

Tendencias en el desarrollo de la práctica odontológica en México. Al inicio de un nuevo milenio

Ma. Isabel de Fátima Luengas
Aguirre*

* Profesora-investigadora, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Resumen

El propósito del presente trabajo es conocer las tendencias de desarrollo de la práctica odontológica en México teniendo como base del análisis tres paradigmas fundamentales del modelo global: el desarrollo humano sustentable, el libre mercado y el del consumidor enmarcados en las condiciones de salud bucal de la población; estos paradigmas orientan el desarrollo futuro de la práctica odontológica al inicio del nuevo milenio.

Palabras clave: Práctica odontológica, sustentabilidad.

Abstract

The aim of this paper is to know the trends and development of dental practice in Mexico. This analysis is based in three paradigms of global model: human sustainable development, free market and consumer considering population dental health conditions. These paradigms would settle the future of dental practice in the beginning of new millenium.

Key words: Dental practice, sustainability.

Introducción

Para conocer el futuro de los servicios odontológicos en México al inicio del nuevo milenio es necesario entender la dinámica del modelo neoliberal dentro del proceso de globalización puesto que constituye el marco estructural determinante de los cambios económicos y políticos nacionales, mismos que impactan la salud y sus formas de atención. El modelo tiene como propósito garantizar las condiciones para el libre mercado, restringiendo el papel del Estado en la conducción de la economía así como su intervención en el bienestar social (Laurell, 1991).

Las políticas económicas de ajuste del modelo neoliberal impuestas por los organismos internacionales tienen efectos devastadores sobre la economía del país al deteriorar dramáticamente las condiciones de vida y de salud de la mayoría de los mexicanos. El *adelgazamiento* del Estado frena las posibilidades de lograr la cobertura universal en

educación y salud, asimismo impacta negativamente la calidad de los servicios públicos.

El neoliberalismo propicia reformas en las políticas sanitarias que se traducen en cambios sustanciales en la concepción de los servicios de salud y los mecanismos de acceso a ellos. Tales reformas tienden al fortalecimiento de los seguros y servicios médicos privados, al desmantelamiento de las instituciones de seguridad social así como a la restricción de los servicios asistenciales públicos (Laurell, 1996).

No obstante la dinámica económica de la globalización, ésta propone la colaboración internacional, la democracia, la tolerancia y el respeto a los derechos humanos como formas de convivencia social; aparecen nuevos paradigmas y se refuncionalizan los ya existentes fincados en una nueva moralidad.

El propósito del presente trabajo es conocer las tendencias de los servicios odontológicos en México teniendo como base del análisis tres paradigmas fundamenta-

les del modelo global: el desarrollo humano sustentable, el libre mercado y el del consumidor enmarcados en las condiciones de salud bucal de la población, los cuales orientan el desarrollo de la práctica odontológica al inicio del milenio.

El paradigma del desarrollo humano sustentable

El paradigma del desarrollo humano sustentable pone en el centro de su propuesta al ser humano; el concepto de sustentabilidad se refiere al desarrollo de soluciones para afrontar las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de solucionar sus necesidades; propone mejorar las condiciones de vida de millones de personas, cuidar el medio ambiente, ampliar el acceso a los bienes culturales así como a otros satisfactores para que el ser humano se conforme como un ser pensante, libre y participativo (*Cuadro I*).

Dentro de esta perspectiva se reconoce la pluralidad, y la diversidad, con ello se rebasan concepciones estereotipadas

Cuadro I. Supuestos de los paradigmas.

