año	Odontólogos	Horas Contratadas	Consultas
1958	250	2500	No hay información
1977	4110	7 956 960	7 462 765
2014	22515	43 589 040	26 138 118

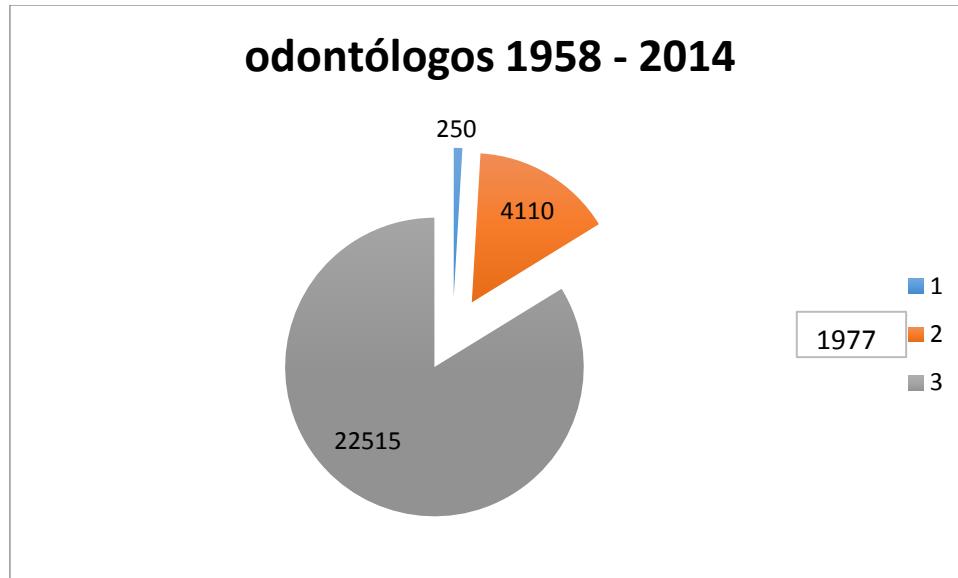


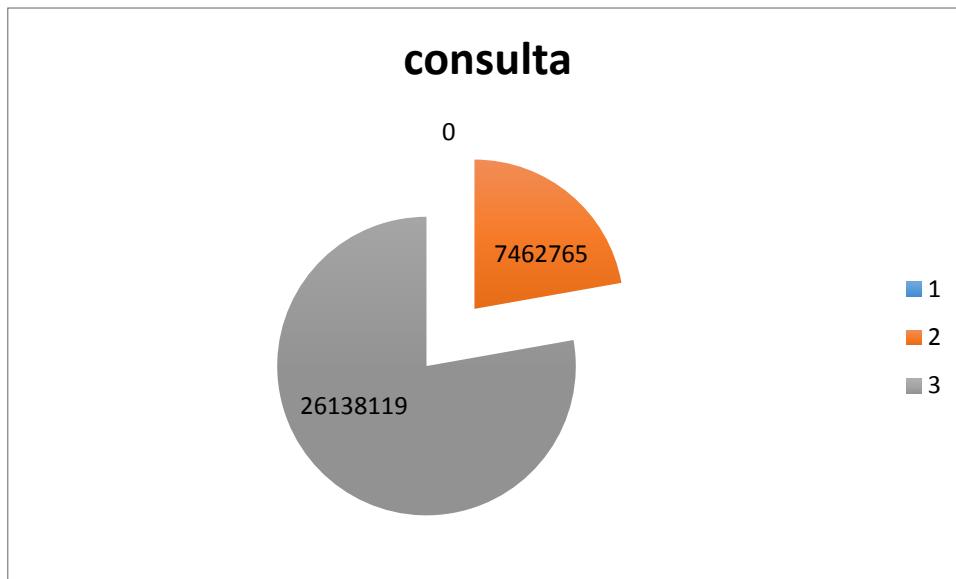
Tabla 3Desarrollo de Recursos Humanos desde 1959 hasta el 2014

	1959	1977	2014	Graduados hasta el 2014
Número de Graduados de Odontología	61	241	1865	22 515
Matrícula Odontología				(2014-2015) 7872

Tomado de: Anuario estadístico de Cuba (2014, p.141,143, 156, 174. 178, 195,199); MINSAP (1978)

Nota.- La disminución de consultas con relación a las horas contratada, en 2014. Puede estar en relación a los odontólogos, que se encuentran en el exterior prestando servicio internacionalista en más de 20 países.





