

**ANEXO**  
**Seminario Taller**  
**Docencia - Servicio - Lima**



14 FEB. 1990

## COMISION TECNICA

La Docencia - Servicio en América Latina

## EXPERIENCIAS

Antecedentes

Trabajos Presentados

Conclusiones e informe

20 - 21 - 22 de Abril de 1989

Facultad de Odontología  
Universidad de la República  
Montevideo - Uruguay

**CONSEJO DIRECTIVO  
OFEDO/UDUAL**

Período 1987/89

Presidente:  
ARIEL O. GOMEZ  
Argentina

Vicepresidente:  
EDUARDO SUAREZ  
Ecuador

Vicepresidente:  
CARLOS VERA  
México

Vocales:  
ALDEM HASLAM  
Nicaragua  
BEATRIZ ARISMENDI  
Colombia  
JORGE IZQUIERDO  
Perú  
ELBANO PIERUZZI  
Venezuela

Secretario Ejecutivo:  
ANTONIO MENA  
República Dominicana

CLASF.

ADQ.

PROC.

FECHA

PRECIO

UDUAL  
RK 21  
- 256,987

547

OFEDO/UDUAL

9-SEP-89

Donación

Código de barras  
010018030065  
n° de inventario  
20190300572

## COMISION TECNICA OFEDO/UDUAL

---

**Tema:** La docencia-servicio en América Latina - Experiencias

**Fecha:** 20, 21 y 22 de Abril de 1989

**Sede:** Facultad de Odontología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (Montevideo)

**INTRODUCCION:** La docencia-servicio en América Latina se está aplicando en varias regiones con marcos socio-económico-culturales diferentes y con diversas formas de aplicación práctica. En otros lugares se están iniciando experiencias que necesitan el apoyo y análisis en base a todos los antecedentes que OFEDO/UDUAL ha acumulado como impulsora de esta estrategia de cambio en Latinoamérica. Por tal motivo se está organizando esta Comisión Técnica con el apoyo y en colaboración de la Facultad de Odontología de la Universidad de Montevideo (Uruguay) y el auspicio de la OPS.

### **OBJETIVO:**

1. Conocer diferentes experiencias existentes en docencia-servicio en América Latina.
2. Analizar el o los modelos propuestos y su posibilidad de aplicación en otras regiones del subcontinente.

**METODOLOGIA:** se utiliza la metodología de "Comisión Técnica" a través de ponencias centrales y discusión de grupo y plenario final con conclusiones y/o recomendaciones.

**PARTICIPANTES:** Argentina, Brasil, República Dominicana, Venezuela, El Salvador, Uruguay y OPS/OMS.

**INVITADOS ESPECIALES:** Sr. Representante OPS/OMS en Uruguay, Dr. Vladimir Rathouser; Sr. Decano de la Facultad de Odontología, Dr. Artagnan Salerno y Sra. Directora del Programa de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública, Dra. María Isabel Ramos Nozar; el Presidente de la Asociación Odontológica Uruguaya, Dr. Manuel Saa; y el Coordinador de PROLADEO, Dr. Manlio Sardi.

### **ACTO DE INSTALACION COMISION TECNICA:**

Día 20/4/89 - 9 hs. con palabras del Sr. Decano de la Facultad de Odontología, Dr. Artagnan Salerno, del Presidente de OFEDO/UDUAL, Dr. Ariel Osvaldo Gómez y del Sr. Representante de la OPS en Uruguay, Dr. Vladimir Rathouser.

TEMARIO:

- 09.30 A 10.30 Docencia-Servicio  
Aspectos conceptuales y metodologías - Dr. Héctor  
Silva y Dr. Patricio Yopez, OPS
- 10.30 a 11.05 Experiencia en Venezuela  
Dr. Heberto Jiménez Navas - Fac. de Odontología -  
Universidad de Zulia
- 11.05 a 11.15 Café
- 11.15 a 11.50 Experiencia en República Dominicana  
Dr. Juan B. Martínez - Facultad de Odontología, Uni-  
versidad Madre y Maestra Santiago de los Caballeros,  
República Dominicana
- 12.00 a 14.00 Almuerzo
- 14.30 a 15.05 Experiencia en Argentina  
Dra. Noemí E. Bordoni - Fac. de Odontología, Univer-  
sidad de Buenos Aires
- 15.05 a 15.40 Experiencia en Brasil  
Prof. Walter Robinson - Director Facultad de Odonto-  
logía Santa María, Brasil
- 15.40 a 15.50 Café
- 15.50 a 16.25 Experiencia en Uruguay  
Dr. Artagnan Salerno - Fac. de Odontología, Universi-  
dad de la República
- 16.25 a 17.00 Dr. Benjamín López - Decano de la Fac. de Odontología,  
El Salvador
- 17.00 a 18.00 Preguntas y respuestas
- Día 21/4/89 09.00 a 12.00 hs y de 14.00 a 17.00 hs  
Grupos de Trabajo
- Día 22/4/89 09.00 a 09.30 hs. - Informe de avance  
09.30 a 10.30 hs. - Plenario y discusión  
10.30 a 10.45 hs. - Café  
10.45 a 12.00 hs. - Informe final - Recomendaciones  
CLAUSURA



**Presentación  
de trabajos  
en Plenario**



**Grupo de Trabajo**



**Palabras del Sr. Decano  
F. O. de Montevideo  
Dr. Artagnan Salerno,  
en la ceremonia  
de clausura.**



# S U M A R I O

\*\*\*\*\*

Tema	Página No.
Discurso Presidente OFEDO/UDUAL .....	8
Antecedentes - Informe de la Comisión Técnica de Docencia-Servicio de OFEDO/UDUAL .....	11
Integración Docencia-Servicio .....	21
La Docencia-Servicio en América Latina: La Experiencia de Venezuela .....	29
La Docencia-Servicio en América Latina Experiencia en República Dominicana .....	54
Articulación Docente-Asistencial Conceptualización y Modelos para la Formación de Recursos Humanos para la Salud Bucal .....	64
Algumas Considerações sobre a Integração Docência-Serviço-Investigação no Brasil .....	88
Investigación-Docencia-Servicio Experiencia en República Oriental del Uruguay .....	101
Programa de Investigación, Servicio, Docencia en Estomatología .....	107
Comisión Técnica OFEDO/UDUAL La Docencia-Servicio en América Latina. Experiencia ....	132
Participantes Comisión Técnica Docencia-Servicio Montevideo - Uruguay .....	140
APENDICE: Programa y Conclusiones Seminario Taller Docencia-Servicio-Investigación .....	142



14 FEB. 1990

SECRET

# DISCURSO PRESIDENTE

## OFEDO / UDUAL

SECRET

## DISCURSO

-----

Palabras pronunciadas por el Dr. Ariel Osvaldo Gómez, Presidente de OFEDO/UDUAL durante el acto de instalación de la Comisión Técnica sobre Docencia-Servicio en América Latina - Experiencias. Facultad de Odontología, Montevideo, Uruguay.

Es para OFEDO/UDUAL un verdadero acontecimiento realizar esta reunión técnica en el marco de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República, prestigiosa unidad académica del cono sur, a la que agradecemos, en la persona de su Decano, el Prof. Artagnan Salerno, toda la disposición y el trabajo realizado para esta actividad de OFEDO, en la que destacamos muy especialmente el auspicio de la OPS, y en donde:

No es casual que abordemos el tema de la docencia-servicio, verdadera estrategia para el cambio y la transformación de la docencia tradicional en una docencia dinámica, activa, participativa, en donde la realidad es parte esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje.

No es casual que hayamos invitado a verdaderos líderes de diferentes regiones latinoamericanas para conocer la experiencia recogida en la praxis concreta de la docencia-servicio que, en algunos casos, cuenta con más de 20 años de aplicación permanente.

No es casual tampoco que estemos aquí, en Montevideo, donde la Facultad está realizando, en estos momentos, importantes cambios que producirán un nuevo perfil profesional y una nueva manera de abordar al paciente, a la comunidad toda, abordándola desde la prevención y no desde la enfermedad, en oposición al concepto flexneriano que nos generó, entre otras cosas, el culto a la enfermedad y no a la salud.

Trabajaremos durante tres días para analizar la docencia-servicio no sólo desde un marco conceptual, que también se está profundizando, sino desde los problemas y los logros que produce la docencia-servicio allí donde se ha puesto en marcha, porque nuestro concepto es que la salud sea, por definición, por trabajo, por acción, por resultados, parte integral del desarrollo humano y no una variable más, un número estadístico del mercado de trabajo.

Es por ello que OFEDO/UDUAL, la docencia latinoamericana, necesita un análisis crítico del proceso, partiendo del punto inicial del desarrollo del concepto y de la realidad de las facultades de Odontología, de los servicios y/o sistemas de salud. Necesita puntualizar errores y producir recomendaciones para esta etapa y para



este tiempo y muy especialmente modelos de evaluación para poder cotejar con cifras, con hechos, con datos científicos: que el cambio ha dado resultados, que es posible y muy particularmente, que se puede producir una reconversión de la patología que presenta nuestra población latinoamericana y un cambio también en la práctica odontológica, hacia una forma de trabajo más integral y en equipo.

Les pido también que analicemos la docencia-servicio como una estrategia, como un proceso social, aplicada también al reciclaje profesional, a nuevas modalidades de ejercicio profesional, al trabajo con personal auxiliar, al trabajo comunitario, que apunten a una educación continua que tenga como marco clave la atención primaria de la salud y el rol de la Universidad y de las asociaciones profesionales en este proceso, yo diría proceso irreversible hacia el tercer milenio, en pos de la meta de la OMS: "Salud para todos".

La salud bucal es un componente de la atención primaria y la Odontología debe estar preparada para ello, y es un compromiso y un desafío para todos nosotros estar a la altura de los acontecimientos.

Por eso estamos aquí, OFEDO/UDUAL, que desde su nacimiento en 1980 está creciendo pensando en una odontología diferente que nos permita resolver el problema de salud bucal de nuestras poblaciones y en donde la Universidad latinoamericana es un componente clave y esencial.

Los convoco a trabajar en ese sentido, hacia una Odontología alternativa que haga posible lo que pensamos.

Con estas palabras, dejo inaugurada esta Comisión Técnica.

Muchas gracias.

# **ANTECEDENTES**

## **Informe de la Comisión Técnica de Docencia-Servicio de OFEDO / UDUAL**

Realizado en la Facultad de Odontología  
de la Universidad del Este  
San Pedro de Macorís

República Dominicana

3 al 6 de Octubre de 1983

## INTRODUCCION:

Conclusiones Comisión Técnica Docencia-Servicio de OFEDO - UDUAL.  
República Dominicana 1983.

De conformidad con lo acordado en la II Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO) (UDUAL), realizada en Puerto Azul, Venezuela, en octubre de 1982, se procedió a convocar la reunión de la Comisión Técnica de Docencia-Servicio. Esta reunión se realizó del 3 al 6 de octubre de 1983 en el local de la Universidad Central del Este, San Pedro de Macorís, República Dominicana.

La Comisión Técnica de OFEDO-UDUAL contó con la participación de profesionales de Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela; contó también con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud. Entre los participantes hubo representantes de instituciones universitarias individuales y asociaciones nacionales de facultades de Odontología; instituciones de servicio, tanto de ministerios de salud como de la seguridad social; instituciones gremiales nacionales, sub-regionales y regionales; y organismos internacionales de cooperación técnica.

El programa de la reunión se organizó en torno a tres aspectos esenciales del proceso de integración docencia-servicio:

- I - Aspectos Teóricos
- II - Estrategias
- III - Plan de Acción

El programa de trabajo comprendió, en primer lugar, ponencias sobre cada uno de los temas antes mencionados; en segundo lugar, discusión en grupos de acuerdo a una guía de discusión, y, en tercer lugar, sesiones plenarias en las cuales se presentaron y debatieron los informes de los tres grupos. En base a los puntos esenciales de las diversas ponencias e informes grupales y de los esclarecimientos logrados en el debate general, se elaboró el presente relato final.

## TEMA No. 1

### ASPECTOS TEORICOS DE LA INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO

\*\*\*\*\*

Las dos ponencias que se ocuparon del tema fueron coincidentes en su enfoque y complementarias en su contenido. Para la conceptualización, ambas se apoyan en el análisis histórico del proceso salud-enfermedad bucal y señalan el papel que ha jugado la división del trabajo en la configuración de los modelos de docencia y de servicio y los factores que vienen incidiendo para su ulterior evolución hacia el modelo docencia-servicio.

Para la formulación de sus propuestas, los ponentes se nutren de las experiencias realizadas en diversos países latinoamericanos, sintetizando y sistematizando sus aspectos principales. La coincidencia y complementariedad de las ponencias se aprecia claramente en las definiciones que ofrecen sobre el proceso de integración docencia-servicio. Así, uno de los ponentes señala que "En su esencia, el Proceso Docencia-Servicio no es más que la síntesis dialéctica entre el saber y el hacer (teoría-práctica), que permite la formación integral del individuo en el campo de la salud, sobre la base de una práctica social, cuyo fin deberá ser, transformar las condiciones de salud y colocar el desarrollo científico-teórico alcanzando al servicio de las mayorías". El otro ponente lo define como "un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud para contribuir a la mejoría de las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, a la producción de conocimientos y a la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de práctica de servicios de Salud y de enseñanza".

Las proposiciones de los ponentes fueron acogidas en sus aspectos fundamentales por los distintos grupos de trabajo.

Durante el análisis histórico del proceso, se mencionó que la mayoría de los modelos de integración docencia-servicio implementados en América Latina han surgido originalmente como paliativos dentro de una estrategia tendiente a encubrir o atenuar los problemas que el mismo sistema socioeconómico genera. Dichos modelos fueron orientados hacia el abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva técnico-biologicista, lo cual constituye una limitación importante, pues no permite a la práctica de salud y a la formación de recursos humanos desarrollarse a plenitud, impidiendo constituir una adecuada respuesta a las necesidades de la totalidad social.

Por otro lado, uno de los ponentes identifica y analiza cuatro

tendencias principales en el proceso de integración docencia-servicio, de acuerdo a los elementos que intervienen:

- a) Comunidad-Servicio-Universidad;
- b) Comunidad-Universidad;
- c) Servicio-Universidad;
- d) Universidad (intramural).

Los grupos de trabajo coincidieron en señalar que la tendencia más adecuada es aquella que logra la conjunción del Servicio y la Docencia, con la Comunidad.

En el debate se esclareció que el proceso docencia-servicio, en su acepción más amplia, configura un espacio social, en el cual pueden generarse cambios cualitativos importantes tanto en la formación de los recursos humanos, como en los servicios, cambios que han de contribuir, en última instancia, a transformar las condiciones de salud de la población. Se concibe asimismo, que este proceso puede generarse por iniciativa de algunos de los elementos potencialmente participantes, siguiendo cualquiera de las modalidades antes mencionadas. La tendencia convergente se manifiesta por aproximaciones sucesivas, durante las cuales se acumula experiencia que permite avanzar en saltos cualitativos a niveles de mayor integración, conforme se van superando las contradicciones que el propio proceso genera en su avance.

La Comisión Técnica de Docencia-Servicio de la OFEDO-UDUAL, tomando como base el análisis histórico de los modelos de integración docencia-servicio, considera que no obstante las circunstancias adversas que tipifican el origen de los modelos existentes, el esfuerzo de diversos grupos de trabajo en Latinoamérica está permitiendo acumular un importante cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos, que en su esencia constituyen el fundamento teórico de una Odontología Latinoamericana Alternativa. Ésta se proyecta como una creación latinoamericana propia, que se sustenta en la integración científica del proceso salud-enfermedad bucal -conceptualizado éste en su naturaleza y dimensión social- y se orienta a la transformación del mismo para beneficio de las grandes mayorías.

Parte esencial de esta imagen alternativa es el nuevo modelo de integración docencia-servicio que promueve OFEDO-UDUAL, que asume como rasgos fundamentales la producción y desmonopolización de conocimientos, la participación de la comunidad organizada y la superación de la práctica artesanal y elitista sustituyéndola por una práctica científica de alcance social. La investigación es el eje integrador, a través de estudios socio-epidemiológicos, clínico-patológicos y bio-patológicos, que efectuados en forma sistematizada e integrada, permitirán cambios en la práctica y formación de recursos humanos.

Por último se señaló que la integración docencia-servicio sólo se dará a plenitud cuando las políticas de educación y de la salud sean elaboradas de manera conjunta, atendiendo a un marco referencial emanado de las políticas de planificación integral del país. Hubo consenso en reconocer que, sin embargo, hasta que ello sea posible, hay todavía un considerable espacio por recorrer en la tendencia convergente. Este recorrido va haciendo posible aproximar el proceso de aprendizaje al proceso productivo, con lo cual se perfila cada vez con mayor nitidez el principio de estudio-trabajo, que ha demostrado históricamente ser la forma más elevada de aprendizaje.

## TEMA No. 2

### ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DOCENCIA-SERVICIO \*\*\*\*\*

Considerando que el proceso de integración docencia-servicio está inserto dentro del proceso social de Latinoamérica, es conveniente que los esfuerzos que se hagan por impulsar su desarrollo aprovechen al máximo los aspectos estructurales y coyunturales de la etapa histórica actual. Al estar la mayoría de países latinoamericanos sumergidos en una severa crisis económica son muy altas las probabilidades de que los organismos del estado y las instituciones universitarias fomenten el establecimiento de convenios de cooperación recíproca. Ello constituye una coyuntura favorable para el avance del proceso.

Por otro lado, el compromiso asumido por los países latinoamericanos de mejorar los niveles de vida y de salud de sus poblaciones, formalizado al suscribir la Declaración de Alma Ata, genera condiciones que favorecen la búsqueda de alternativas propias para la solución de los problemas prioritarios. En esta perspectiva, la cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD) constituye un mecanismo valioso para el intercambio de experiencias entre los países latinoamericanos.

Por sus alcances, la integración Docencia-Servicio debe convertirse en el motor para la transformación del proceso Salud-Enfermedad Bucal en Latinoamérica, con intencionalidad manifiesta de beneficiar a las grandes mayorías.

Por ello, debido a la magnitud y complejidad del reto, es importante aglutinar fuerzas entre los diversos participantes: las instituciones de servicio, las universidades y las comunidades. La comisión técnica de Docencia-Servicio de OFEDO-UDUAL señala que una fuerza potencial adicional es la del gremio (profesionales organizados). Su participación contribuirá a fortalecer el desarrollo de su propia conciencia social y ayudará a su incorporación en este proceso tanto en el nivel país, como en la Sub-región y/o Región, de acuerdo a las diferentes etapas del desarrollo histórico en cada país.