Desarrollo humano sustentable

- a) Coloca en el centro al ser humano
- b) Propone el equilibrio entre desarrollo social y la conservación del medio ambiente,
- c) La visión prospectiva o de futuro
- d) Considera el medio ambiente como un todo interconectado
- e) Es inclusivo, toma en cuenta la diversidad, étnica, genérica, política y cultura,
- f) Propone la tolerancia y la democracia como formas de convivencia social
- g) Se preocupa por la justicia porque están incluidas las mayorías y hasta los no humanos,
- h) Propone una moral distinta a cuestionar las relaciones de poder

Del consumidor

- a) El consumidor se encuentra en el centro de la reforma administrativa
- b) Propone el control por parte de los particulares de los servicios públicos y privados
- c) Busca equilibrio en las relaciones de poder entre los actores sociales
- f) Propone desarrollar una cultura participativa por parte de la ciudadanía con derechos y obligaciones

Libre comercio

- a) Propone el libre mercado como motor del desarrollo social y que éste regule la producción, calidad y distribución de productos y servicios
- b) Destaca la libertad del usuario de elegir bienes y servicios
- b) Igualdad de oportunidades para participar en la competencia
- c) Propone restringir el papel del Estado y que se elimine el proteccionismo
- d) Limita el papel del Estado en el bienestar social

únicas de lo que es el ser humano, se propone la tolerancia y la democracia como formas de convivencia.

El eje del paradigma es un cuestionamiento ético sobre la manera como se ha ejercido el poder, la democracia y el respeto a los derechos humanos son concebidos en este marco como estrategias para contrarrestar la asimetría en las relaciones sociales, así como el medio para *empoderar** a los ciudadanos al participar en la toma de decisiones. El proyecto del desarrollo humano sustentable permite generar consenso y legitimidad frente a las reformas del Estado que profundiza las desigualdades sociales. Aunque este paradigma se fundamenta en una visión antropocéntrica la rebasa al considerar imprescindible el equilibrio entre desarrollo económico y medio ambiente, asimismo alude al compromiso de cuidar los recursos para las nuevas generaciones, significa en suma una nueva moralidad.

No obstante que en el discurso de la modernidad todos están incluidos: niños y niñas, mujeres, homosexuales, ancianos, indígenas, el modelo económico ha condenado a 1,300 millones de habitantes a la pobreza; de éstos, el 70% son mujeres. Según la UNICEF una gran parte de la población en su mayoría mujeres se encuentran excluidas de los beneficios del desarrollo social (UNESCO, 1998). Existe a nivel mundial una preocupación para que se respeten los derechos humanos y que las legislaciones sean más estrictas para asegurar dicho respeto.

Los indicadores para evaluar el desarrollo humano implementados por la ONU conjugan varios datos: la esperanza de vida al nacer (salud), el nivel educativo (conocimiento), el producto por habitante a paridad en el poder de compra (nivel de vida aceptable). Canadá ocupa el primer lugar de desarrollo humano seguido por Francia y Noruega, México el 50 y Brasil el 68 sitios respectivamente** (ONU 1998).

En México a finales de los ochentas se calculó que había un total de 55.9 millones de pobres (70.6% de la población), de éstos, 35.4 millones de personas se encontraban en pobreza extrema y 20.5 millones en pobreza intermedia (Boltvinik, 1994).

La educación dentro de la globalización se presenta como la estrategia para amalgamar la sociedad y borrar las diferencias entre individuos y grupos. Pero educar no es una tarea simple en condiciones de marginación, guerra, pobreza y opresión. Se requiere de un esfuerzo social extraordinario, voluntad política y suficientes recursos morales para avanzar en el logro de estos objetivos.

* Empoderar significa conferir poder a quien no lo ha tenido.

** La ONU ha desarrollado otro índice para los países industrializados donde además de considerar los parámetros señalados para el IDH incorpora el de exclusión social, el cual se mide por el tiempo de desempleo.

Se hace necesario un compromiso ético y moral de la humanidad consigo misma para revertir las condiciones actuales, que hacen que el 90% de la población mundial no controle su vida según la ONU (Kilksberg, 1996).

El paradigma del libre mercado

La globalización se fundamenta en las premisas de que el libre comercio sin barreras es el motor del desarrollo y que el mercado es capaz gracias a la competencia de equilibrar las economías. Bajo esta perspectiva se considera como única alternativa para que cualquier país rebase la crisis y eliminar: los subsidios, el proteccionismo, las restricciones arancelarias, abrir las fronteras, favorecer el flujo de capitales e inversiones extranjeras.