Salud oral

Se puede definir la Salud Oral según el Reporte de las Naciones Unidas (2012) como:

“La salud oral es objeto de un programa preventivo de enfermedades bucales, que incluye la aplicación de laca flúor y enjuagatorios en instituciones y hogares integrados al sistema de educación. La efectividad del programa se expresa en la existencia de un porcentaje superior a 70% de niños de 5 a 6 años CUBA sanos, un índice CPO-D de 1,38 a los 12 años y 91,2% de personas que a los 18 años conservan todos sus dientes (5). Se hacen como promedio dos consultas estomatológicas por habitante al año. Existe un programa de atención del cáncer bucal que comienza en el primer nivel de atención. La mortalidad por cáncer de labio, cavidad bucal y faringe se incrementó discretamente de 5,6 defunciones por 100.000 habitantes en 2006 a 5,9 por 100.000 en 2010, con predominio en la población masculina (5).” (Salud en la américa 2012. p. 248-249)

SALUD PÚBLICA CUBANA, son producto de las POLITICAS PÚBLICAS, establecidas y que nos llevaron más de 50 años de experimentación, implementación y sacrificios de las personas que participamos en establecerlas durante el de cursar de este tiempo.

Este trabajo, que presentamos como parte de los autores integrantes de este programa, lo consideramos un logro de todos los que trabajamos en él, y como dijo uno de nuestros ministros de Salud Pública y amigo. El Dr. Julio Teja Pérez, el día que tomo posesión y nos reunió en el salón blanco, para darnos las directrices a todos los dirigentes del Nivel Central del Ministerio de Salud Pública.

Señaló: “Me designaron Ministro de Salud Pública, pero el verdadero ministro, es Nuestro Presidente, Fidel, quien mantiene una constante preocupación y dedicación a la salud pública del pueblo cubano”.

RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados se cumplieron cabalmente, ya que se instauro un plan y se desarrolló el programa de políticas públicas establecido logrando incrementar sustancialmente los recursos humanos disponibles, en cantidad y calidad como se puede apreciar en los datos, gráficos y tablas que se presentarán a continuación.

Se estableció un sistema de atención ODONTOLOGICA en la comunidad, que brindó soluciones a las necesidades de salud bucal de la población, siendo satisfecha en gran medida la necesidad sentida en cuanto a odontología de la población de Cuba.

Por lo tanto podemos afirmar, que esta política publica del gobierno de Cuba a través de la administración del Ministerio de Salud Pública, pudo dar solución, si no total, solucionar la demanda sentida y a la no reclamada de la población de Cuba.

VIII. CONCLUSIONES

Se realizó un análisis de los logros obtenidos en la atención ODONTOLOGICA comunitaria a través de los últimos 55 años.

Logros.

Se constatan los logros, en la formación de recursos humanos y la atención a la población, basad en las horas contratadas por el estado, y el debilitamiento decadente de la atención privada, que se mantiene, con una baja competencia, por el abrumador y ascendente, resultado de la atención odontológica comunitaria.

Errores.

En el de cursar de los años se presentaron numerosos escollos, en un principio, por la falta de recursos humanos necesarios, y posteriormente por la falta en ocasiones de recursos materiales.

No es menos cierto que incluso a primera vista, aún por un observador inexperto, puede aprecia el pujante desarrollo de la salud Pública de Cuba y dentro de ella la odontología.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.() ATENCIÓN ODONTOLOGICA COMUNITARIA.
- Salud en Las Américas.2012 Cuba.SA-2012-Cuba.pdf
- Anuario estadístico de Cuba 2014. anuario-estadistico-de-2014.pdf
- Editorial Revolución 1973
 - <http://es.thefreedictionary.com/estomat%C3%B3logo>
 - http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol34_1_97/est06197.htm
 - P. Bourdieu, “Espíritus de estado. Génesis y estructura del campo burocrático”, en: Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción . Ed. Anagrama 1997-2002.
 - Fernandez, J. M. 2013 Capital Simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociología de Pierre Bourdieu.
 - P. Bourdieu, *Poder, Derecho y Clases Sociales* (1983).
 - P. Bourdieu, La distinción. Criterio y bases sociales del gusto, Madrid, Taurus 1991.
 - Marx, Karl. *Las luchas de clases en Francia*. Buenos Aires: Claridad. (1850) 2007.

Karl Marx (ed. Friedrich Engels), *Capital: A Critique of Political Economy*, Institute of Marxism-Leninism (USS

X. ANEXOS.

Folleto la Estomatología en la Comunidad, Ministerio de salud Pública de Cuba. Salud en Las Américas, 2012. Cuba.