También es necesario señalar que los principios teóricos y metodológicos de la docencia-servicio, así como su potencialidad práctica, son desconocidos para un amplio sector de profesionales. Se torna urgente efectuar una profusa difusión amplia que permita que dicha información llegue a todas las instituciones e individuos de cada uno de nuestros países. La difusión será más efectiva y permitirá conseguir nuevos adeptos para el proceso si se combina

información impresa con seminario-talleres para análisis y debate.

El proceso docencia-servicio involucra distintos niveles de integración. Es necesario fomentar que ésta sea creciente, pasando posiblemente por etapas iniciales de coordinación de actividades y utilización recíproca de recursos, para avanzar luego en el establecimiento de normas compartidas, hasta llegar a política locales, multi-institucionales y nacionales, que sirvan para alcanzar su máxima concreción en los programas nacionales de docencia-servicio en salud bucal. Estos últimos podrán canalizar adecuadamente la cooperación técnica de los organismos internacionales y la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD).

Para que estas acciones tengan significación social, es conveniente sistematizarlas a través de proyectos locales, nacionales, subregionales y regionales que articulen los esfuerzos, eviten duplicidades innecesarias y garanticen la continuidad del proceso permitiendo su seguimiento, evaluación y retroalimentación permanente. La OPS/OMS y la OFEDO-UDUAL deben jugar papeles centrales en esta macro-estrategia regional.

No menos importante es señalar que en esta confluencia de fuerzas, los distintos elementos participantes deben mantener una relación democrática, en la que se respeten los intereses y características de cada parte, avanzando gradualmente de "lo agregado a "lo integrado". Las actitudes hegemónicas de cualquiera de las partes actuará como una fuerza adversa al proceso, generando desconfianzas y, por ende, atentando contra el equilibrio dinámico propio del proceso.

También hubo consenso en reconocer la necesidad de aprovechar y ampliar los espacios teórico-prácticos de los currícula. Sin embargo, hubo controversia acerca de si esto era una estrategia en sí, o si se trataba de un aspecto puramente táctico dentro de las estrategias.

Por último, se puso énfasis en señalar que el modelo de integración docencia-servicio que preconiza OFEDO-UDUAL implica un serio compromiso de producir y desmonopolizar el conocimiento. La producción de conocimientos implica un trabajo serio de investigación científica del proceso salud-enfermedad bucal en Latinoamérica. En cuanto a la desmonopolización, se considera que la participación activa de la comunidad constituye la mejor garantía para que el proceso mantenga su profundo contenido social y no degenera en un simple reacomodo técnico entre instituciones docentes y de servicio.



### TEMA No. 3

#### "PLAN DE ACCION PARA LA INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO"

\*\*\*\*\*

Luego de analizar el documento presentado por el Dr. Alberto Arango, Consultor OPS/DMS sobre Plan de Acción y de considerar los aspectos teórico-metodológicos debatidos previamente, los grupos proponen que éste puede ser tomado como base por la OFEDO-UDUAL, haciéndole los ajustes necesarios, en base a las siguientes sugerencias:

1.- Se tomará en cuenta todos los elementos normativos que existen en los países latinoamericanos en la promoción, evaluación y ejecución de los programas de Salud Bucal.

2.- Como factor indispensable para lograr un acercamiento conceptual es necesario la sistematización y difusión de la información en todos los niveles. Ello permitirá la divulgación del conocimiento productivo en la región y el intercambio de las nuevas experiencias tendiendo a la unificación de criterios.

3.- Siendo OFEDO-UDUAL, una organización de amplia base que existe en la región, que cumple con regularidad y continuidad un papel importante en el desarrollo del proceso docencia-servicio, su plan de acción debe incorporar el establecimiento de enlaces con los demás organismos formales existentes.

- Federación Dental Internacional
- Federación Odontológica Latinoamericana
- Federación Odontológica de Centro América y Panamá
- Instituto de Recursos Odontológicos del Área Andina
- Asociaciones de Facultades de Odontología
- Asociaciones de Salud Pública
- Caribbean Atlantic Regional Dental Association
- OPS - DMS
- Confederación Odontológica Regional Andina
- Otros

4.- Que la OFEDO-UDUAL oriente la revisión, programación y evaluación de los planes de estudio en base a la definición de un marco conceptual que incluya:

- Objeto de estudio
- Modelo de práctica odontológica
- Conceptos básicos y recurrentes
- Participación interdisciplinaria
- Planteamiento del marco de referencia Latinoamericano.

Se requiere además la definición de la estructura metodológica y cognoscitiva que fundamenta el curriculum.

5.- Que el marco de referencia de los proyectos de integración Docencia-Servicio, incluya el análisis siguiente:

- Condición Socio-económica
- Diagnóstico Socio-epidemiológico
- Análisis de Viabilidad institucional (Políticas formales y reales; bases legales)
- Mercado de trabajo y práctica profesional
- Áreas de corporatización e/o institucionalización.

6.- Ampliar y diversificar los grupos organizados de la comunidad hacia quienes se orienta la atención, para así ampliar cobertura y proporcionar atención y formación profesional integrales.

7.- Que en el plan de acción se le asignen funciones comunes a los organismos internacionales y a OFEDO-UDUAL.

8.- Que en el Plan de Acción se incluya un inventario de recursos humanos, físicos, materiales y científicos-técnicos con los que se cuenta en Latinoamérica para el desarrollo de proyectos específicos de docencia-servicio en salud bucal.

9.- Que dentro de los proyectos de Docencia-Servicio se planteen además de objetivos, las metas a corto y largo plazo.

10.- Que se definan criterios, procedimientos e instrumentos de valuación de los proyectos.

11.- Programar acciones y sensibilización entre el personal de instituciones educativas y de Servicio que disminuyan la posibilidad de rechazo al proceso de integración docencia-servicio.

12.- Avanzar en gestiones y contactos orientados a la incorporación de los profesionales organizados (gremio) en apoyo a la operativización de los programas nacionales de docencia-servicio.

13.- Que a nivel de las asociaciones de instituciones educativas de OFEDO-UDUAL participe promoviendo políticas, normas y procedimientos que orienten el proceso de formación de recursos humanos.

14.- La OFEDO-UDUAL elaborará un programa y Plan de Acción tendientes a lograr la participación activa de un número creciente de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, coordinando la acción política y la apropiada difusión de programas y actividades.

15.- La OFEDO-UDUAL elaborará además un cronograma para el desarrollo de actividades del plan de acción a nivel nacional, subregional y regional.

16.- Que la OFEDO-UDUAL se haga presente en los eventos científico-gremiales, tanto a nivel nacional como internacional, participando en el debate sobre el desarrollo de recursos humanos odontológicos. Esto consolidaría los avances logrados hasta la fecha,

a la vez que sensibilizaría a la práctica privada y ampliaría las posibilidades de integración ulterior.

17.- Que en la próxima reunión de la OFEDO-UDUAL a desarrollarse en México en octubre de 1984, todos los países y escuelas representadas expongan sus proyectos o propuestas concretas en relación a docencia-servicio.

### TEMA ESPECIAL

Pronunciamiento de la Comisión Técnica de Docencia-Servicio de la OFEDO-UDUAL en relación a la Tecnología de Simuladores para la capacitación de recursos humanos en Odontología (\*)

En relación con la tecnología de simuladores para la capacitación de recursos humanos en Odontología, diseñada por el Human Performance Institute de Atami, Japón, la Comisión Técnica de Docencia-Servicio de la OFEDO-UDUAL declara:

Que la misma responde a un modelo desfasado de la realidad latinoamericana en la que se elimina la relación social y el potencial creador y crítico del hombre.

Que los modelos propuestos, conocidos como PST (Performance Simulating Training) y CCS (Community Care System), a los cuales se les presenta como básicos para el logro de "Salud para todos en el año 2000", constituye simplemente un nuevo maniquí, lo cual está en abierta contraposición a los avances logrados en el proceso docencia-servicio en Latinoamérica; en el trasfondo se aprecia la búsqueda de mercado para la industria de los países desarrollados.

Por lo mencionado, la Comisión Técnica de OFEDO-UDUAL rechaza el simulador y recomienda a las instituciones formadores de recursos humanos y de servicios en Latinoamérica, no incorpore esta "Innovación" tecnológica por el retroceso histórico que implica para la profesión.

(\*) Debate producido en torno a la información presentada por el Dr. Benjamín Gómez Herrera, miembro del panel de Expertos en Salud Oral de la OMS.

# **INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO**

**Aportes para su desarrollo**

Dr. Patricio Yopez  
OPS / OMS

El término de la segunda Guerra Mundial coincidió con el inicio de importantes cambios:

Hechos:

- Relaciones externas e internas de la sociedad en general.
- Atención y educación médicas en particular en América Latina.
- Declinación de la influencia europea.
- Surgimiento de la influencia de los Estados Unidos.
- Establece una nueva estructura de poder en el mundo y una confrontación entre los sistemas capitalista y socialista.

"A cuyas consecuencias no han escapado los países de América Latina"

Se destacan:

- El inicio de la tendencia a la industrialización.
- La migración del campo a las ciudades.
- La expansión del sistema educativo.

En Salud:

- Se consolidan los sistemas de seguridad social.
- Se nacionalizan y expanden las redes hospitalarias.
- Se promulgan las leyes que regulan el ejercicio de la medicina y comienzan a surgir las asociaciones de carácter gremial.

La influencia foránea:

"En las escuelas de Ciencias de la Salud de América Latina tanto Francia como Alemania ejercieron gran influencia, a partir de la Independencia de España durante la primera mitad del siglo XX".

- Finalizada la segunda guerra esa influencia decreció y la de los Estados Unidos se hizo evidente a través de diversos mecanismos.

**1910:**

Las escuelas de Medicina de los E.E.U.U. sufrieron una importante transformación en su proceso docente y en su organización:

## **INFORME FLEXMER**

---

- Adscripción de las escuelas de Medicina a las Universidades.
- Creación de departamentos.
- Individualización y desarrollo de la enseñanza y la investigación en Ciencias Básicas.
- Incorporación del hospital a las escuelas de Medicina para ser utilizado como Campo de Adiestramiento Clínico.

La influencia del Informe Flexmer se extendió hasta la mitad del decenio de 1940, surge:

La escuela de Medicina de Western Reserve (OHIO), el concepto "Enseñanza integrada de las Ciencias Básicas".

Representa el alejamiento de algunos postulados Flexmerianos.

Esta reforma se extendió rápidamente a otras escuelas de Norte América entre 1950 y 1960

## **1952 COLORADO SPRINGS**

---

Conferencia sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva  
(76 Escuelas de E.E.U.U. y Canadá)

Esta conferencia responsabiliza a la Reforma Flexmer de:

- contribuir a crear una separación entre la medicina curativa y la preventiva.
- y pérdida de visión del paciente "como individuo, miembro de una familia y de una comunidad".

## **1953 ASOCIACION AMERICANA DE ESCUELAS DE MEDICINA**

---

Públicas: "los objetivos de educación médica de pregrado".  
"Estos acontecimientos referidos tuvieron después algo que ver con propuestas de cambio, sometidas a escuelas de América Latina".

## **1950 FUNDACION ROCKEFELER**

---

Promovió la creación de las facultades de Medicina. Estas facultades

fueron establecidas siguiendo el modelo Flexmeriano modificado (Colorado Springs y AAMC).

- Universidad del Valle Cali - Colombia
- Riberao Preto Sao Paulo - Brasil

### 1955 I SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA (CALI - COLOMBIA)

\*\*\*\*\*

#### Conclusiones

- Organizar las escuelas en departamentos.
- Crear departamentos de medicina preventiva.
- Coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza.
- Incrementar docentes T.C.
- Internado Hospitalario
- Limitar ingresos.

Dicho seminario adoptó los objetivos de la educación médica (AAMC - 1952). Y recomendó la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Esta recomendación fue generalizada en los países latinoamericanos:

- En la I Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina (México - 1957) bajo auspicio de la UDUAL.
- En la II Conferencia de Facultades Medicina (Montevideo 1960), se recomendó la creación de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM).

Que se concretó en la III conferencia  
(Vina del Mar - 1962)

1966

\*\*\*\*

#### FEPAFEM

Comenzó a convocar Conferencias Bianuales de Educación Médica de Carácter Panamericano

#### UDUAL

Siguió patrocinando Conferencias Bianuales en las que solo participaban facultades Latinoamericanas

Este conflicto señala:

una profunda división en cuanto a la actitud frente a la influencia norteamericana en la Educación Médica Latinoamericana,

"y permite comprender algunos de los mecanismos puestos en juego para ejercerla".

### FEPAFEM

- Fortalecida por la asistencia económica de fundaciones privadas de los E.E.U.U. pudo organizar una estructura organizativa permanente y ejecutar programas a través de sus asociaciones afiliadas.

### UDUAL

- Al no disponer de suficiente apoyo económico se limitó a auspiciar conferencias Bianuales.  
El período que media entre ellas, su actividad en relación con la Educación Médica se reducía notablemente.

### 1984 CONFERENCIAS BIANUALES ALAFEM/UDUAL

\*\*\*\*\*

### EDUCACION ODONTOLOGICA

Década de los 60: Seminarios Latinoamericanos sobre Enseñanza de la Odontología expresan:

"La vinculación e influencia de la Odontología norteamericana en Latinoamérica, como lo sucedido en Educación Médica en la década de los 50".

### EXPERIENCIAS

\*\*\*\*\*

#### - ANTIOQUIA

- Personal auxiliar
- Clínica Integral
- Departamento de preventiva y social

#### - SAN CARLOS



- Ejercicio profesional supervisado
- Promotores rurales

## **- ZULIA**

Nuevo: espacio formativo "Clínicas Odontológicas ubicadas en comunidades representativas de momentos de desarrollo

"operan como experiencias de aprendizaje de la universidad".

---

### **EN BASE A ESTAS EXPERIENCIAS**

Nuevas facultades adoptan modelos educativos bajo los lineamientos generales señalados:

- Panamá
- Cayetano Heredia
- UAM - X
- ENEP - Zaragoza
- Nuevo León

### **CONCLUSIONES:**

---

- A. - Programas desvinculados de los servicios del Estado.
- Acción limitada con los grupos organizados de la comunidad.
- Desarrollo de estrategias para aproximar al estudiante a la realidad.
- Prevalece el modelo intramural.
- B. - Algunas de las experiencias constituyen el nuevo crítico de la educación odontológica latinoamericana.
- Inicia creación de un espacio político - académico para el análisis de la discusión del proceso.

### **FINAL 1970**

---

### **"PROGRAMA INNOVACIONES"**

- Representa la consecuencia y la conjunción de la mayor parte de las experiencias citadas.

- Planteo en su marco conceptual: las posibilidades de ensayo y aplicación de planes curriculares y de servicios capaces de producir cambios cualitativos y cuantitativos en los sectores de Salud y Educación, contribuyendo a su perfeccionamiento, renovación o cambio.

La ejecución del programa a través de sus proyectos permitió identificar:

Desbalance entre los componentes que iban a servir de sustento a "La integración docente asistencial".

---

Proyectos:

- Se basan y dependen del sector docente.
- Relativas y tímidas aproximaciones al sector "Servicios".
- Limitada producción de conocimientos.
- Restringida participación con la Comunidad.

"El proceso de integración a través del conocimiento Socio-Epidemiológico, la organización de servicios y la formación de recursos humanos no se logró desarrollar".

## 1980 LA ALTERNATIVA LATINOAMERICANA

\*\*\*\*\*

### "Práctica Odontológica Transformadora"

"Respuesta científico-técnica de la Odontología a las necesidades y prioridades de la comunidad a través de un proceso de producción de conocimientos, de servicios y de recursos Humanos, apoyado en la tecnología apropiada".

#### INTEGRACIÓN

- Docencia
- Servicio
- Investigación

Para contribuir a la ESTRATEGIA de Atención PRIMARIA

- Equidad

- Acceso Universal
- Mejores condiciones de salud
- Calidad de vida.

## "SISTEMA NACIONAL DE SALUD"

1980

- Alternativa Latinoamericana
- Práctica transformadora
- Integración Docente - Servicio - Investigación
- Estrategia Atención Primaria
- Sistema Nacional de Salud

"Espacio Latinoamericano para la Transformación de la Salud y la Educación".

- OFEDO / UDUAL
- Experiencias Nacionales
- OPS / OMS
- ALAFEM / UDUAL
- ALADEFE / UDUAL

1990...

# **La Docencia-Servicio en América Latina:**

## **La Experiencia en Venezuela**

Dr. Heberto Jiménez Navas  
Facultad de Odontología  
Universidad de Zulia  
Venezuela

**"LA DOCENCIA-SERVICIO EN AMERICA LATINA:**

**\*\*\*\*\***

**LA EXPERIENCIA EN VENEZUELA"**

**\*\*\*\*\***

**I.- INTRODUCCION:**

-----

El proceso docencia-servicio tiene una larga trayectoria en la cual se ha avanzado a un alto nivel en cuanto a conceptualización; y logrado experiencia suficiente en cuanto a la aplicación de algunas estrategias y modelos operativos con relativos resultados exitosos, pero sin que se haya llegado al nivel de desarrollo pleno, en cuanto a su conceptualización, y de modelos estructurales que le den una base de sustentación estable y duradera al concepto, dentro de los sistemas actuales de Salud.

La Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia en Venezuela, actualmente, intenta el logro de ese propósito, cuando tomando como apoyos, los lineamientos políticos de Salud del Estado Venezolano representados por la Ley Orgánica del "Sistema Nacional de Salud" y la "Política de Salud Oral en Venezuela", busca desarrollar un modelo integral de práctica odontológica, con base a los lineamientos curriculares de la Universidad y de la Facultad (Docencia-Investigación-Extensión) comprometido con el desarrollo regional y nacional; mediante un convenio programático entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Universidad del Zulia, que incluye al Gremio y orientado a la formación de recursos humanos en Odontología (todos los niveles); desarrollo de la Investigación Odontológica y de los Servicios de Atención, atendiendo a las necesidades reales de Salud y del entorno social en el cual se opera.

El propósito de este trabajo es el de dar a conocer de una manera sistematizada los aspectos fundamentales de este "Plan de Desarrollo Odontológico", que cuenta con la Asesoría Técnica de la OPS/OMS y que tiene una gran significación en el quehacer universitario por cuanto la Investigación y la Docencia en acción integrada con la Extensión, son las funciones básicas y necesarias a cualquier programa de índole universitario comprometido socialmente; en particular para la Facultad de Odontología/LUZ de Maracaibo, Venezuela, que tiene además una determinante que la vincula con la responsabilidad institucional y social definida por su carácter de Universidad Estatal, Autónoma y Democrática.