La gran barrera que señalan los economistas favorables a la globalización en economía de mercado es el proteccionismo, sin embargo algunos autores destacan que el proteccionismo nació en los EUA y fue adoptado por otros países como Gran Bretaña, esta estrategia permitió a las potencias económicas asegurar grandes ganancias, el más grande mito del libre mercado es que marca el sendero del desarrollo. Sin embargo las empresas que no han enfrentado con éxito los estancamientos económicos han recibido fondos de los gobiernos como es el caso de la GM o de la Boeing en los EUA (Chomsky, 1997). En México tenemos el caso del FOBAPROA.

El trasfondo del modelo parece ser que los subsidios públicos apuntalan las ganancias privadas extraordinarias de unos cuantos. Los fondos estatales disponibles provienen de los recortes en los subsidios en salud, educación, vivienda o de los fondos para el retiro que afectan a los sectores más desprotegidos; la conclusión parece ser que los pobres subsidian a los ricos. Lo dramático es que no se ha creado una alternativa de desarrollo para esta gran masa de seres humanos cuyo espacio social se encuentra limitado exclusivamente a la sobrevivencia.

Chomsky señala que el neoliberalismo es un régimen totalitario que pretende imponer un modelo único bajo principios contradictorios que presenta como verdades incuestionables como el libre comercio, ejemplo de ello es que los países que han seguido al pie de la letra los designios del BM (Banco Mundial) tampoco han tenido el éxito económico que esperaban.

El paradigma del consumidor en los servicios de salud

El consumidor surge no solamente como actor en el modelo global sino que ocupa un lugar determinante para la planificación y el control de calidad de productos y servicios y como centro de las reformas del Estado para algunos países (Crozier, 1995, Kilisberg, 1994).

Lo novedoso del paradigma del consumidor es que le confiere poder al público al colocarlo en el centro de la reforma. Se pretende que el ciudadano exprese sus pun-

tos de vista y éstos sean tomados en cuenta en la toma de decisiones, así mismo vigile los servicios públicos. El problema es que no existe una cultura ciudadana participativa, ser ciudadano significa ejercer derechos y asumir obligaciones (Kilkisberg, 1994).

La población espera ser mejor atendida puesto que la reforma del gobierno y la falta de legitimidad ocasionada por los ajustes económicos estructurales requieren que los servicios a cargo de aquél sean los que el consumidor necesita. La descentralización aparece como parte de la estrategia administrativa y como propuesta de los gobiernos de casi todos los países, su propósito es dar mayor autonomía a los estados o regiones en el uso de sus recursos y en la toma de decisiones.

Bajo este paradigma se encuentra la calidad de los servicios médicos; aquí el paciente transformado en consumidor, cliente, usuario o enfermo tiene derechos. Los derechos y la satisfacción de los enfermos se vuelven centrales para la atención médica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en las reformas al sistema sanitario tienen que mantener los objetivos del sector salud que son:

1. La equidad, destinar mayor presupuesto y facilitar el acceso a quienes presentan mayores carencias y se encuentran en condiciones de mayor desventaja social.
2. La calidad, brindar tratamientos efectivos y dar un trato satisfactorio al consumidor de los servicios.
3. La eficiencia, contempla varios aspectos: primero que la distribución de los recursos tenga los más altos rendimientos, que se cuente con una administración efectiva, y que las acciones de salud sean aplicadas con eficiencia técnica, bajo costo y alto beneficio. Así mismo que el usuario quede satisfecho con la atención.

Para concretar estos objetivos se considera necesario realizar una reforma integral a los sistemas de salud e incrementar la participación social de diferentes actores y sectores sociales así como respetar los derechos humanos de los usuarios. El Estado en este caso sería el regulador de la reforma y quien establecería normatividades técnicas y éticas para el ejercicio profesional, los prestadores de servicios, la industria farmacéutica, etc.

Los escenarios: la salud en la globalización

La salud es uno de los principales indicadores del grado de desarrollo de los países, los índices epidemiológicos muestran las condiciones de vida y de salud de la población. Un modelo económico que concentra la riqueza en unos pocos e incrementa y profundiza la pobreza en la mayoría, favorece el aumento de riesgos a la salud de grandes sectores sociales.