Por esta y otras razones institucionales, se considera importante tomar en cuenta los antecedentes históricos más destacados del proceso a partir de 1966-67 hasta el momento actual en el que se hará el mayor énfasis en el modelo operativo del programa integral para

ser consecuentes con la idea inicial de esta Introducción.

## II.- ANALISIS HISTORICO DEL PROCESO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA/LUZ

---

Hacia los años de 1966-67 se inicia un proceso de cambios de la estructura académica tradicional en Odontología.

Las Facultades de Odontología del país organizan en la ciudad de Maracaibo, con la asesoría técnica de la Organización Mundial de la Salud, la colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y del Colegio de Odontólogos de Venezuela, una Reunión Internacional para considerar el "Programa Experimental de la Enseñanza de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia", el cual es declarado Programa Piloto Nacional y se acuerda realizar la experimentación y su evaluación para aplicar en todas las Facultades del país las bondades que resultaren de la experimentación científica. Se produce el compromiso de la Universidad con el Programa de la Planificación Integral de la Odontología (PIO) del Ministerio de Sanidad y se crea e instala la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Odontología (AVEFO), el 19 de Junio de 1968, en la ciudad de Maracaibo, apuntalados en una dirección que asegure y fortalezca la integración de las Instituciones Básicas de la Odontología organizada, conscientes de la necesidad de aunar recursos y esfuerzos.

En este Programa Experimental se define para las Facultades el concepto de interacción, docencia-investigación y extensión universitaria, orientándose las actividades académicas al estudio investigativo de las comunidades y la aplicación en ellas de metodologías para el desarrollo de programas con filosofía definida en el campo preventivo y social, en la búsqueda de propuestas para resolver los problemas de salud, mediante la aplicación de modelos de atención odontológica de amplia cobertura y de Odontología Integral, con utilización de Personal Auxiliar.

Para los años 1968-69 se inicia el desarrollo de la investigación planificada, con un apoyo decidido al estudio PIO a nivel nacional, y en el nivel regional -Zulia- se desarrolla el concepto nuevo para la época de "Productividad La Rinconada". Al mismo tiempo se aprueba el Programa para la formación del equipo humano que en acciones planificadas debe desarrollar el concepto de "Sistemas de Atención Odontológica Integral". En esta etapa se da mayor solidez a la docencia y a la investigación estadística y epidemiológica.

Hacia los años 1970-71 se asume la responsabilidad nacional e internacional en el diseño y desarrollo de un modelo de docencia e investigación-servicio que funciona como un Sistema, cuya metodología científica pueda investigar situaciones reales del medio social

(salud) y proponer soluciones. Es la etapa del desarrollo e implementación de los Diseños de los Laboratorios Experimentales de la Comunidad en todas las Facultades del país.

A partir del año 1972, los modelos de Sistemas de Atención Odontológica Integral se han aplicado tanto a nivel del Ejercicio Público, como el Privado. Así, el Ministerio de Sanidad y las Universidades establecieron programas por Sistemas de Atención Odontológica Integral en algunas Entidades Territoriales como Zulia, Falcón, Yaracuy, Lara, Aragua, Trujillo, Cojedes, haciéndose énfasis en programas rurales y escolares. Se evidenció una buena participación de interrelación entre Facultades, el Ministerio de Sanidad y el Colegio de Odontólogos de Venezuela.

Lamentablemente la falta de continuidad político-administrativa, tanto a nivel del Estado Venezolano, como en las administraciones universitarias; además de otras causas de orden político-social, ocasionaron serias perturbaciones en el progreso continuo del proceso de desarrollo planificado.

En el año 1979 se realiza en las ciudades de Maracaibo y Coro (Estados Zulia y Falcón) la III Reunión Internacional sobre Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos con el propósito de realizar una rigurosa autocrítica del proceso cumplido en el últimos diez años.

Además, se presentó amplia información sobre el origen y desarrollo del Programa Cooperativo de Salud Pública del Estado Falcón-Venezuela, destacándose la "transferencia" del modelo universitario, al de Servicio, así como también, las "relaciones integradas de las experiencias innovadoras", logradas entre los Laboratorios Experimentales de Comunidad y el nuevo modelo de servicio, puesto en ejecución en el Estado Falcón por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1973).

Para los años 1980-81-82 el proceso de cambios se reorienta hacia el establecimiento de los programas de Investigación-Docencia-Servicio entendidos como el "conjunto de esfuerzos Comunidad-Universidad-Servicios para transformar las condiciones de Salud". Representa el concepto Docencia-Servicio, un "espacio de acción" que nos acerca a la realidad concreta donde se generan los problemas, y hace consciente la necesidad de la interacción para un cambio en la práctica de salud".

El Ministerio de Sanidad asume el rol de estimulante del proceso, en razón de su obligación política con el IV Plan de la Nación; y se utilizan los conocimientos y experiencias obtenidas, así como las estructuras comunitarias antes creadas para fortalecer la continuidad del proceso dentro de las nuevas concepciones de Integración-

Docencia Servicio (Convenios entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y las Universidades para la utilización con fines docentes de las Unidades Sanitarias Asistenciales de la red de servicios del Estado Venezolano).

### III.- CONCEPTUALIZACION DEL PROCESO DE INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO EN VENEZUELA

---

En reunión de trabajo de la AVEFO realizada en la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, el 08.02.85, se llevó a efecto un Taller sobre Docencia-Servicio-Investigación de cuyo Relato General, tomamos el siguiente resultado:

1) Conceptualización: La integración Docencia Servicio siendo un proceso social, está sometida a las leyes que rigen a dichos procesos en virtud de lo cual, los cambios cualitativos y cuantitativos le son propios. De manera que al ubicarnos en nuestro campo de acción podemos observar que desde los años 60, cuando la discusión acerca del perfil del Odontólogo necesario, toma cuerpo como expresión de nuestra profesión, de un movimiento socio-político para estimular el "desarrollo" de nuestros países, las respuestas que se han venido implementando, forman parte y caracterizan fases de la evaluación del proceso Docencia-Servicio, aun cuando, el concepto como tal, aparece en la discusión, ya para los años 70".

La integración Docencia-Servicio, representa un espacio, a través del cual pueden generarse cambios cualitativos importantes en la formación de los recursos humanos y en la práctica, cambios que permitan, en última instancia, transformar las condiciones de salud de la población. En su esencia, el proceso Docencia-Servicio no es más que la síntesis dialéctica entre el saber y el hacer (teoría-práctica), que permite la formación integral del individuo en el campo de la salud, sobre la base de una práctica social, cuyo fin deberá ser, transformar las condiciones de salud y colocar el desarrollo científico-técnico alcanzado, al servicio de las mayorías.

La conceptualización expresada, se fundamenta en los siguientes principios:

El modelo de enseñanza-aprendizaje se concibe dentro del marco del estudio-trabajo.

La definición del estudio-trabajo como estrategia fundamental en la enseñanza-aprendizaje, y la necesidad de evaluar los cambios que se operan en la práctica, el saber y la problemática de salud con consecuencia de su dinámica propia y de su relación con los cambios que se operan en la estructura económica, generan la necesidad de la INVESTIGACION continua y permanente de la realidad. La INVESTIGACION CIENTIFICA aparece así, como el eje del desarrollo del proceso de integración.

Otro principio que fundamenta el proceso de integración



Docencia-Servicio, es la formación integral del individuo.

Por último, el proceso Docencia-Servicio, deberá estar sobre la base de una práctica social que tienda cada vez más a transformar las condiciones de salud de la población.

La conceptualización expuesta, así como los principios que fundamentan el proceso, lleva a plantear como estrategia para el desarrollo de modelos Docente-Asistenciales, la definición de mecanismos de enlace o cooperación formales entre las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos y Prestadoras de Servicio, conscientes de que esta relación no implica la fusión de las Instituciones, sino que ambas conservarán las características que les son propias.

Durante las discusiones en el Taller, se clarificó suficientemente, que a esta conceptualización se ha llegado mediante estrategias de aproximaciones progresivas, que desde las llamadas "experiencias extra-murales" y/o "programas de comunidad", hasta el presente, han permitido hacer ajustes conceptuales y metodológicos, que se muestran como las de mayor consenso.

Igualmente, las discusiones enfatizaron la necesidad de hacer permanente referencia sobre la ubicación de la Docencia-Servicio en un proceso, donde las Facultades de mayor avance han estado sometidas a limitaciones y aceleramientos históricos-políticos, que deben ser constantemente referidos para que quienes se inician en el proceso, puedan tenerlos presentes, a fin de no repetir errores superados; y aprovechar las experiencias adquiridas por los que están más avanzados en el proceso.

2) Convenios Institucionales: En el proceso de Docencia-Servicio, la firma de convenios inter-institucionales señalan la responsabilidad compartida en la ejecución, de actividades acordadas en función del propósito explicitado por las partes. En consecuencia, el Taller consideró indispensable, el logro de la oficialización de los Convenios Institucionales, para asegurar el cumplimiento por las partes de las responsabilidades, funciones, deberes y derechos que le corresponden, y obligan a las Instituciones involucradas, independientemente de los cambios naturales que se produzcan dentro de la alterabilidad administrativa de las mismas.

3) Propuesta de un modelo: El modelo de Docencia-Servicio deberá responder al concepto de Regionalización y a la atención por niveles, donde se jerarquice la población etaria y la patología existente para definir prioridades.

El modelo a desarrollar estará enmarcado dentro de un conjunto de actividades planificadas y estructuradas en torno a un eje principal de docencia en servicio (diseño curricular) que sigue los principios que rigen la planificación en Salud:

- Fijación de los objetivos por alcanzar, de conformidad con una política de atención bien definida.

- Investigación socio-epidemiológica que la sustente.

- Establecimiento de prioridades para conocer las metas a ser logradas.

- Adecuación del Modelo a las posibilidades de recursos actuales y futuros.

- Evaluación y control del Modelo.

Para la concepción integral de un Modelo de estas características deberán considerarse los siguientes elementos:

- Que la atención odontológica se fundamente en el concepto de Odontología Integral.

- Que la atención esté estrechamente relacionada con los principios de regionalización que se establezcan, y en consecuencia, la atención por niveles: primario, básico y terciario o especializado.

Esta concepción garantiza la posibilidad de acceso al Modelo, en iguales condiciones y sin restricción alguna, para toda la población.

Con garantía de oferta de atención preventiva, curativa y de rehabilitación de acuerdo a los ya mencionados principios de regionalización y de atención por niveles; es decir, que los Centros de Salud en la Comunidad, pueden ofrecer estos Servicios en el nivel de atención primaria, en tanto que los centros de mayores recursos, como Hospitales y Facultades de Odontología, ofrecerían la atención más especializada.

Los modelos deben garantizar atención odontológica continua.

El Modelo así estructurado deberá permitir la formación de Recursos Humanos en una práctica odontológica estrechamente vinculada con la que ofrece el Estado, y desarrollada en base a nuestra propia realidad.

#### 4) Otras consideraciones aprobadas fueron:

- Se recomienda dejar expreso que el proceso Docencia-Servicio dada su función integradora, derivada de su conceptualización y fines, está íntimamente insertada a la concepción de la política del Sistema Nacional de Salud y de la Política Nacional de Salud Oral.

- Se recomendó dejar expreso, claramente, que la interpretación del concepto de Regionalización que se ha utilizado en el Documento de Trabajo, es el que se refiere a la conceptualización de la atención en salud, expresada como una estructura de servicio, a tres niveles:

a) primario;            b) básico;            c) especializado

- Se recomendó hacer explícito, que la Docencia-Servicio está fundada sobre la base de una práctica social que contemple la participación de la población (comunidad) a diferentes niveles; participación que deberá hacerse efectiva a través de un verdadero proceso de concientización, organización y movilización.

- Se recomienda hacer expresa la conveniencia de la participación del Colegio de Odontólogos en las discusiones de los Convenios Institucionales, particularmente por la necesidad de que con su participación se logre una más perfecta concientización acerca del proceso; y por la importancia e interés gremial, en lo que concierne a la aplicación de las normas del régimen de contratación laboral.

- Se recomendó tener en cuenta en el proceso de evaluación, los efectos logrados durante el proceso de integración, tanto a nivel de comunidades, de servicio, como de la docencia (estudiantes y docentes).

En marzo de 1985 en trabajo conjunto con la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia se presentó a la consideración el documento "Bases Generales para la Integración Docencia-Servicio-Investigación", que tenía por fundamento la idea de lograr un solo Convenio de las Facultades de la Salud (Medicina y Odontología) entre el Ministerio de Sanidad y la Universidad del Zulia, a los fines de evitar la existencia de dos convenios, como lo es en la actualidad, entre el Ministerio de Sanidad y las dos Facultades.

Las consideraciones más importantes del Documento se recogen así:

1) Colaboración conjunta -Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Universidad del Zulia- en el establecimiento de la política y planificación sanitaria del país, mediante propuestas concretas de Sistemas de Atención de Salud, dentro de una estructura única sanitaria.

2) Implementación conjunta -MSAS/LUZ- del Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación de Modelos de Docencia-Servicio acordes con la nueva concepción de estructura por niveles con programas -basados en la comunidad- iniciando con la Atención Primaria (concepto definido en Alma-Ata); la secundaria o básica y la terciaria o especializada.

3) Tener en cuenta que existen actualmente logros de experiencias de docencia-servicio (MSAS-UNIVERSIDAD), a partir de las cuales se puede y debe continuar el proceso, reformulando su teoría y haciendo expresión práctica de ellos, utilizando el concepto de adiestramiento basado sobre un sistema de salud regionalizado.

4) Reconocer en la Atención Primaria, la estrategia de la Atención de Salud como principal mecanismo de aplicación.

5) Entender por integración: Docencia-Servicio-Investigación, al espacio a través del cual pueden generarse cambios cualitativos importantes en la formación de los recursos humanos y en la práctica, cambios que permitan en última instancia transformar las condiciones de salud de la población. En su esencia, el proceso Docencia-Servicio-Investigación no es más que la síntesis dialéctica entre el saber y el hacer (teoría-práctica), que permite la formación integral del individuo en el campo de la salud, sobre la base de una práctica social, cuyo fin deberá ser transformar las condiciones de salud y colocar el desarrollo científico-técnico alcanzado, al servicio de las mayorías.

6) La integración docente-asistencial debe involucrar una amplia participación de organismos responsables de la prestación de servicios, así como una apropiada distribución de las actividades educativas en todos los niveles de atención y no sólo en el hospital especializado. Deben establecerse esquemas flexibles en la relación entre ciencias básicas y ciencias clínicas, en las que actúen, a lo largo de todo el plan de estudios, la teoría y la práctica, las disciplinas básicas y el adiestramiento clínico, y la atención integral (preventiva-curativa-recuperación).

7) Concebir el modelo de enseñanza-aprendizaje dentro del marco del estudio-trabajo; de la integración multidisciplinaria a tono con la realidad del conocimiento científico, y ubicados en toda la red de servicios, en íntima articulación con su mismo sistema administrativo.

8) La definición del estudio-trabajo como estrategia fundamental en la enseñanza-aprendizaje, y la necesidad de evaluar los cambios que se operan en la práctica, el saber y la problemática de salud como consecuencia de su dinámica propia y de su relación con los cambios que se operan en la estructura económica, generan la necesidad de la INVESTIGACION continua y permanente de la realidad. La INVESTIGACION CIENTIFICA aparece así, como el eje del desarrollo del proceso de integración. La investigación socio-epidemiológica, clínica patológica y biológica adquieren rango de actividades fundamentales.

9) También las investigaciones deben orientarse a la atención del establecimiento de los Servicios de Salud y de la infra-estructura del personal que es necesario disponer para cubrir a la totalidad de las poblaciones.

- Determinar el alcance y contenido de los programas.

- La integración de la infra-estructura con la comunidad, en las que deberá aplicarse un criterio inter-disciplinario a los problemas sociales, orgánicos y tecnológicos.

- También debe ser objeto de atención del mejoramiento, a largo plazo, de la capacidad del país y la región para las investigaciones.

10) Necesidad de identificar las competencias -funcionales y de base científica- que debe adoptar el personal de salud para operar de manera eficaz, en programas de atención de salud a bajo costo y de

amplia cobertura. Esas competencias y actitudes servirán de base para formular y evaluar, más tarde, los programas de enseñanza. Otra tarea consiste en equilibrar el enfoque basado en la práctica, con la necesidad de que el personal de salud comprenda las bases científicas necesarias para resolver los problemas de salud actuales y futuros.

La combinación de competencias funcionales y de base científica es necesaria para hacer frente a la extrema complejidad y a la rápida evolución del Sistema de Salud; y también para superar algunas de las deformaciones científicas y sociales que afectan a gran parte de la enseñanza de las ciencias de la salud, cuando se hace excesivo énfasis en una de ellas, en detrimento de las demás.

Tanto la "Declaración Conjunta de Principios entre el MSAS y LUZ" como estas "Bases Generales" llevan a plantear como estrategia para el desarrollo de la Integración Docencia-Servicio-Investigación, la definición de mecanismos de enlace o cooperación formales, que son los Convenios, entre las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos y las Prestadoras de Servicio, conscientes de que esta relación no implica la fusión de las Instituciones sino que ambas conservarán las características que le sean propias.

Siendo la "Declaración Conjunta de Principios entre el MSAS y LUZ", así como las "Bases Generales", las relaciones fundamentales entre las dos Instituciones, los Convenios serían los mecanismos de acuerdo para las fases operativas de los programas, y por tanto, requieren una particularidad, según la estructura académico-administrativa para la formación de cada tipo de recurso humano en salud.

#### IV. - SITUACION ACTUAL:

-----

La estructuración del Diseño Curricular (1985) atiende a la Resolución No. 227 (21-10-82) dictada por el Consejo Universitario de LUZ, que traza los lineamientos curriculares para toda la Institución; y por otra parte, al proceso de discusión para la creación del Sistema Nacional de Salud; estos dos aspectos convergen en la nueva propuesta curricular que se presenta como un enfoque alternativo en el proceso de integración docencia-servicio.

Una síntesis sustancial de la Resolución No. 227, destaca:

- Que la Universidad del Zulia debe poseer una actitud crítica frente al conocimiento universal; a la realidad social y a su propio destino.
- Lograr un modelo de educación para el desarrollo autónomo que promueva la ruptura de los esquemas de dependencia.
- Que por medio de la interdisciplinariedad se garantice la formación integral del individuo para su eficiente participación en

el contexto socio-histórico del país.

- El ajuste del curriculum a las necesidades reales del país..

- Que se diseñe el curriculum a partir de un proceso de evaluación permanente y continuo.

Para la Facultad de Odontología/LUZ, esta Resolución 227 plantea el trabajo de adecuación del curriculum del año 1971 a la orientación y normativa en ella contenida, porque la estructura académico-administrativa de la Facultad de Odontología/LUZ debe atender desde el ángulo educativo, como desde los diferentes tipos de servicios de salud, a las características socio-epidemiológicas de la población que conforma la región nor-occidental del país.

Ello permite definir el marco referencial del curriculum, así:

- El odontólogo general que se propone formar la Facultad de Odontología/LUZ, atiende a un modelo educativo que se inserta en la realidad social antes mencionada.

- Sobre la base de un modelo de servicios de prácticas odontológicas alternativa.

- Que descansa en la posibilidad de ubicar la práctica profesional dentro de cauces institucionales de una práctica social emergente.

- Que experimenta modelos de práctica profesional, distintos al tradicional, tratando de construir los mismos, aun en zonas (rural dispersa por ejemplo), donde las condiciones históricas para lograr esa práctica social emergente, hubiesen estado diferidas.

- Concretamente, se busca con el nuevo curriculum, la formación de un odontólogo general capacitado para una práctica profesional de:

- promoción de salud, prevención y recuperación integral.

- práctica odontológica simplificada, de amplia cobertura.

- regionalizada en niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

- con desmonopolización del conocimiento con amplia y permanente participación de la comunidad.

- utilizando tecnología apropiada.

- que tiene como estrategia de aprendizaje-enseñanza formativa: la investigación, la docencia y el servicio.

El modelo educativo. Perfil profesiográfico:

-----

El desarrollo de los recursos humanos odontológicos debe orientarse bajo los lineamientos del perfil siguiente:

- Reconocer -teoría práctica- la causalidad social del proceso salud-enfermedad bucal.

- Coadyuvar a la organización de la comunidad para lograr su participación y autodeterminación en el proceso.

- Desarrollar acciones de simplificación de la práctica, construyendo una nueva práctica odontológica dirigida a la universalización de los beneficios.

- Desarrollar el enfoque socio-epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal.

- Búsqueda del conocimiento científico inscrito en el proceso de investigación socio-epidemiológico-operacional y biopatológico.

- Reconocimiento y aplicación del método científico en la formación de recursos humanos.

- Utilización racional de los recursos financieros dedicados a formación y servicios para facilitar la investigación.

- Comprender e interpretar la realidad con aplicación de instrumentos científicos-teóricos-metodológicos y estar comprometidos con la transformación de la salud bucal.

- Tener actitud de constante crítica frente a la práctica odontológica.

- El Programa de Formación de Recursos Humanos en Odontología deberá orientarse, integralmente a:

  - la formación científica-técnica y social de los estudiantes.

  - utilizando estrategias y medios para una enseñanza-aprendizaje ESTUDIO-TRABAJO en SERVICIO.

  - actuando en una realidad concreta -no simulada que le permita la experiencia de la PRACTICA SOCIAL en la prestación a la comunidad.

  - enfatizando aspectos básicos de carácter formativo y operacional para resolver los problemas de salud bucal trabajando en equipo con criterio preventivo y capacidad para continuar perfeccionándose.

Ejes programáticos:

Por definición, el diseño curricular de la Facultad de Odontología/LUZ, es un compromiso con la transformación cuali-  
cuantitativa de las condiciones de salud bucal de la población

venezolana:

- Plantea la necesidad de la formación de los recursos humanos y la producción de conocimientos científicos como un proceso de integración investigación-docencia-asistencia donde el conocimiento se ha organizado en función de los diferentes niveles de complejidad y de atención, según la realidad socio-epidemiológica de la región y el país.

- Estos tres niveles de formación permiten la organización de las diferentes disciplinas (cátedras) en torno a tres ejes programáticos:

- Eje de Biopatología
- Eje de Práctica Social
- Eje de preparación para el Ejercicio Profesional

#### Eje de Biopatología:

Comprende las asignaturas básicas de las ciencias biomédicas y constituye la base fundamental de los estudios biopatológicos:

- estructuras normales del ser humano.
- cambios micro-macroscópicos producidos en ellos.
- alteraciones de las estructuras por agresión de agentes externos y/o internos.
- la auto-agresión tanto macro como microscópica.

#### Eje de Práctica Social:

Permite comprender que el proceso salud-enfermedad es resultante de la interacción del hombre con el medio social.

Este eje desarrollado progresivamente en tres niveles de atención: primario - secundario - terciario (3o. al 10o. semestre).

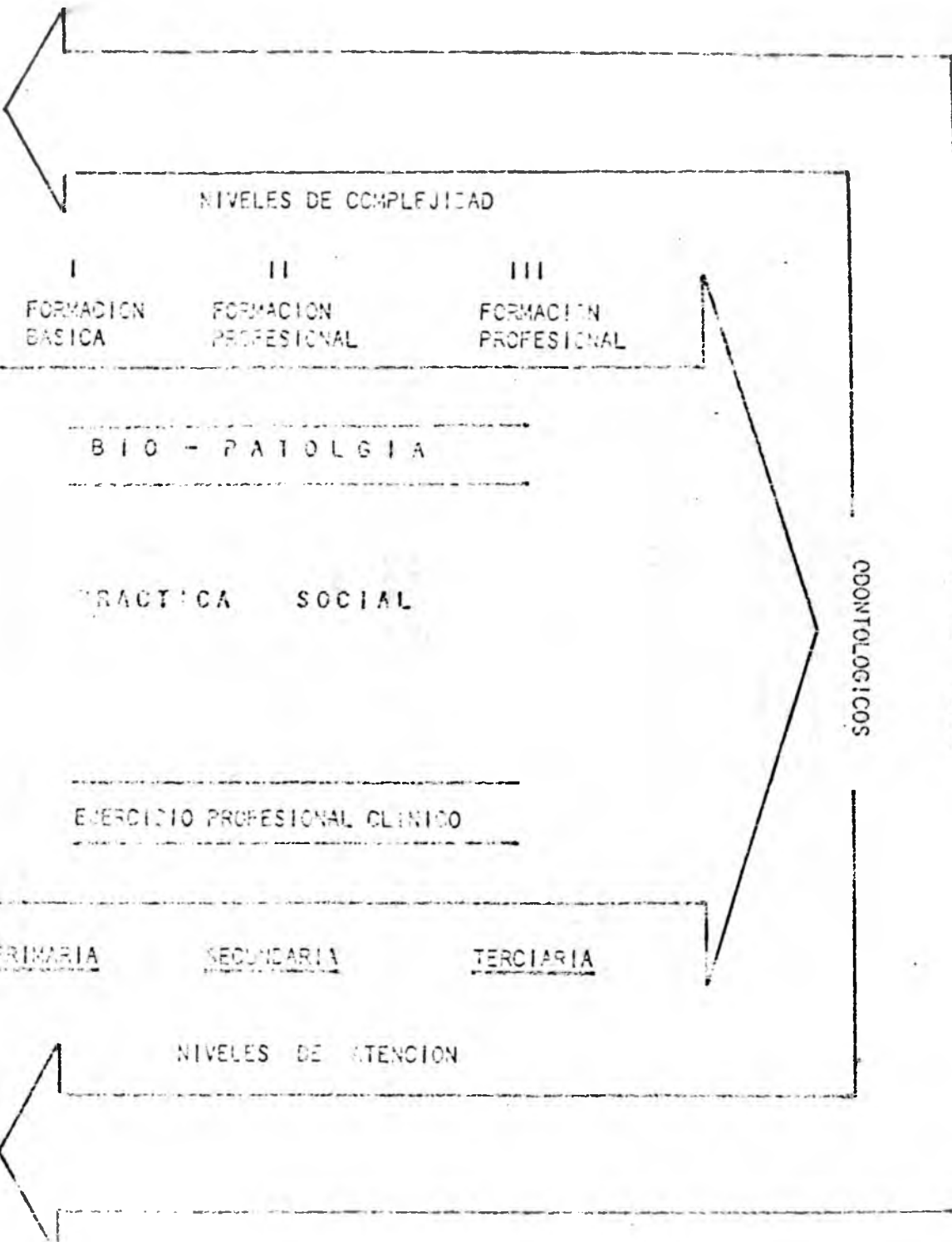
Se define por las actividades de investigación y trabajo técnico que permita transformar la atención de salud en correspondencia directa con las condiciones económicas-sociales de una determinada comunidad.

#### Eje de Preparación para el Ejercicio Profesional:

Organiza el conocimiento odontológico para permitir el aprendizaje en función de las condiciones normales, patológicas, de diagnóstico y terapéutica, tanto de los tejidos duros y blandos de la boca y dientes, así como del análisis del sistema estomatognático y en la aplicación de medidas tendientes a normalizar su función y estética (rehabilitación).



S  
C  
I  
E  
N  
C  
I  
A



## MODELO OPERATIVO: INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El modelo operativo se diseñó para inscribirse en el Sistema Nacional de Salud (creado por Ley Orgánica el 23 de Junio de 1987) el cual se concibe como la integración de todos los servicios destinados a la defensa de la salud en el territorio nacional, así como a la función normativa que regulará las actividades del subsector privado de salud (Gaceta Oficial No. 33745). "El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza".

Por otra parte, la política nacional de salud oral se fundamenta en la investigación, la prevención masiva, la participación activa con la comunidad y en la integración de la docencia-servicio-investigación y gremio (I Congreso Nacional de Salud Bucal, Noviembre 1985).

Dentro de las estrategias formuladas para llevar a la práctica la política nacional, se estableció la necesidad de garantizar la incorporación del componente salud oral en el Sistema Nacional de Salud, basado en un enfoque multidisciplinario e intersectorial, que permita desarrollar la atención integral a la salud de la población, que posibilite la racionalización y optimización de los recursos, así como una participación activa y global de las disciplinas que integran el equipo de salud.

Lo anteriormente señalado permitirá que el Sistema Nacional de Salud basado en una doctrina de justicia y equidad haga accesible la salud a toda la población, considerando a ésta como un factor que contribuirá al desarrollo y a la actividad productiva del venezolano.

El proceso político multisectorial expresado en el Sistema Nacional de Salud para alcanzar equidad, cobertura universal, eficiente y socialmente participativo, requiere de un proceso de desarrollo basado en la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Dentro de este proceso se inscribe la salud oral con actividades de investigación, promoción, protección, atención para prevenir, controlar y mantener las condiciones de salud buco-dental, como parte del cuidado de la salud general de la población del área del sistema local de salud.

Esta concepción innovadora constituye un campo apropiado para el desarrollo de docencia en todos sus niveles y para la investigación, especialmente si su práctica los involucra en servicios concretos y visibles a la población y/o contribuyen en investigaciones participativas y pertinentes a la salud de la misma.

El modelo operativo del Programa Docencia-Servicio de Odontología (Universidad del Zulia/Ministerio de Sanidad y Asistencia Social), se inscribe dentro de los lineamientos anteriormente señalados y se fundamenta en la investigación socio-epidemiológica realizada por la Facultad de Odontología en el Distrito Maracaibo, cuyos resultados han sido importantes para actualizar y completar la información existente, con miras a proporcionar información de base para el diseño y contenidos del modelo, para evaluar los cambios, probar la metodología y obtener información sobre otros aspectos no conocidos. Por otra parte, los resultados obtenidos permitieron determinar los niveles de la patología bucal; construir los mapas socio-epidemiológicos correspondientes a las áreas de salud del Distrito Maracaibo; y adecuación de la programación docencia-servicio en función del dato socio-epidemiológico obtenido.

El Sistema Nacional de Salud establece en sus principios y fundamentos la atención regionalizada y por niveles; para lo cual las instituciones de salud, están comprometidas a un programa único.

De acuerdo con este criterio, en el primer nivel los componentes serán: investigación socio-epidemiológica, educación para la salud, prevención masiva y tratamiento. Actividades que deberán ser realizadas en las casas de familia, en las escuelas, en los centros asistenciales o en cualquier localidad; y ejecutadas por los organismos de la comunidad, por maestros, madres, promotores, auxiliares de odontología y estudiantes.

En el segundo nivel, se prevé la investigación sobre servicios de salud y el tratamiento odontológico básico; ejecutado en la red asistencial y en las facultades y escuelas de odontología, por los odontólogos, las auxiliares y los estudiantes.

En el tercer nivel se realizará investigación clínico-patológica; y la actividad clínica de rehabilitación quirúrgica y protésica se ejecutará en los hospitales y en las facultades, por los odontólogos, auxiliares, estudiantes y los especialistas.

La operacionalización del modelo de integración docencia-servicio-investigación en el Zulia, se desarrollará mediante la creación de una infraestructura programática en el Distrito Maracaibo conformada por un núcleo (Campos LUZ) y cuatro núcleos periféricos, todos con iguales características en cuanto a espacio físico, dotación clínica y programación para dar inicio al proceso de integración docente-asistencial de acuerdo a la política de salud oral definida para el país y dentro del marco del Sistema Nacional de Salud que es la estructura de soporte del nuevo diseño curricular.

## V. - SISTEMA CLINICO INTEGRADOR: (Sub-sistema de Salud Bucal)

---

La Clínica Integral que sirve de soporte al nuevo Currículum, es un SISTEMA INTEGRADOR del Servicio-Docencia e Investigación; en el cual los Recursos Humanos tienen distinto grado de preparación, lo que en conjunto, permite la solución de problemas odontológicos en todos sus niveles y en forma integral (niños y adultos).

La práctica odontológica en este concepto integral, incorpora modelos de servicio de tipo centralizado (INTRAMUROS) y PERIFERICOS (extramuros) con diseño innovado; criterios técnicos de simplificación y utilización de varios niveles de Recursos Humanos para trabajar con técnicas a dos, cuatro y seis manos; caracterizada por ser una Práctica Odontológica Planificada y Administrada CIENTIFICAMENTE.

La Clínica Integral se basa en un Paciente Integral. No es el alumno el centro de la Clínica que tiene que cumplir con determinados requisitos clínicos, lo cual hace al sistema clínico en uno deformante por el problema antiético de considerar, tanto al alumno como al paciente, de "conejillos".

Por tanto, se hace necesario un CAMBIO conceptual y operacional de cómo enfrentar una situación distinta que tenga un carácter formativo; es decir, que enfrente al Paciente como un ente "Bio-Psico-Social".

Si esto se admite como cierto, hay que organizar la Clínica en base a enfrentar un Paciente Integral, tanto para la Clínica de Pre-Grado como en la del Post-Grado, con un solo nivel, con Educación Continua y de Especialidad.

En la clínica de Pre-Grado se utilizan recursos humanos capaces de resolver problemas del Perfil Profesional; y en la Clínica de Post-Grado se resuelven problemas de diferentes Perfiles.

En la Clínica Integral se usan todos los recursos humanos odontológicos: Profesionales, Auxiliares y Técnicos.

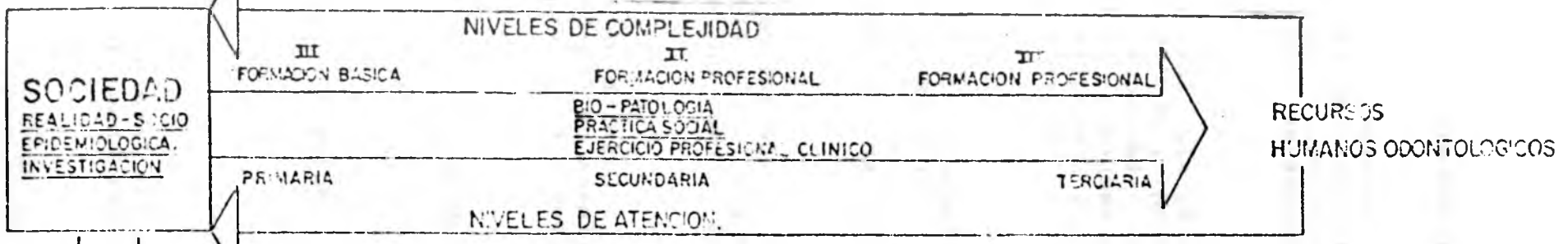
La Clínica Integral es un concepto: no es un Espacio.

La Clínica Integral la constituyen tanto las Clínicas Internas como las Externas, y se realizan las tres funciones básicas de investigación, docencia y servicio.