La pobreza y sus consecuencias, la malnutrición, la violencia, el alcoholismo, la migración campo ciudad y la falta de atención médica dan como resultado que enfer-

medades como la tuberculosis, el cólera y la malaria vayan en aumento en el planeta; aunado a lo anterior las nuevas epidemias como el SIDA están modificando los perfiles socioepidemiológicos.

Otro factor que tiene un papel determinante en el escenario de la salud es el aumento de la esperanza de vida al nacer, el incremento de los años que vive la población ha aumentado a nivel mundial, la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en grupos poblacionales cada vez más numerosos hacen más costosa la atención médica y la calidad de vida de sectores cada vez mayores.

Según la UNICEF en los países en desarrollo mueren anualmente casi 12 millones de menores de 5 años, aproximadamente 23 mil por día por enfermedades prevenibles. La tasa de mortalidad en menores de 5 años alcanza los 171 por 1,000 nacidos vivos, tasa 25 veces superior a la existente en países desarrollados (UNICEF 1998).

Este panorama es desalentador puesto que indica que el desarrollo del saber médico sólo beneficia a unos cuantos.

En México se presenta una situación conocida como transición epidemiológica, es decir que el perfil de morbilidad conjuga las condiciones de pobreza y las de una sociedad industrializada, entre las primeras 20 causas de muerte se encuentran tanto las enfermedades infectocontagiosas como las crónico degenerativas y el SIDA. Los mexicanos mueren principalmente de diarreas, tuberculosis o enfermedades respiratorias agu-

Cuadro II. Principales causas de mortalidad general en México, 1994.

1. Enfermedades del corazón
2. Tumores malignos
3. Accidentes
4. Diabetes mellitus
5. Enfermedades cerebrovasculares
6. Cirrosis y otras enfermedades crónicas obstructivas del hígado
7. Afecciones originadas en el periodo perinatal
8. Neumonía e influenza
9. Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente
10. Enfermedades infecciosas intestinales
11. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
12. Deficiencias de la nutrición
13. Anomalías congénitas
14. Bronquitis crónica
15. Otras enfermedades pulmonares
16. Anemias
17. Tuberculosis pulmonar
18. SIDA
19. Úlcera gástrica duodenal
20. Septicemia

Fuente: INEGI, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno Número 12, INEGI México 1996.

das así como de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cirrosis, accidentes, violencia y SIDA (*Cuadro II*).

La salud bucal

Aunque existe acuerdo de que la salud bucal es un componente fundamental de la salud, hay una brecha entre la concepción y la manera de abordar el cuidado de la salud oral. La salud bucal no se contempla como prioridad en las políticas generales de salud ni constituye parte de las acciones básicas de servicio, así la atención bucal queda restringida al ámbito de la practica privada (OMS 1994).

Según la OMS casi un tercio de la población en los países en desarrollo, 1,300 millones de personas requieren alivio del dolor bucodental por lo menos unas tres veces en su vida, los otros dos tercios restantes, aproximadamente 2,400 millones de personas necesitan unas cinco extracciones (OMS 1994). En el medio rural donde no hay acceso a la atención odontológica la población que presenta dolores dentales prácticamente tiene que vivir con ellos, por tanto no hay una cultura de conservación de los dientes (OMS 1994). Pero aún en las zonas urbanas el acceso a la atención odontológica es un problema grave por su alto costo.

En los últimos años el enfoque sobre la atención bucal se ha modificado, la Comunidad Europea y la OMS (*Cuadro III*) evalúan el impacto de la práctica por el número de dientes presentes sanos y no por el número de obturaciones o extracciones (a veces innecesarias); bajo esta perspectiva el objetivo de la práctica profesional se transformaría de una práctica mutilatoria, curativa enfocada a la enfermedad como lo es actualmente a una práctica preventiva, de fomento al autocuidado, orientada a la salud.