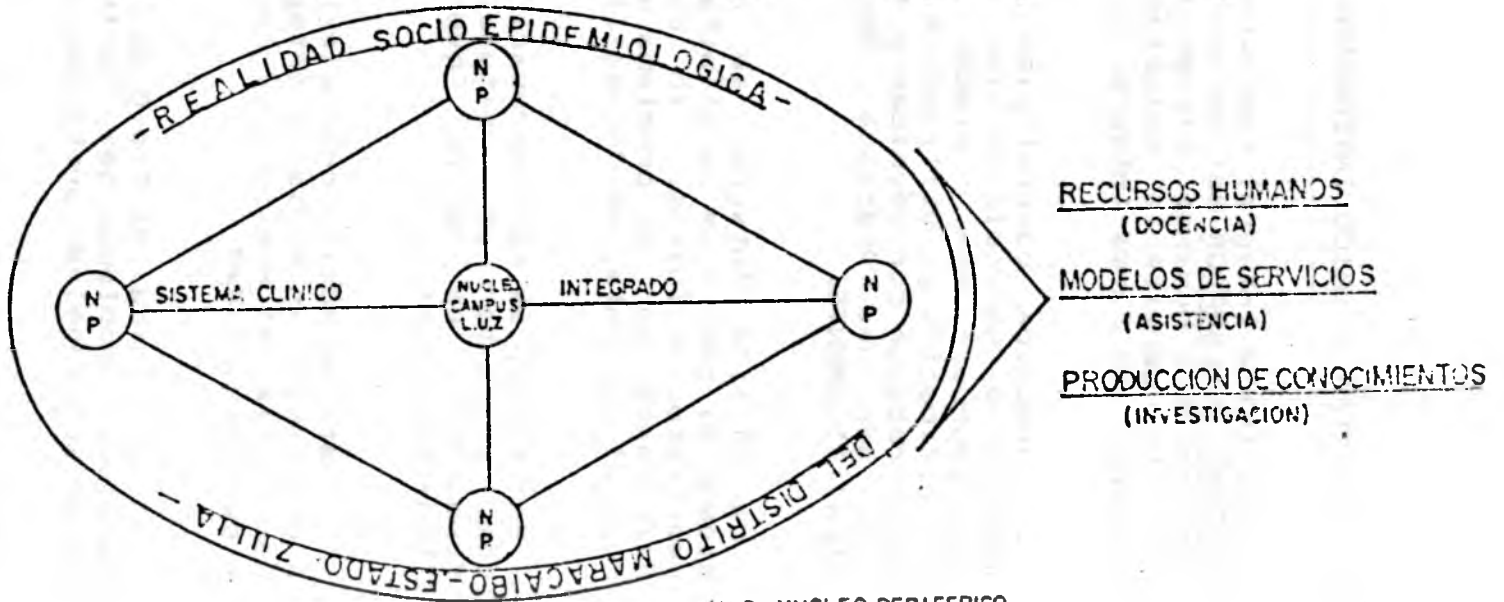
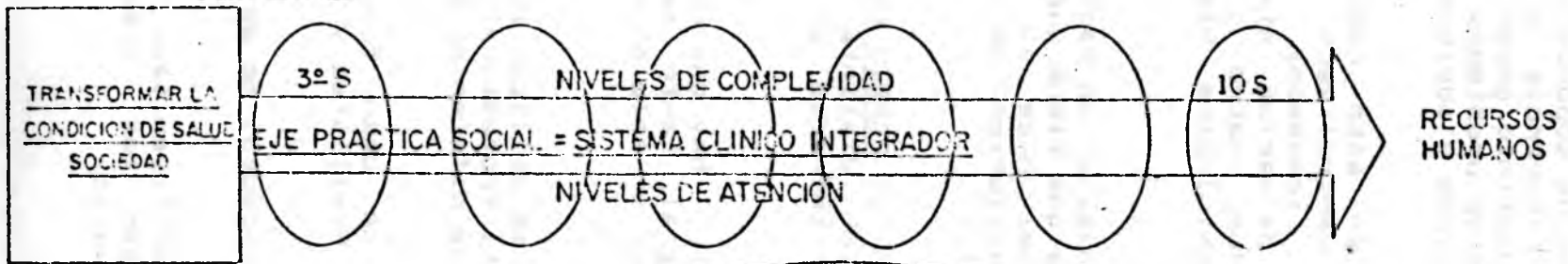
**"MODELO CURRICULAR INTEGRADO:  
INVESTIGACION - DOCENCIA - SERVICIO  
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD."**

FACULTAD - ODONTOLOGIA - LUZ.  
MARACAIBO NOV. / 1987

**MODELO EDUCATIVO**



**MODELO OPERATIVO**



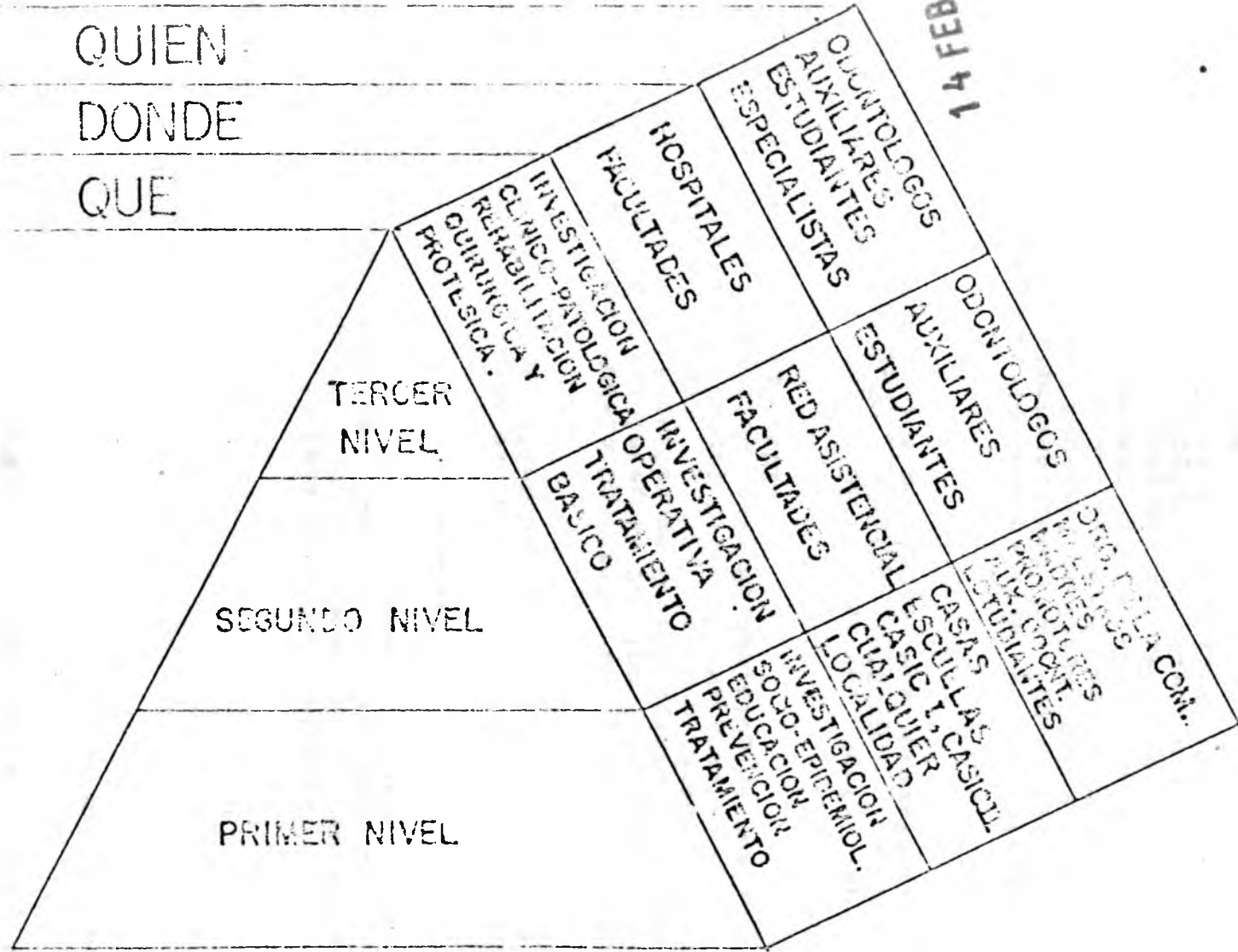
N.P. = NUCLEO PERIFERICO

H.J.N./J.D.G.



14 FEB 1980

QUIEN  
DONDE  
QUE



SALUD ORAL - COMPONENTE S.N.S.

La Clínica Integral debe abarcar los tres niveles de Atención Odontológica.

El CDRAZON funcional del Sistema (Clínica Integral) lo constituye el lavado y la esterilización del instrumental, que debe ser racionalizado y programado:

SIEMPRE tener tantos instrumentos como número de pacientes se atiendan al día.

Tener 1 x cada 5

Tener 1 x todo el sistema.

El CEREBRO funcional del Sistema (Clínica Integral) lo constituye el 60% de Profesores Generalistas, con apoyo clínico de Profesores de Materias quienes deben realizar las necesarias Reuniones Clínicas para la discusión y aprobación de los Exámenes, Planes y Tratamientos Odontológicos.

El espacio físico, así como el Equipamiento están adecuados para que todas las Actividades Clínicas, se realicen conforme a esta concepción.

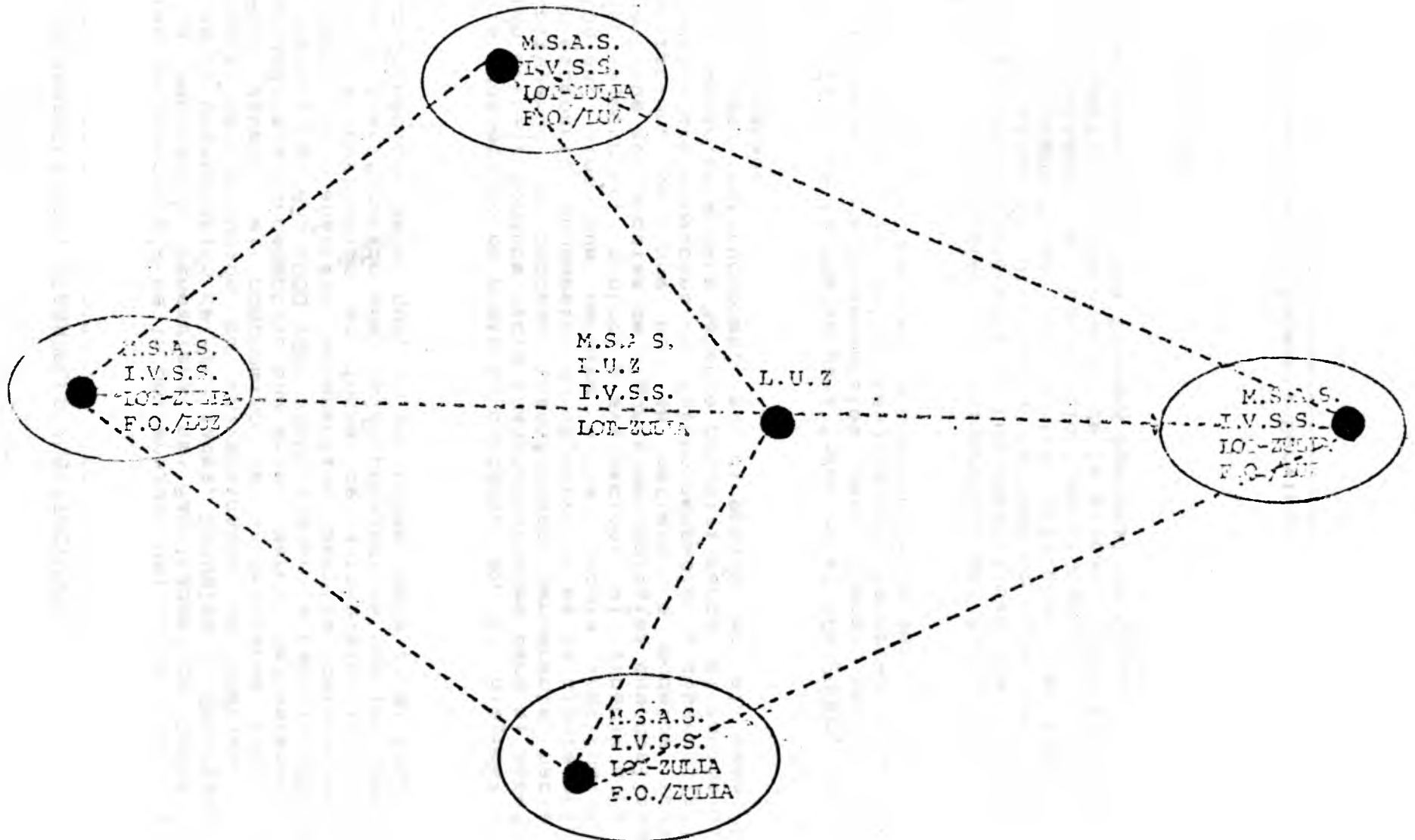
La infra-estructura del Modelo Operativo es un Sistema Programático constituido por una Clínica Integral de tipo innovado e intramural; ubicada en la sede de la Facultad de Odontología/LUZ programada para dos-cuatro y seis manos, y por cuatro áreas técnicamente seleccionadas en la periferia del Distrito Maracaibo, en base a los indicadores de la Investigación Socio-Epidemiológica realizada por el I.I.O- Facultad de Odontología/LUZ.

Todos los modelos han tenido en cuenta el Perfil aprobado que corresponde a un ODONTOLOGO GENERAL INTEGRAL, capacitado para resolver, fundamentalmente, los problemas más prevalentes de Salud Oral del país.

Las funciones académico-administrativas y financieras de estas ESTRUCTURAS serán la responsabilidad de todas las Instituciones involucradas en el Sistema Nacional de Salud (M.S.A.S. - I.V.S.S. - I.P.A.S.M.E - Lotería del Zulia - I.N.C.E) mediante Convenios inter-institucionales; y todas operando con el mismo enfoque conceptual, con iguales objetivos y estrategias, siguiendo los lineamientos del Curriculum Facultad de Odontología/LUZ y orientados por las políticas de Salud establecidas por el Estado Venezolano y compartidas por la profesión organizada en el país.

3.3. MODELO OPERATIVO DE INTEGRACION

DOCENCIA-SERVICIO INVESTIGACION





## VI.- ANALISIS PROSPECTIVO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL:

---

La Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia como miembro activo de la Asociación Venezolana de Facultades de Odontología (AVEFO) y de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL), asumió el compromiso de incorporarse dentro del proceso de análisis prospectivo que en el marco del escenario de Salud para todos en el Año 2000 (SPT 2000) llevan a cabo la OPS/DMS y la OFEDO/UDUAL. El análisis prospectivo permite determinar la situación de cada institución en forma de auto-evaluación y luego incorporar a la planificación una visión prospectiva que le permita a la institución decidir para qué, y por dónde debe ir el desarrollo futuro.

El análisis prospectivo no pretende quedarse en el diagnóstico de la situación actual, conduce hacia transformaciones para el beneficio social constituyendo un proceso transformador permanente hacia el logro de un escenario propuesto. Su objetivo no es la simple entrega de metodologías, sino que permite a la propia institución su programación, ejecución, control y evaluación; al liberarla de las restricciones que son propias de algunas metodologías que conllevan a la estandarización, ya que no se refiere a modelos ideales predeterminados, que considera un futuro deseable y desarrolla las estrategias o mecanismos para hacerlo posible; marca el camino hacia el cual van las instituciones, su dirección en el desarrollo globalmente considerado.

La Odontología asume la "Salud para Todos en el Año 2000", por ello requiere transformaciones fundamentales para llenar vacíos en su producción de conocimientos del proceso salud-enfermedad oral, en la formación de recursos humanos y en la producción de servicios.

La Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia dentro de su dinámica, ha asumido críticamente la responsabilidad de realizar un diagnóstico de situación utilizando la metodología del análisis prospectivo, ha identificado los puntos críticos que limitan el proceso y ha planteado el desarrollo institucional tomando como referencia prospectiva el escenario de la educación odontológica en el año 2000 y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

### Prospectiva 1987-1990:

---

#### 1.- Programa de Investigación Docencia-Servicio:

---

## Desarrollo política del S.N.S. según Convenio MSAS/LUZ:

- Fundamentar la formación de los Recursos Humanos en la práctica basada en la Atención Primaria.
- Implementación total y expansión del Modelo Operacional Curricular.
- Desarrollar conjuntamente con los Servicios- un Programa de Cobertura planificada.

## 2.- Programas de Investigación:

### Implementación Programa-Presupuesto-Plan Prioritario- 1985.

- Definición de Áreas Críticas:
- Estudio Situación Demográfica de la comunidad.
  - Organización y Participación de la comunidad.
  - Diseño y Desarrollo de un Modelo de Atención Primaria.
  - Estudio Oferta y Demanda de Atención Odontológica.
  - Estudio sobre Rendimiento Académico y Admisión.
  - Estudio sobre Simplificación en Odontología.
  - Estudio y Aplicación de la Integración de la Docencia y Administración.

## 3.- Programa Curricular: Implementación y Evaluación:

- Identificación de mecanismos para la integración de la investigación en apoyo a la docencia.
- Enseñanza integrada mediante la práctica clínica.
- Integración de la Clínica y la Socio-Epidemiología desde primeros años de la carrera.
- Desarrollo de la evaluación del Proceso Educativo y Operacional.

4.- Programa Desarrollo Personal Auxiliar:  
-----

- Implementación Proyecto Convenio INCE-LUZ.
- Investigaciones sobre oferta y demanda.
- Investigaciones sobre otros tipos de Personal Auxiliar.

5.- Programa de Cursos de Post-Grado:  
-----

- Implementación nuevo Proyecto Cursos de Post-Grado dentro de la nueva estructura curricular.

- Planificación en base a las condiciones de salud.

- Desarrollo de planes y programas de actualización (proceso de Educación Integral).

Maracaibo, Marzo de 1989.-

## BIBLIOGRAFIA

---

- 1.- Proceso de Integración Docencia-Servicio-Investigación en la Región Zuliana. Análisis y Perspectivas, V Seminario Nacional de Educación Odontológica. Mérida, Edo. Mérida-Venezuela. Universidad de Los Andes. 20-21-22 de Marzo de 1985.  
Ponencia presentada por la Universidad del Zulia, Facultad de Odontología-Maracaibo, Edo. Zulia, Venezuela. Autor: Dr. Heberto Jiménez N.
- 2.- Aspectos Odontológicos: La Experiencia Venezolana, Documento de Trabajo presentado por A.V.F.O. en el Tema III "Cambios en el Contenido y orientación de la Enseñanza de las Ciencias de la Salud para contribuir a lograr SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000." IV Conferencia Internacional OFEDO-UDUAL". Lima-Perú, 15 al 19 de marzo de 1987.
- 3.- Relato General del Taller sobre Docencia-Servicio-Investigación, realizado por la A.V.F.O. en la ciudad de Maracaibo, Edo. Zulia, Venezuela el día 8 de Febrero de 1985. Relator: Dr. Heberto Jiménez Navas. Colaborador: Dr. Ramón Cova Rey.
- 4.- Documento "Bases Generales para la Integración Docencia-Servicio-Investigación". Universidad del Zulia. Facultad de Odontología, Maracaibo-Venezuela. Autor: Dr. Heberto Jiménez Navas. Colaborador: Dr. Ramón Cova Rey.
- 5.- Nuevo Diseño Curricular. Universidad del Zulia, Facultad de Odontología. Maracaibo-Venezuela, 9 de Octubre de 1986. Dr. Heberto Jiménez Navas.
- 6.- Programa de Integración Docencia-Servicio. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela. Anexo III.
- 7.- La Enseñanza y el Servicio Odontológico en función del perfil patológico bucal de la población. Ponencia de la Facultad de Odontología de LUZ, presentada en el II Congreso Nacional de Salud Bucal, Ciudad Bolívar, Venezuela, en Noviembre de 1987. Autor: Dr. Heberto Jiménez N.
- 8.- Taller para el Análisis del Currículum vigente en la Facultad de Odontología de LUZ. Maracaibo-Venezuela, 23-01-89 al 03-02-89, dictado por el Asesor de la OPS/DMS, Dr. Héctor Silva Olivares. Relator: Dr. Heberto Jiménez Navas.

# **La Docencia-Servicio en América Latina**

## **Experiencia en República Dominicana**

Dr. Juan B. Martínez  
Facultad de Odontología  
Universidad Madre y Maestra  
Santiago de los Caballeros  
República Dominicana

## INTRODUCCION

---

La República Dominicana es una isla que junto con Cuba, Jamaica y Puerto Rico forman el cuarteto de Antillas Mayores, siendo ésta la segunda en tamaño después de Cuba.

Originalmente los ascendientes europeos del pueblo dominicano fueron poseedores de la totalidad del territorio de la isla, pero más tarde, por razones que tienen su origen en la decadencia política y económica del imperio español, para con sus colonias americanas, la parte occidental fue cayendo en manos de bandoleros y aventureros del mar -bucaneros y filibusteros- que lograron formar una colonia, adoptada y desarrollada por Francia, cuyos esclavos más tarde, y como consecuencia del clima político producido por la Revolución Francesa y la proclamación de los derechos del hombre, se rebelaron con propósitos independentistas y fundaron la República de Haití, monopolizando el antiguo nombre que los aborígenes le dieron a la isla.

Por tales circunstancias, a lo largo del tiempo y al término de una serie de mutaciones, luchas y vicisitudes, de un área de 73.150 kilómetros cuadrados que, según la afirmación de Cooke posee la isla de Santo Domingo, a la República Dominicana le han quedado 48.442,23 kilómetros cuadrados en los cuales vive una población que en 1954 se estimó en 2.346.714.

Desde entonces nuestro País se encuentra dividido en clases o estratos sociales que de una forma u otra determinan el nivel de salud-enfermedad de la población. Con el transcurso del tiempo estos estratos sociales que conforman nuestra sociedad han traído consigo una serie de factores que inciden la forma problemática de la vida actual.

El hacinamiento en las ciudades, el desmesurado crecimiento de la población, el desempleo, la falta de oportunidades, el enriquecimiento desmedido de algunos sectores sociales, traen como contraste el empobrecimiento de un amplio sector, los cuales son solamente algunos de los factores que inciden en forma directa en el proceso salud-enfermedad.

En esta media isla se encuentra la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, a la cual pertenece la Carrera de Estomatología, que define dentro de su política académica contribuir a los nuevos requerimientos científicos y tecnológicos que demandan las circunstancias actuales, formando los técnicos y profesionales que necesita el país, desarrollando en ellos una alta vocación de servicio y sentido humanista, cultivando los valores y analizando la

sociedad que nos ha tocado vivir con una visión crítica y transformadora; observando y analizando nuestra realidad social y económica y presentando alternativas de solución que apuntalen hacia el desarrollo integral, base fundamental para ir rompiendo con la dependencia científica y tecnológica a que históricamente nos han sometido los países desarrollados.

La República Dominicana, según el Censo del año 1981, tiene una población de 5.627.582 habitantes de los cuales 2.065.578 corresponden a las regiones Norte y Nordeste, que es el área de influencia de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra ubicada en Santiago de los 30 Caballeros que es la mayor de las provincias.

### Antecedentes

Con el propósito de diseñar y organizar el ciclo profesional de la Carrera, la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra nombró un comité integrado por el encargado del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Carrera de Medicina y cuatro odontólogos de la región. Este comité se instaló el 1 de octubre de 1976, habiendo contado desde entonces con la colaboración periódica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

En enero de 1977 se presentó a consideración de las Autoridades de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra un informe sobre la Carrera de Estomatología, el cual sirvió para elaborar un DOCUMENTO BASICO. Uno de los aspectos importantes del informe fue la incorporación del enfoque docente asistencial.

La decisión de las Autoridades de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra de crear la Carrera de Estomatología, se concretó con el inicio de la matrícula de estudiantes en el Ciclo de Estudios Generales a partir del período lectivo 1976-1977.

Desde 1978, en que se inician las labores académicas del Departamento de Estomatología, hemos pasado por un amplio proceso de críticas y autocríticas, lo que nos ha permitido reconocer nuestros errores y debilidades, fruto de las contradicciones que dan con formaciones atrasadas y con la configuración de clase del sector odontológico. Esas contradicciones las hemos aprovechado como fuente de transformación y superación continua, teniendo como norte la lógica del pensamiento, enmarcada en el universo llamado República Dominicana y sus necesidades.

En el proceso formativo partimos de las leyes generales o estructurales que rigen el desarrollo de la sociedad, poniendo este recurso en contacto directo con el perfil reproductivo y su

desencadenante perfil Salud-Enfermedad de los sectores marginales, urbanos y rurales, ligando las actividades de prestación de servicio con los procesos que condicionan la vida del hombre y las comunidades. Partiendo de esta conceptualización, realizamos dichas actividades investigando las características básicas, y fundamentales que definen las necesidades de salud bucal consideradas en su dimensión Socioepidemiológica, así como los recursos de que disponemos para atenderlos.

Concebimos la enseñanza estomatológica en continuo movimiento y en base a esa filosofía conceptual reforcamos las actividades curriculares; pero sin apartarnos de la mística formativa acorde con las necesidades imperantes.

## DESARROLLO HISTORICO DE LA ODONTOLOGIA EN LA REGION DEL CIBAO

Haciendo un análisis retrospectivo y prospectivo en forma descriptiva y anecdótica del desarrollo de la Odontología en la Región del Cibao, tenemos que ubicarnos en dos contextos históricos diferentes, antes y después de la creación de la Carrera de Estomatología, tratando de ser objetivos sin que los intereses particulares estén por encima de la realidad concreta.

Los recursos odontológicos formales en la Región del Cibao están por debajo de las necesidades de Salud Buco-Dental existente, distribuidos en las áreas de acceso de los consumidores potenciales de los servicios de salud, utilizando una tecnología costosa, individualizada, limitada a una política eminentemente curativa, escasamente desarrollan actividades preventivas a nivel individual. Esta situación era más notable en los servicios públicos, con una práctica orientada a la mutilación, con limitada curación y total ausencia de programas preventivos.

Por otro lado, aun prevalece una alta proporción de personal empírico ejerciendo la práctica ilegal de la profesión no sólo en los sectores marginales, sino en los sectores en los cuales la práctica formal es predominante.

A partir del año 1977, esta situación comienza a transformarse sobre todo en los servicios públicos, con el desarrollo de los programas de Salud Pública y Asistencia Social y la cooperación de los organismos internacionales, como la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y la Organización Mundial para la Salud (OMS), así como con la integración del modelo Servicio-Docencia al que históricamente está ligada la Carrera de Estomatología de la PUCMM, lo cual ha impactado profundamente dentro de las ciencias de la salud, de los recursos odontológicos y de las comunidades beneficiadas.



La Carrera de Estomatología ha jugado un papel histórico determinante, en la consolidación de los programas de Docencia-Servicios, aportando sus experiencias cognoscitivas y psicomotoras a la vez transformando un sistema tradicional y desajustado de nuestra propia realidad. Nuestros estudiantes son trabajadores de la salud, que ejecutan acciones específicas en pacientes portadores de necesidades, donde la práctica grupal, la promoción, la prevención, la curación y la sensibilidad social y humana están ligadas indisolublemente.

Se utiliza una tecnología simplificada, la que ha sido asimilada y apropiada por nuestros egresados. Se le ha dado mucho énfasis a los programas de Atención Primaria y a la participación de las comunidades en la ejecución de estos programas.

Estos son más que algunos de los indicadores que permiten medir el alcance que en los últimos años ha adquirido la Odontología en el área de influencia de la Carrera de Estomatología de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra y su vinculación con el modelo Servicio-Docencia.

Nuestro Departamento de Estomatología consciente de que la formación de recursos humanos no debe ser un proceso aislado, se relaciona con la estructura social y política dentro de la sociedad en que se desarrolla; por lo que en 1981 con el apoyo y colaboración de las instituciones del Plan Sierra y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), inician un programa de Verano destinado a llevar hasta el último rincón de nuestra cordillera del Cibao Central, la atención estomatológica, realizada por los diferentes recursos humanos de las instituciones; dentro de este contexto se incorpora una dinámica diferente al proceso formativo.

La nueva experiencia se realiza en los dos primeros años de la Carrera en el transcurso del período Verano, donde los estudiantes el servicio aprendizaje lo realizan en un área rural donde el individuo tiene el deber de integrarse progresivamente en la comunidad, que ha sido designado. La Atención Primaria es el eslabón de la relación Salud-Comunidad.

Los estudiantes se integran en su comunidad, conviviendo con la cotidianidad de la región designándose su ritmo de trabajo, el cual forma el contacto directo con los campesinos, los niños, los líderes, etc., de los cuales obtienen la información y la vivencia, relacionándose con otras instituciones de carácter educativo, religioso, recreativo, cultural, etc.

Este servicio se caracteriza como una experiencia de aprendizaje

vivencial, lo cual se aparta de los métodos tradicionales de la formación de los recursos humanos en las aulas. Dicha experiencia, no incluye la práctica de laboratorio, de estudios o textos y otras fuentes, sino que es el aprendizaje directo con nuestra realidad en la salud general.

En este sentido, el estudiante eleva su comportamiento y la forma de relacionarse y de hablar, estando libre de la relación dominante que padece en las aulas, sin encontrarse con el maestro y tener la necesidad de enfrentar y resolver los problemas de supervivencia durante el período correspondiente, haciendo que su personalidad individual surja ante sí mismo, valorándose como persona adoptando una actitud positiva frente a los problemas prioritarios del país con participación en la solución de los mismos.

## GUIA METODOLOGICA DEL PROCESO FORMATIVO

La guía metodológica del proceso formativo esta inscrita en tres lineamientos conceptuales y operacionales (docencia-servicio e investigación). En cuanto a la Docencia, sostenemos que el verdadero conocimiento se adquiere cuando el estudiante puede manipular el objeto de estudio para analizarlo por sí mismo, esto implica que el aprendizaje ha de ser siempre activo y partiendo de la realidad concreta de carácter creativo y no meramente repetitivo.

La estrategia para la enseñanza es el sistema modular, que no es más que un sistema integrado por un conjunto de objetivos de docencia, investigación y servicios, colocado en un orden que va de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular.

La investigación es base fundamental para la formación integral, despierta en los estudiantes, inquietudes no desarrolladas, ayudándolo a disciplinarse en su pensamiento, en sus acciones y en sus compromisos, haciendo de ellos, no simples receptores de datos desordenados, sino comunicadores por excelencia, convirtiéndolos en agentes de transformación.

Desde el inicio, los estudiantes de Estomatología realizan investigaciones fundamentalmente socio-epidemiológicas, dan a conocer los resultados, los cuales son utilizados para planificar el servicio. En su configuración, hacen uso del método científico utilizado en forma racional y avalados por los principios que rigen la lógica del pensamiento.

## PRINCIPIOS METODOLOGICOS

El curriculum de Estomatología incorpora como principios

metodológicos los siguientes

1) Aprendizaje en Servicio:  
-----

El aprendizaje profesional se efectúa en un proceso formativo en donde el elemento principal es el trabajo que el propio estudiante efectúa durante la atención de las necesidades de salud de la población.

2) Aprendizaje en Condiciones Reales:  
-----

Mediante la interacción temprana del estudiante con grupos humanos portadores de necesidades reales de salud bucal, evitándose la utilización de simuladores, creadores de situaciones y ambientes artificiales para el aprendizaje.

3) Subordinación del Aprendizaje Teórico al Aprendizaje Práctico:  
-----

Se concibe que el aspecto esencial del aprendizaje estriba en la interacción del individuo con el medio que lo rodea, por lo tanto, el aprendizaje odontológico adecuado se logra mediante un conjunto de actividades que deberán ser desarrolladas por cada estudiante con la finalidad de que adquiera sus propias vivencias y habilidades en el campo de la salud bucal. El conocimiento teórico es sólo un elemento de apoyo que necesariamente deberá confrontarse con las experiencias del propio estudiante.

La síntesis que surja de la fusión de la experiencia personal con el apoyo cognoscitivo constituirá el aprendizaje deseado.

4) Aprendizaje Siguiendo un Orden de Complejidad Creciente:  
-----

El aprendizaje tiene que tener una secuencia lógica que permita escalar el aprendizaje de menor a mayor complejidad.

## PLAN DE ESTUDIOS Y DESARROLLO CURRICULAR

El plan de estudios del Departamento de Estomatología está dividido en diez semestres académicos.

PRIMER AÑO: Ciclo Básico. Proporciona al estudiante una amplia visión del universo cultural contemporáneo mediante conferencias, demostraciones, discusiones, etc., correspondientes a varias disciplinas científicas y humanísticas.

SEGUNDO AÑO: Atención Primaria. Constituye el Primer Nivel de la Carrera en donde los estudiantes se ponen en contacto con los procesos fundamentales de las Ciencias de la Salud en general y la Estomatología en lo particular, resaltando las relaciones existentes entre el proceso de Salud Bucal y la estructura social. Se

proporcionan experiencias de aprendizaje que permiten al estudiante realizar el examen bucal a individuos y grupos humanos, expresando los resultados de los Procesos Bucales Prevalentes en forma de índices epidemiológicos, aplicando técnicas promocionales y preventivas en diversos grupos poblacionales.

TERCER AÑO: Atención Básica. Compenetra al estudiante con la estructura y funcionamiento de los aparatos y sistemas del ser humano y establecen su correlación con los síndromes que revisten mayor importancia en la práctica estomatológica, capacitando a programar la atención por nivel, capacitando en los procedimientos clínicos correspondientes al Nivel Básico en grupos poblacionales asignados con énfasis en la atención infantil.

CUARTO AÑO: Atención Integral. Se profundiza en el estudio de los síndromes más frecuentes de la práctica estomatológica y de las entidades patológicas específicas (infecciones, procesos inflamatorios, neoplasias, etc.). Se capacita al estudiante en la ejecución de los procedimientos clínicos de mayor complejidad correspondiente al Nivel de Atención Integral. Se profundiza en la problemática y la práctica estomatológica, incluyendo los apoyos cognoscitivos, básicos, clínicos, administrativos y sociales.

#### CREACION DE LAS AREAS DE SERVICIOS

Con el objetivo de reorganizar y consolidar los conocimientos básicos, clínicos y de investigación, se formaron tres áreas de docencia, las cuales son:

1. Área de Investigación
2. Área Bio-patológica
3. Área Clínica

#### CONCLUSION

La formación de los recursos odontológicos en la República Dominicana, tiene que estar sujeta a las necesidades imperantes de Salud Buco-Dental. Estos recursos deben formarse en contacto directo con los sectores estructuralmente marginados en una sociedad de clases como la nuestra. Estos sectores no deben ser tomados como simple portadores de necesidades biopatológicas para la adquisición de habilidades psicomotoras. En sus acciones tienen que partir de investigaciones y análisis concretos de la realidad, utilizando los resultados para la aplicación de las necesidades de salud. Estos factores al interactuar despiertan en los estudiantes sensibilidad social y alto concepto humano, cuestionan la sociedad en la cual se están formando, desarrollando inquietudes, convirtiéndose en agentes activos y no en simple receptores de conocimientos.

Desde las universidades debemos fomentar la práctica grupal con

mira a aumentar la cobertura, desmonopolizando el conocimiento con la participación de personal auxiliar, y las propias comunidades.

Desde el punto de vista social y económico, nuestro país atraviesa por una insoportable crisis, esto ha dado como resultado el encarecimiento total de los bienes y valores de consumo dentro de los cuales están los cuidados y atención de salud bucal. Los materiales, instrumentales y equipos han aumentado de manera desproporcionada, imposibilitando el acceso de los sectores desocupados, de bajos ingresos, incluyendo un amplio sector de la clase media en vía de desaparición.

Partiendo de esta realidad urge plantear alternativas ajustadas a nuestras necesidades como es lograr la liberación científica y tecnológica a que nos han sometido los países desarrollados. Debemos convertir los estudiantes en trabajadores de salud desarrollando programas aplicables, y que puedan llegar a las grandes mayorías de la población.

El Departamento de Estomatología ha asimilado y aceptado los planteamientos de ALMA-ATA, así como las resoluciones a que llegaron los representantes de la salud bucal del área en Costa Rica, reconociendo que los cuidados y servicios de la Atención Primaria deben recibir el apoyo suficiente, contando en su ejecución con la participación de sus problemas.

Nuestro Departamento considera que las instituciones deben abocarse a la formación de profesionales con conocimientos integrales evitando las especialidades, factor limitante para la solución de problemas, los cuales tenemos que afrontar a cada instante, por estar influenciado por una sociedad puramente capitalista, que nos bombardea el buen vivir de los países desarrollados a través de los rápidos medios de comunicación, los cuales nos hace estar en constante vigilancia, no sólo por la influencia exterior, sino de nuestros propios docentes y egresados que no llegan a comprender nuestra filosofía y se dejan atrapar por las propias contradicciones de clase exterior.

Por eso, con la incursión de nuestros propios egresados que han vivido con objetividad los problemas de nuestra sociedad y que han venido a sustituir aquéllas que el propio desarrollo de la Carrera ha desplazado, afianzaremos nuestro sistema de enseñanza modular.

Por lo tanto, creemos firmemente que el cambio y el comportamiento de los profesionales que estamos formando depende en lo general de las leyes que rigen el desarrollo de nuestra sociedad, y en última instancia del enfoque que se le da durante su proceso formativo.

En la década que tiene la Carrera de Estomatología se han contemplado experiencias que podríamos llamar Olímpicas, porque cada cuatro años con los cambios de gobierno, tenemos que hacer un nuevo maridaje para hacerle entender a los nuevos gobernantes la importancia del sistema; porque no son capaces de revisar los acuerdos interinstitucionales. Pero gracias a nuestros egresados, que conociendo las normas de los servicios, están manejando muchas oficinas del Estado, los cuales nos hacen llevar hasta ahora una tranquilidad de trabajo para esperar con paciencia la próxima Olimpiada.

Lo único que podemos lamentar, es que sea la decisión firme de algunos egresados y la voluntad de algunos profesores lo que haga mantener un sistema de enseñanza, y no la firme decisión de un Estado apegado a los principios que le dieron su origen, pero estamos en la plena convicción y el tiempo nos ha dado la razón.

Es que el Sistema de Enseñanza Modular, es la única solución factible capaz de resolver los grandes problemas de salud, que afectan a nuestros países en vías de desarrollo.