Por otro lado el perfil epidemiológico de enfermedades como la caries se ha modificado con el uso de fluoruros a nivel mundial sobre todo en los países desarrollados donde los índices van en descenso; en los EUA el número de caries dentales en escolares ha bajado más del 50% en los últimos 20 años, lo cual muestra que la caries es

Cuadro III. Metas de la OMS de salud bucal para el año 2000.

Edad (años)	Meta
05-06	50% libre de caries
12	Menos 3 dientes permanentes CPO/niño
18	85% de la población con todos sus dientes naturales presentes
34-44	Disminución del 50% del número de personas sin dientes y 75% de la población con 20 dientes mínimo
+ 65	Disminución del 50% del número de personas sin dientes y 50% de la población con 20 dientes como mínimo

una enfermedad altamente prevenible si se utilizan las medidas de prevención adecuadamente y se educa a la población para que acuda a los servicios odontológicos. En los países menos desarrollados que antes presentaban una menor prevalencia de caries, ésta se ha incrementado con el consumo de alimentos ricos en carbohidratos, y el creciente proceso de urbanización (OMS 1994, Burt 1992). Para el grupo de adultos los indicadores de caries muestran necesidades de atención no cubiertas, son indicadores sensibles para mostrar la falta de acceso o el tipo de atención que recibe esta población así como a una cultura del cuidado propio (Burt 1992).

Los trastornos periodontales los padece el 70% de los adultos en el mundo, sin embargo la severidad de este padecimiento es mayor en los países en desarrollo. En los años ochenta la prevalencia de la periodontitis de acuerdo con los datos disponibles se calculó entre un 7 a 15% en la población mundial (OMS 1994).

Otros factores de riesgo para las enfermedades bucales son los problemas sistémicos como la diabetes, la neutropenia aplásica, el SIDA o el tabaquismo. Con el aumento de la edad de la población el manejo odontológico de enfermos involucrados sistémicamente se vuelve más complejo. Se calcula que la población mayor de 65 años ha aumentado a un 13.5% a nivel mundial y que alcanzará el 24.7% hacia 2050 (FNUAP 1998). Lo cual requerirá de diseños de esquemas de prevención, atención y control más específicos para este creciente grupo de riesgo.

La OMS recomienda incorporar a la salud oral como componente de la atención primaria y señala que la atención institucional pública se debería enfocar a la prevención mediante medidas masivas como el adicionar fluoruros al agua o la sal de consumo, acciones de promoción y educación para la salud y la atención bucal a urgencias.

En México la caries dental ataca al 95% de la población y tiene una alta severidad con un CPOD de 5.3 dientes afectados a los 12 años. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis 1996-97, en 1988 la prevalencia de caries dental en los escolares del DF fue superior al 90% a los seis años de edad, esta población presentó 10 superficies afectadas, mientras que a los 12 años el promedio de superficies fue de 6.5 cifra muy superior a la señalada por la OMS en sus metas para el año 2000.

En 1989 se inicia el proyecto de fluoruración de la sal de consumo; en 1993 que se regulariza su abasto. La sal disminuye la prevalencia de caries en un 60%, es una medida masiva efectiva.

Sin embargo pocos avances se han realizado en el sistema sanitario público para solucionar los problemas de salud bucal. Las instituciones reconocen el atraso existente entre necesidades y servicio así como la cada vez más limitada capacidad de cobertura que tienen frente a

una demanda que se incrementa como lo destaca el Programa Salud Bucal de la Secretaría de Salud 1995-2000.