# **ARTICULACION DOCENTE-ASISTENCIAL**

## **Conceptualización y Modelos para la Formación de Recursos Humanos para la Salud Bucal**

Prof. Noemí Ema Bordoni  
Cátedra Preventiva y Comunitaria  
Facultad de Odontología  
Universidad de Buenos Aires

## 1.- Antecedentes

### 1.1.- Líneas del pensamiento social aplicada a las Ciencias de la Salud

El análisis de las líneas del pensamiento social en el campo de la salud surge al investigar la relación existente entre la ciencia y la estructura social.

La ciencia, y dentro de ella, las de la salud no son autónomas de la sociedad sino que se articulan con ella o con parte de ella. Una mayor o menor autonomía le es atribuida según la corriente filosófica que conduce el análisis.

Las corrientes neokantistas, (1-2-3) neopositivistas, (5) materialistas (4) y fenomenológicas (6), han planteado abordajes diferentes para la interpretación de la salud, y por ende, para el desarrollo de los recursos humanos para la salud.

En los últimos años, y como consecuencia de la corriente fenomenológica, se han promovido formas de práctica del cuidado salud con el nombre de medicina holística en el que subyace el aspecto moral (7-8), y se fortalece la importancia de los aspectos culturales; de la esfera privada (familia, grupos religiosos, asociaciones) en tanto tienen la condición de ordenar el sistema de significados del individuo (7-8).

En el terreno de la práctica surgen, en concordancia con estos replanteos, programas alternativos de autocuidado de salud, atención primaria, utilización de personal extrasectorial para tareas de salud, tecnología apropiada, participación comunitaria en la atención de salud, revitalización de la medicina tradicional e investigación-acción.

### 1.2.- Etapas de la Educación en Ciencias de la Salud

Es indudable que los actuales enfoques del proceso salud-enfermedad, son, en gran parte, producto del desarrollo teórico de las ciencias sociales en el continente. Aun cuando los enfoques educativos renovadores no se han dirigido a incidir simultáneamente en lo biológico y lo social, puede identificarse un proceso transformador referido especialmente a la educación odontológica.



a) Decenio de 1950

Los cambios ocurridos en las escuelas de Medicina conforman la denominada "era flexneriana".

Las estructuras curriculares se desarrollan en ese decenio alrededor de 2 ejes fundamentales: el ciclo básico de ciencias biomédicas y el ciclo clínico. El paradigma que las institucionalizó, el informe Flexner, incorporó el concepto de cuerpo humano constituido por partes no relacionadas, pero que unidas constituyen un todo. El modelo niega el origen social de la enfermedad (7). En esta etapa se jerarquizan aspectos relacionados con la relación profesor alumno, horas de enseñanza, relación teoría-práctica y trabajos científicos publicados por las cátedras; y se fortalece la formación de docentes investigadores básica, los centros de investigación y el intercambio cultural y científico entre países.

La salud pública y la medicina preventiva se incorporan como componente independiente a los planes de estudio. La enseñanza de la medicina preventiva tiene como preocupación fundamental entender al hombre como unidad biológica integrada en una familia y ésta en una sociedad. (10)

Surgen las experiencias extramurales orientadas hacia la antropología social, la ecología y las ciencias de la conducta. (11)

b) Decenio de 1960

En esta etapa comienza el tratamiento de temas relacionados salud y educación y también salud de las comunidades. En 1952 surge un modelo de educación médica que aborda los componentes biomédicos y clínicos coordinados alrededor del estudio de los sistemas orgánicos estructurados en tres fases: la 1ra, dedicada a estructura, función, crecimiento y desarrollo normales, la 2da, a las alteraciones de lo normal y la 3ra, aplicando los conocimientos a la clínica. En América Latina se siguió este modelo sin que existiera abordaje de la sociedad como objeto de estudio.

Se difunden las ciencias de la conducta y ello influye en la enseñanza de las ciencias sociales y de la medicina. Este período es decisivo para el estudio, enfoque crítico y orientación de las ciencias sociales en el continente. Se realizan reuniones fundamentales (12) cuyas conclusiones reconocieron que la Medicina Preventiva y las Ciencias Sociales desempeñaban un papel importante en la transformación de la teoría de la Medicina.

En esta década la enseñanza de las disciplinas básicas se realiza fragmentadamente. El nombre de ciencias básicas lleva el error de suponer la existencia de un cuerpo teórico común a todas ellas. Por el contrario cada disciplina ha elaborado un marco teórico diferenciado porque aunque tienen el mismo objeto de estudio, se distinguen por el nivel de realidad que tratan de explicar.

### c) Decenio de 1970

-----

Representa la consolidación de la Medicina Social, cuyo objeto se define como "el campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud como preocupación principal y propone estudiar la sociedad, analizar las formas de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica". (13) En la 2da Reunión sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social se enfatiza:

- 1) La importancia de la Epidemiología, las ciencias Sociales y la Planificación, como áreas esenciales de estudio.
- 2) Que la Educación Médica juega un papel fundamental en la reproducción de la organización de los servicios de salud y en la preservación de prácticas específicas en las que se cristaliza.
- 3) Que la estructura de la atención médica juega un papel hegemónico a través del mercado de trabajo y de las condiciones que rodean a la práctica médica.

Los criterios de relación interdisciplinaria, la integración docencia servicio, la aplicación de las ciencias sociales al proceso de salud-enfermedad, la búsqueda de procesos de interacción entre las ciencias biológicas y sociales, la alta prioridad concedida a las actividades de atención primaria y los programas de extensión de cobertura ocuparon un lugar especial entre las innovaciones educativas que se concretaron en proyectos.

### 1.3.- Antecedentes en Educación Odontológica:

-----

Con la celebración de los Seminarios Latinoamericanos sobre la Enseñanza de la Odontología en la década de 1960 se comenzó a cuestionar formalmente la manera cómo se enseñaba la odontología. La pregunta sobre si habría un mejor modo de practicarla surgió como consecuencia de los análisis críticos efectuados al proceso educativo. Durante las últimas décadas se han producido modificaciones importantes tanto en cantidad como en profundidad y trascendencia. (14-15-16-17-18-19)

La mayoría de las innovaciones en la formación del personal odontológico en los diferentes programas universitarios ha respondido principalmente a los siguientes planteamientos:

- Integración de la investigación, del servicio y la docencia.
- Articulación de los niveles de atención primaria y de atención integral y su operativización a través de sistemas locales. (23)
- Subordinación de la teoría a la práctica.
- Ubicación de la enseñanza en situaciones reales.
- Formación de diversos tipos de personal de salud. (20)
- Modificación de espacios físicos y equipos tradicionales.
- Atención integrada a nivel disciplinario (básico-clínica; clínico-clínica y clínico-epidemiológica) e interdisciplinario.
- Enfoque de riesgo en función de criterios de riesgo homogéneo (social, de estilo de vida, referidos al sistema de atención de salud, biológicos) y de riesgo específico (de salud general y bucal a nivel macro y micro). (21)

## **2.- Articulación docente-asistencial**

### **2.1.- Marco conceptual** -----

La A.D.A. se inscribe dentro de los siguientes criterios:

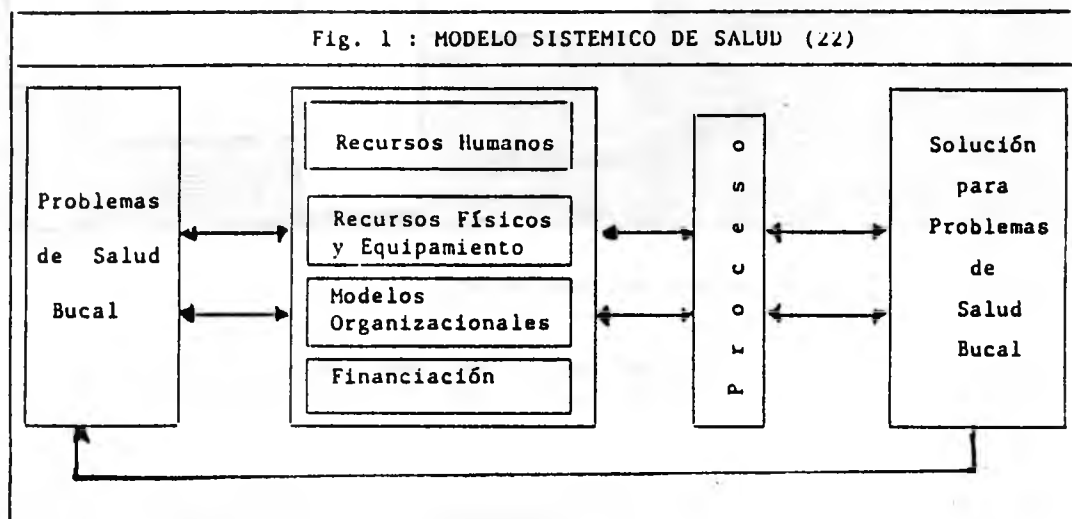
- a) Conceptualización social de salud.
  - b) Enfoque sistémico de la Salud.
  - c) Identificación de los ejes hegemónicos en la formación y utilización de recursos humanos.
  - d) Identificación del perfil del recurso humano sectorial coherente a las necesidades de salud.
  - e) Identificación y aplicación de estrategias innovadoras y capacidad para gerenciar innovaciones en las instituciones comprometidas.
- a) Conceptualización social de la salud  
-----

La conceptualización social de la salud exige que sea definida en términos de hábitos y actitudes cotidianas y referidas a individuos o grupos identificados. Requiere de la existencia de:

- métodos para medir el estado actual de salud;
- nivel práctico de comprensión causal de los problemas de salud;
- métodos para la prevención o el tratamiento de los problemas de salud;
- métodos para la toma de decisiones y políticas para el buen uso de la información disponible. (6)

b) Enfoque sistémico de salud

La salud debe conceptualizarse como un sistema graficado en la Figura 1.



c) Identificación de los ejes hegemónicos en la formación y utilización de recursos humanos.

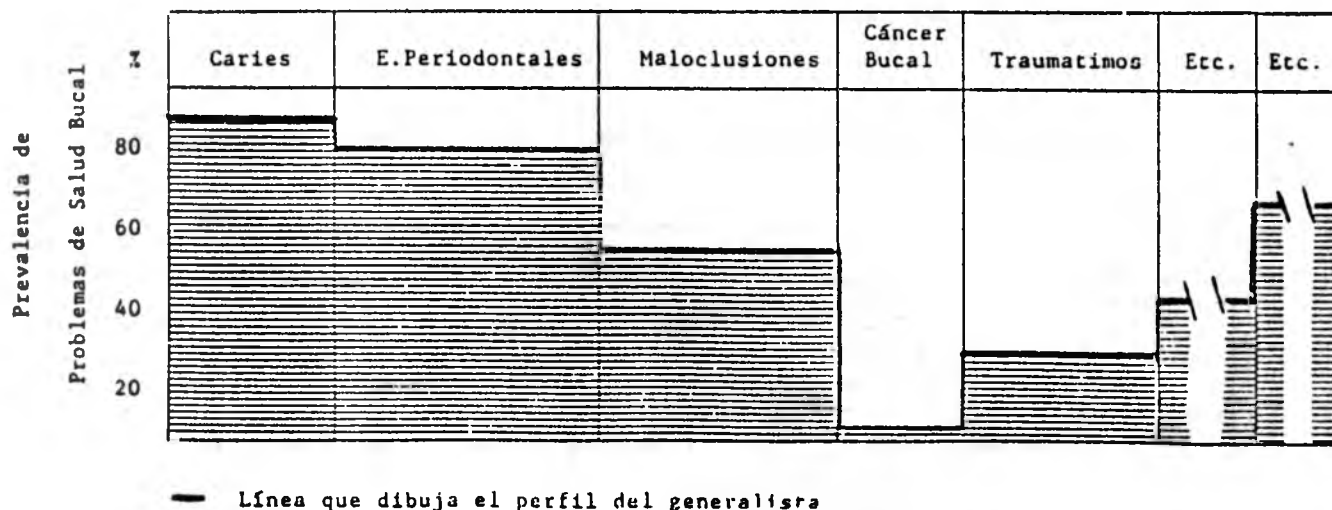
La práctica profesional es considerada hegemónica para los recursos humanos, es decir que estos son modulados por el modelo de práctica al cual se asimilan. Por lo tanto es necesario establecer objetivos de transformación tanto en el subsistema de formación de recursos humanos como en el modelo de práctica profesional.

d) Identificación del perfil del recurso humano sectorial coherente con las necesidades de salud.

Se define como paradigma los R.H. sectoriales al "generalista", interpretado como el recurso capaz de resolver los problemas prevalentes de salud bucal de la población.

El curriculum debe incluir una distribución de contenidos coherentes con la prevalencia de los problemas para cuya resolución capacita. (Figura 2)

Fig. 2 : PARADIGMA DE PERFIL PROFESIONAL



e) Identificación y aplicación de estrategias innovadoras

En la formación de recursos humanos han sido descritas estrategias innovadoras (ver ítem 2) las que deberán programarse, aplicarse y evaluarse a fin de ponerlas disponibles para que la toma de decisiones políticas las transformen en programas regulares.

Este hecho exige que, tanto en la institución educativa como en la de servicios, se desarrollen recursos humanos con capacidad para gerenciar innovaciones, en lugar de rutina, y alcanzar así niveles de eficacia y eficiencia.

2.2.- Caracterización de la A.D.A.

La A.D.A. es un proceso de relación creciente entre la institución educativa, la institución de servicios y la comunidad que surge para mejorar los niveles de salud bucal a través de la formación de recursos humanos para la salud bucal, la ampliación de cobertura por parte de los servicios, el mejoramiento de la calidad de los mismos y

una mejor asistencia. (24)

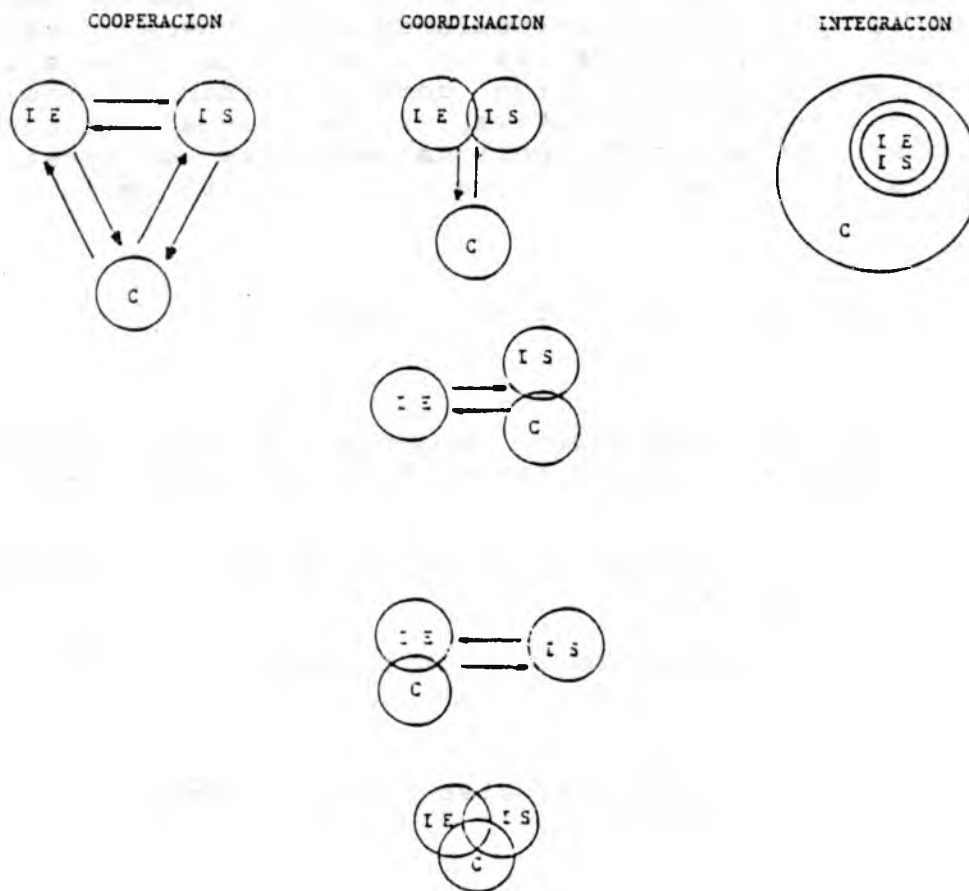
En tanto constituye un proceso progresivo pueden reconocerse 3 grados sucesivos de articulación institucional. (25) (Figura 3)

- cooperación
- coordinación;
- integración.

Por su parte los niveles de participación de la comunidad permiten identificar:

- disponibilidad de información;
- oportunidad de consulta de usuarios;
- capacidad para toma de decisiones conjuntas.

Fig. 3 Niveles de articulación interinstitucional de la ADA



IE: Institución Educativa - IS: Institución de Servicios - C: Comunidad.

Un encuadre moderno de la A.D.A. requiere la existencia de las siguientes características.

- a) - Acción continua.
- b) - Actividades sistemáticas no circunstanciales.
- c) - Existencia de objetivos comunes y específicos para cada institución.
- d) - Existencia de recursos financieros previamente convenidos y no circunstanciales.
- e) - Ubicación en áreas seleccionadas de común acuerdo entre ambas instituciones y la comunidad.
- f) - Existencia de un marco formal simétrico entre la institución educativa y la de servicios.

a) Acción continua  
-----

La acción continua exige la formulación, por parte de ambas instituciones, de la decisión de articularse para buscar respuestas correctas a los problemas de salud bucal. La formalización institucional requiere su incorporación como actividad curricular por parte de la institución educativa, y la firma de convenios interinstitucionales. Esta acción continua garantiza su persistencia en el tiempo de tal forma que constituye un referente válido para la población demandante.

b) Actividades sistemáticas y no circunstanciales  
-----

Las actividades incorporadas deben responder a una programación global y no a campañas circunstanciales. Esto requiere la existencia de estructuras de apoyo:

- - para la Universidad: pedagogos; comunicadores sociales; expertos en ciencias de la conducta;
- - para la Institución de Servicios: administradores; expertos en desarrollo social.

c) Existencia de objetivos institucionales comunes y específicos  
-----

Ambas instituciones deben buscar como objetivo primario mejorar la calidad de vida de la gente y ubicarse en un carácter instrumental para alcanzar ese fin.