Perspectivas de los servicios odontológicos

De acuerdo con lo discutido anteriormente, las tendencias en el futuro de la práctica odontológica en México se puede plantear de la manera siguiente:

- a) Incremento de la pobreza de grandes sectores sociales con los problemas de salud que ésta conlleva, lo cual significa un aumento de las necesidades de salud, agravadas por el crecimiento demográfico; aunado a lo anterior una incapacidad del Estado de afrontar necesidades presentes y futuras de salud bucal.
- b) Libre competencia para quienes puedan competir. Para las prácticas liberales la libre competencia no es una situación tan simple si se considera el descenso de la capacidad de compra de amplios sectores sociales. No todos los odontólogos van a poder competir frente a compañías de capital extranjero, con formas eficientes de organización del trabajo, que ofrezcan servicios más completos, de mejor calidad y a precios razonables o a través de seguros dentales. Las aseguradoras ya están instalando clínicas odontológicas en México y van a centrar su oferta en la población con capacidad de pago. Bajo estas circunstancias la mayoría de dentistas privados no están en condiciones para competir ya que las nuevas normatividades los obligan a modificar su consultorio debiendo contar con equipo como autoclave, mobiliario con ciertas indicaciones, manejo de desechos peligrosos, etc. lo cual necesariamente incrementará los costos de la atención dental. Por otro lado ofrecer servicios a una población menos solvente hará más restringidas y básicas las acciones odontológicas, lo cual significa una disminución en la calidad y perspectivas de desarrollo de la práctica.
- c) La contracción de los servicios públicos sobre todo aquellos que no se consideran prioritarios como la atención dental, reduce cada vez más la oferta de trabajo para los dentistas, así mismo disminuye la capacidad resolutoria del sistema sanitario de los problemas bucales. Las instituciones de salud mantendrán programas paliativos dirigidos a grupos de riesgo como el escolar, o el adulto mayor y el programa de fluoruración de la sal.
- d) Desarrollo de nuevas formas de atención odontológica enfocadas a distintos grupos de riesgo:
 - Aunque existen en México una gran cantidad de necesidades de atención dental no resueltas, se prevee la disminución relativa de la prevalencia de caries por la fluoruración de la sal sobre todo en los niños, lo cual ofrece la oportunidad de orientar la atención odontológica de otra manera, y dar mayor importancia a prevenir problemas de crecimiento y desarrollo,

lo cual requerirá de imaginación y creatividad por parte de los odontólogos para proponer nuevos modelos de servicio para este grupo de edad.

- El aumento de la población adulta con problemas sistémicos requerirá de una atención bucodental más costosa, compleja y especializada, lo que significa crear modelos de servicio dirigidos a estos grupos de riesgo así como mejorar la capacitación de los odontólogos para el manejo de esta población.
- e) La mayor exigencia social para mejorar la calidad de la atención y respetar los derechos de los usuarios implica por un lado reformas efectivas al sector salud y por otro una vigilancia más estricta a los servicios públicos y privados por parte de viejos y nuevos actores sociales en aspectos técnicos y éticos.
- f) Cambios en la relación médico paciente, de una relación asimétrica y paternalista a otra más equilibrada de respeto a los derechos del enfermo o usuario.
- g) Normatividades técnicas y éticas más estrictas para el cuidado de la salud, es decir reglas más claras de manejo y comportamiento del personal de salud promovidas por las instituciones de salud.
- h) Papel protagónico de los seguros privados de atención médica y odontológica, lo cual significa que las compañías aseguradoras tendrán un papel importante en el desarrollo del mercado odontológico, ya sea por la subrogación de servicios dentales o por la competencia directa. Se dará la pelea por un grupo cada vez más reducido de usuarios.

Éstas son algunas de las tendencias en el desarrollo de la práctica odontológica que se vislumbran al inicio del nuevo milenio.

Discusión

Las perspectivas de desarrollo de la odontología parecen difíciles para la mayoría de los dentistas en un mundo que se globaliza, donde las reglas del juego son impuestas desde afuera de la práctica profesional, los paradigmas de la sociedad global impactan la profesión de distintas maneras, mientras se incrementan de las necesidades de atención bucal y se reducen las oportunidades de trabajo de los odontólogos.

El paradigma del desarrollo humano sustentable determina un nuevo marco moral y ético para el profesional, más solidario y humano, respetuoso de las personas y sus derechos, que buscan el bien de la mayoría; por tanto transforma la relación médico paciente así como el compromiso social de la profesión.

Los paradigmas del libre comercio y del consumidor también repercuten en la odontología; el primero porque centra el desarrollo económico y en este caso el de una práctica liberal en la libre competencia en el merca-

do, pero habría que añadir en condiciones de desigualdad donde solamente unos cuantos van a poder enfrentar con éxito la competencia. El segundo propone modificaciones en la organización de los servicios y busca la calidad y la satisfacción del usuario, asimismo vigila la prestación de los servicios por el consumidor. Estos paradigmas se encuentran enmarcados en el aumento de la pobreza y el deterioro de las condiciones de salud y de atención bucodental en México.

Frente a esta situación se requeriría primero hacer una reflexión sobre la manera que se han formado los odontólogos e incorporar los elementos morales y éticos actuales en su educación. Asimismo se tendría que modificar el enfoque profesional que prevalece actualmente centrado en la enfermedad, mutilatorio y curativo por otro preventivista fundado en la salud, la educación sanitaria y el autocuidado.

Capacitar al recurso humano para que pueda implementar modelos de atención más específicos dirigidos a grupos de riesgo como adultos mayores o enfermos con problemas sistémicos o bien niños o adolescentes. Además desde los gremios luchar por mejorar la oferta de trabajo institucional para los odontólogos, con el fin de mantener un mercado de trabajo para los dentistas y aumentar la capacidad resolutoria de las instituciones sanitarias de los problemas bucodentales. Organizar el trabajo profesional en equipo para eficientar los recursos que disponen los dentistas particulares y mejorar su nivel de competencia en el mercado. Así como diseñar modelos de atención atractivos de alto impacto social que pueden ser financiados por las aseguradoras.

Se requiere en suma una gran creatividad, capacidad competitiva y un compromiso moral de los dentistas para mejorar las condiciones de salud bucal de la población y para que los profesionales pueden enfrentar con éxito los retos del nuevo milenio.

Bibliografía

1. Boltvink J. Incidencia e intensidad de la pobreza en México. Citado en: INEGI/ONU. 1995. *Perfil estadístico de la población mexicana: una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*. México, 1994: 159.
2. Burt B, Eklund S. *Dentistry Dental Practice and the Community*. 4th edition WS. Saunders Company, Washington 1992.
3. Crozier M. *Cómo reformar al Estado. Tres países, tres estrategias*. México FCE, (1ra ed. en francés 1988) 1995.
4. Chomsky N, Dietrich H. *La sociedad global. Educación, mercado y democracia*. México, Joaquín Mortiz Editores (primera edición 1995) segunda edición 1997.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 1998. Las nuevas generaciones*. FNUAP, USA 1998.

6. Drucker P. *Su visión sobre la administración. La organización basada en la información, la economía, la sociedad*. Bogotá, Colombia, Editorial Norma (1ra ed. 1995) 1996.
7. Kilksberg B. Compilador. *El rediseño del Estado*. Una perspectiva internacional. México, FCE 1996.
8. Laurell AC. Coordinadora. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Universidad Autónoma Metropolitana Fundación Friederich Ebert, México 1993.
9. La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Serie Cuadernos de Trabajo No. 27*, Fundación Friedrich Ebert Mexico 1991.
10. ¿Podemos garantizar el derecho a la salud? Fundación Friedrich Ebert/Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco México 1996.
11. Lowenthal A, Treverton G. Compilador. *América Latina en un mundo nuevo*. México FCE, 1996.
12. ONU Informe 97 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano 1998. ONU 1998, PUNUD Ediciones Mundi prensa 1998.
13. OMS-*The World health report 1995, bringing the gaps*. OMS Geneve 1995.
14. Folleto Informativo. «Boca sana, vida sana». Asociación Estadounidense par la Salud Mundial. Washington, DC. 1994.
15. Reich R. Ministro de Trabajo de Bill Clinton. *El trabajo de las naciones. Hacia el capitalismo del siglo XXI*. Buenos Aires, Javier Vergara Editor SA. 1993.
16. UNICEF. *Hechos y cifras* 1998. UNICEF 1998.

Reimpresos:
 Mtra. María Isabel de Fátima Luengas Aguirre
 Departamento Atención a la Salud Universi-
 dad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.