A la vez, utilizando la estrategia de A.D.A. la Universidad puede alcanzar otros objetivos: realizar su trabajo en ámbitos reales, entrenar recursos humanos, investigar. La Institución de Servicio por su parte puede reciclar sus propios recursos, investigar e innovar con el aporte de la institución educativa.

d) Existencia de recursos financieros previamente convenidos  
-----

Este requisito aleja a la A.D.A. del voluntariado (aun cuando puede incorporarlo como estructura de apoyo) y exige:

- la identificación de fuentes de financiamiento específicas, internas o externas a las instituciones intervinientes;
- la previsión de la institucionalización de los programas de A.D.A. es decir su incorporación a la financiación con fondos regulares de las instituciones involucradas;
- la previsión de un sistema o mecanismo que permita la obtención de fondos genuinos del programa de A.D.A.

e) Existencia de un marco formal simétrico entre la institución  
-----  
educativa y la de Servicios  
-----

Para ello: la institución educativa debe considerarla una actividad curricular de grado o posgrado; debe reconocer al docente de la institución de servicio y ofrecerle entrenamiento y calibración; y debe reconocer como horas docentes, el tiempo que los docentes emplean en la institución de servicios en cumplimiento de la A.D.A.

Por su parte la institución de servicios debe reconocer a los alumnos y docentes como recursos propios e incluir los resultados de sus tareas en la cobertura de salud que ofrece en su red de servicios; reconocer como tarea de servicio el tiempo utilizado por el profesional de servicio en su capacitación aun cuando ésta se realice en la institución educativa, así como sus funciones como instructores en la A.D.A.

Según el nivel de responsabilidad institucional que asuma cada institución en este proceso de articulación pueden identificarse 3 modelos:

Modelo I: En el cual la Institución de Servicios cumple las funciones administrativo-asistenciales y la Institución Educativa, las docente-



asistenciales.

De acuerdo al nivel de articulación logrado puede estar frente a un caso de cooperación interinstitucional (por ejemplo: cesión de sedes; apoyo logístico) o de coordinación (por ejemplo: donde la institución de servicios cumple funciones administrativo-asistenciales y la educativa, funciones docente-asistenciales; o bien donde coexisten ambas instituciones con organigramas y funciones administrativas diferenciadas y con funciones docente-asistenciales en común).

Modelo II: En el cual la Institución de Servicios cumple funciones administrativo-docente-asistenciales reconocidas por la Institución educativa.

Modelo III: En el cual la Institución educativa cumple funciones administrativo-docente-asistenciales y está incluida en la red de Servicios.

f) Ubicación en áreas seleccionadas de común acuerdo entre ambas  
-----  
instituciones  
-----

Las sedes de A.D.A. pueden ubicarse en áreas formales, tales como hospitales, centros de salud; áreas no formales, como por ejemplo: áreas modelo de demostración; escuelas; comisiones vecinales; iglesias; fábricas.

### 3.- Programación de Modelos de atención de salud bucal utilizando la Articulación Docente Asistencial

El desarrollo de modelos de A.D.A., cualquiera sea el grado de articulación alcanzado y los niveles de responsabilidad asumidos por las instituciones, requiere: la identificación de los problemas de la población a resolver y la propuesta de la programación funcional y de los recursos a emplear.

En la Figura 4, se anuncian los pasos de las fases que se suceden en diferentes tipos de programas desarrollados a partir de un modelo de diseño de investigación (programa de salud a nivel individual), programa educativo y programa de salud a nivel poblacional).

### 4.- Modelo de Articulación Docente Asistencial en la FOUBA.

#### 4.1.- Inserción institucional

---

Como parte de las actividades curriculares de grado previsto en el Plan de estudios: 1979-1984 (cursos de UFADA II, IV y V), en el Plan de estudios desarrollado a partir de 1985 (cursos de Educación para la salud; Articulación Docente Asistencial I, II y III) y de actividades de posgrado (Programa escolar), la orientación Odontología Preventiva y Comunitaria de la FOUBA ha desarrollado varios Modelos de Articulación Docente Asistencial en el área de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, del conurbano bonaerense y en diversas provincias argentinas, insertos como programas propios de la orientación u operacionalizados por Instituciones Educativas y/o de Servicios asociados.

Además la orientación "Odontología Preventiva y Comunitaria" de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, con participación de recursos humanos docentes pertenecientes a las orientaciones de "Odontología Integral Niños"; "Farmacología"; "Microbiología e Inmunología"; "Clínica de Operatoria Dental"; "Periodoncia"; "Materiales Dentales"; "Prótesis Clínica" (1er Curso); "Cirugía y Traumatología Bucomaxilo Facial" (1er Curso); "Endodoncia"; "Patología y Clínica Bucodental" (2do Curso), así como de recursos administrativos de la institución; con el apoyo financiero y logístico de la Fundación W. K. Kellogg, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y de la Organización de Estados Americanos, y en colaboración con:

La Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a través de la Secretaría de Salud Pública; el Ministerio de Salud y Acción Social a través de la Dirección Nacional de Odontología; y la Subsecretaría del Menor y la Familia; la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires a través del Centro de Investigaciones de Recursos Físicos de Salud; la Universidad Nacional del Nordeste, a través de la Facultad de Odontología; las Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Chaco, Formosa y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego a través de sus Direcciones Provinciales; los Municipios de Vicente López; San Fernando; San Isidro; La Matanza (Pvicia. de Buenos Aires); Círculos Odontológicos: del Norte (Pvicia. de Buenos Aires); Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Misiones, Chaco, Formosa, Entre Ríos y Corrientes; la Armada Argentina y el Mercado Central de Buenos Aires, ha desarrollado entre 1985 y 1988 el "Programa de Articulación Docencia-Asistencia-Investigación" (PADAI).

El PADAI tiene como propósito mejorar la salud de la población que cubre a través de:

- a) la programación, ejecución y evaluación de modelos innovados para la atención de salud bucal (A.D.A.; Enfoque de riesgo; reformulación de espacio físico y equipamiento; Atención Odontológica

integrada con fuerte componente preventivo).

b) el fortalecimiento de recursos humanos involucrados.

## 4.2.- Descripción

### 4.2.1.- A nivel macro

-----

Los modelos desarrollados y evaluados pueden definir su perfil por la intersección de dos ejes:

a) la población-meta y b) el modelo organizacional desarrollado. En la Figura 5 se consignan los modelos desarrollados por la orientación Odontología Preventiva y Comunitaria y el PADAI, entre 1980 y 1988, no habiéndose incluido los programas que incluyen como única estrategia de intervención la Educación para la Salud.

Las Figuras 6, 7, 8, 9 y 10 incluyen Programación funcional a nivel macro que se aplica en los modelos descritos en la Figura 5.

### 4.2.2.- A nivel micro

-----

b) La programación funcional a nivel micro, a aplicar en los modelos descritos incluye la metodología, en términos de actividades, tareas y pasos técnicos, así como el ordenamiento pertinente a fin de lograr los objetivos fijados. (Figura 11) (27)

En la Figura 12 se describen la programación funcional a desarrollar en un Modelo Materno Infante Juvenil en término de actividades y tareas. (27) (Ver cuadros a continuación de referencias)

## RESUMEN

El objeto del presente trabajo es desarrollar el marco conceptual y las características de la A.D.A. como estrategia para el mejoramiento de la salud de las poblaciones.

Los antecedentes de la A.D.A. pueden rastrearse en las diferentes líneas del pensamiento social aplicadas a ciencias de la salud así

como en las recientes innovaciones educativas desarrolladas en este campo.

El marco conceptual se inscribe en el planteo social de salud, en su enfoque sistémico, en el reconocimiento de la práctica profesional como eje hegemónico de los recursos humanos, en la identificación del generalista como paradigma de los R.H. para Salud bucal y la utilización de estrategias innovadoras para la resolución de problemas de salud bucal.

La caracterización de la A.D.A. la identifica como un proceso de relación progresiva entre la institución educativa, la de servicios y la comunidad, (cooperación, coordinación e integración) que debe desarrollarse:

con acciones continuas;  
con actividades sistemáticas;  
con objetivos institucionales comunes y específicos;  
con recursos financieros previamente convenidos;  
en áreas seleccionadas de común acuerdo;  
en un marco formal simétrico.

Los modelos de atención de salud bucal que incluyen esta estrategia se programan a través de una fase diagnóstica, una de programación propiamente dicha y una operativa.

Los modelos de A.D.A. pueden describirse a nivel macro por la interacción de 2 ejes:

- a) población-meta (MIJ; escolar; adolescente; familia; etc.) y
- b) modelo organizacional empleado (atención espontánea y resolución de urgencias; demanda espontánea y atención programada y demanda y atención programada).

A nivel micro la programación funcional de los sistemas que utilizan la estrategia de la A.D.A. incluye una descripción de actividades, tareas y pasos técnicos necesarios para alcanzar los objetivos fijados.

## REFERENCIAS

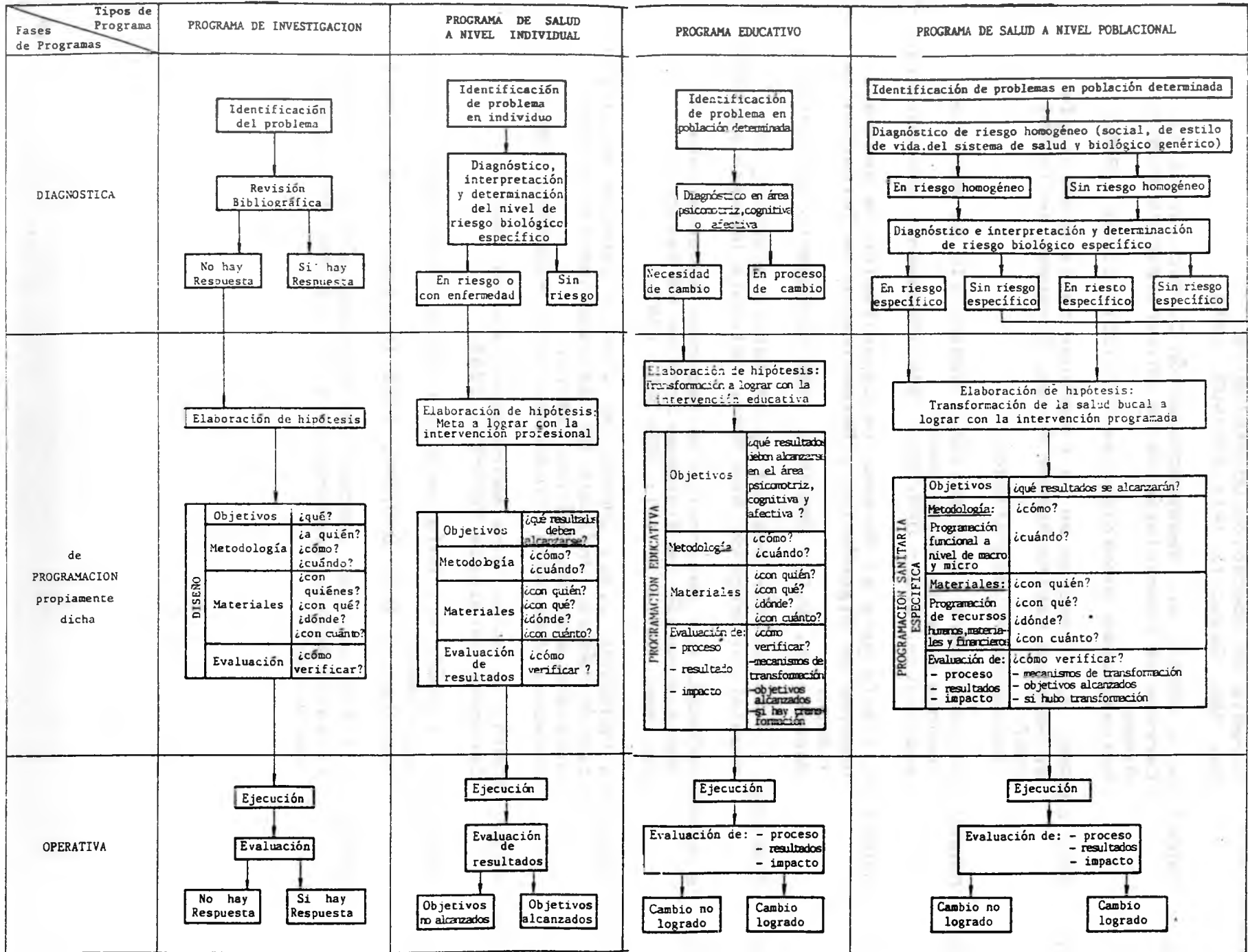
---

- 1.- PORTANTIERO, J.C.: Estudiantes y Política en América Latina, México, D.C., Siglo XXI, 1978.
- 2.- KANT, E.: Crítica de la Razón Pura.

Buenos Aires, Ed. Sopena, 1940.

- 3.- LAIN ENTRALGO, P.: Historia Universal de la Medicina. Barcelona, Salvat Ed., 1975.
- 4.- GARCIA, Y.C.: Medicina y Sociedad. Las corrientes del pensamiento en el campo de la Salud. Ed. Med. Salud. 17: 363-397; 1983.
- 5.- PARSONS, T.: The Social System. Glencoe, Illinois, The Free Press, 1964.
- 6.- HARPER, A.C.: The Health of Population. An Introduction. New York. Springer Publishing Co., 1986.
- 7.- LA PATRA, Y.: Healing, New York, Mc. Graw-Hill, 1978.
- 8.- PHALLES, D.: The Holistic Health Handbook Berkeley, California. And/or Press, 1978.
- 9.- FLEXNER, A.: A medical education on the United States and Canada. New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- 10.- RODRIGUEZ, M.I. Y VILLARREAL, R.: La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de Salud en América Latina. Ed. Med. Salud. 20: 424-441, 1986.
- 11.- ARDUCA S.O.: Dilema Preventivista: Contribución para comprensión e crítica de Medicina Preventiva. Campinas UNICAMP, Facultad de Ciencias Médicas, 1975 (Tesis de Doctorado).
- 12.- GARCIA J.C.: Presentación. En "Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas". Nuñez E. Ed. OPS. CIESU, 1986.
- 13.- O.P.S.: Segunda reunión del Comité de Programas de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Washington D.C., 1976. (Pub. Científica 324).
- 14.- ARANGO, J. y EISENMAN, R.: La enseñanza odontológica orientada a las diversas condiciones socioeconómicas de Panamá.
- 15.- CABARRUS, P.: Programas de ejercicio profesional supervisado y promotores sociales en salud oral en Guatemala. Educ. Med. Salud 12 (4): 361-391, 1978.
- 16.- GOMEZ, O.; JIMENEZ, A. y MEJIA, R.: El aporte de la Universidad de Antioquia a la Odontología Latinoamericana. Ed. Med. Salud 12 (4): 349-360, 1978.

- 17.- ZARATE, G. y col.: La experiencia de la Universidad Cayetano Heredia en Educación Odontológica.  
Ed. Med. Salud 12 (4): 391-409, 1978.
- 18.- BORDONI, N. y GOMEZ, A.: Reestructuración Curricular de la Carrera de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.  
Actualidades Odontológicas VII (23): 13-20, 1985.
- 19.- LOPEZ CAMARA, V.: Cambios en la enseñanza de la Odontología en América Latina Buenos Aires, Congreso de la FDI, 1987.  
(Documento Mimeografiado).
- 20.- BORDONI, N.: Guía para la selección y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud Bucal.  
Washington, D.C.; OPS/OMS, 1988 (Documento preliminar).
- 21.- BORDONI, N.: Guía para el Proceso de Capacitación de Recursos Humanos en Diagnóstico y Determinación de Criterios de Riesgo.  
Washington, D.C.; OPS/OMS, 1988 (Documento preliminar).
- 22.- REYNOLDS, J.: Manual for evaluation of family planning and population program. New York, Columbia University, 1970.
- 23.- de MORAES NOVAES, H.: Desarrollo de Recursos Humanos para la Administración de Sistemas Locales de Salud.  
Ed. Med. Salud 21 (4): 355-366, 1987.
- 24.- KISIL, M.; FERREYRA, J.R.; CHAVEZ, M. y col.: Cambios en la Educación Médica. Análisis de las experiencias docente asistenciales en América Latina.  
Caracas, Venezuela. Fondo Editorial FEPAFEM, 1984.
- 25.- CHAVES, MARIO: La salud. Una estrategia para el cambio.  
Caracas, Venezuela FEPAFEM, 1983.
- 26.- BORDONI, N. y DONO, R.: Guía para la Evaluación de Servicios de Salud Bucal.  
Washington, D.C. OPS/OMS, 1988 (Documento preliminar).
- 27.- BORDONI, N.: Guía para el proceso de programación del Componente Salud Bucal. Washington, D.C. OPS/OMS (Documento preliminar).



Debería ser utilizado como componente de una programación interdisciplinaria

Fig. 5: Modelos de ADA desarrollados por Odontología Preventiva y Comunitaria de la FOUBA y el PADAI (FOUBA/Fundación W.K. Kellogg/OPS-OMS)

MODELO ORGANIZACIONAL (#)

	Demanda espontánea Atención de urgencias	Demanda espontánea Atención programada	Demanda programada Atención programada
Población meta	No se desarrollaron modelos	Maternidad Sarda	Htal. Materno Infantil San Isidro/Barrío La Cava. (Programa Niño Sano)(1989)
		Htal. Materno Infantil San Isidro	
		Htal. Nacional de Odontología Infantil	Programa Escolar I (5 escuelas)(**) Programa Escolar II (2 escuelas)(**) Programa Escolar III (10 escuelas) Programa Escolar IV (3 escuelas) Programa Escolar V - Sede Villa Soldati (**) - Sede La Matanza (2 escuelas) - Sede R.Peña (10 escuelas)(***) - Sede French y Berutti(10 escuelas)
			Programas Rurales: - Sede Caragatay, Misiones - Sede Almogasta, La Rioja - Sede Quines, San Luis
			Htal. Penna (10 escuelas)(1989) Centro Comunitario N° 13 (10 escuelas) (1989)
Materno Infantil			
Escolar			
Adolescente		Htal. Nacional de Odontología	Hogar Garrigós (**)
Familiar			Barrio Mitre Villa Las Flores Municipalidad de Vicente López Unidad Sanitaria Gálvez (1989) Municipalidad de San Fernando
Adulto		Htal. Penna Htal. Cordero Municipalidad de San Fernando	Htal. Municipal de Oncología (1986 - 1988)

(#) Las fechas aclaradas corresponden a los modelos a iniciarse en 1989; los (\*\*) a sedes terminadas y en fase de mantenimiento y los (\*\*\*) a sedes transitorias.



Figura 6:

MODELO DE DEMANDA ESPONTANEA Y RESOLUCION DE LA DEMANDA

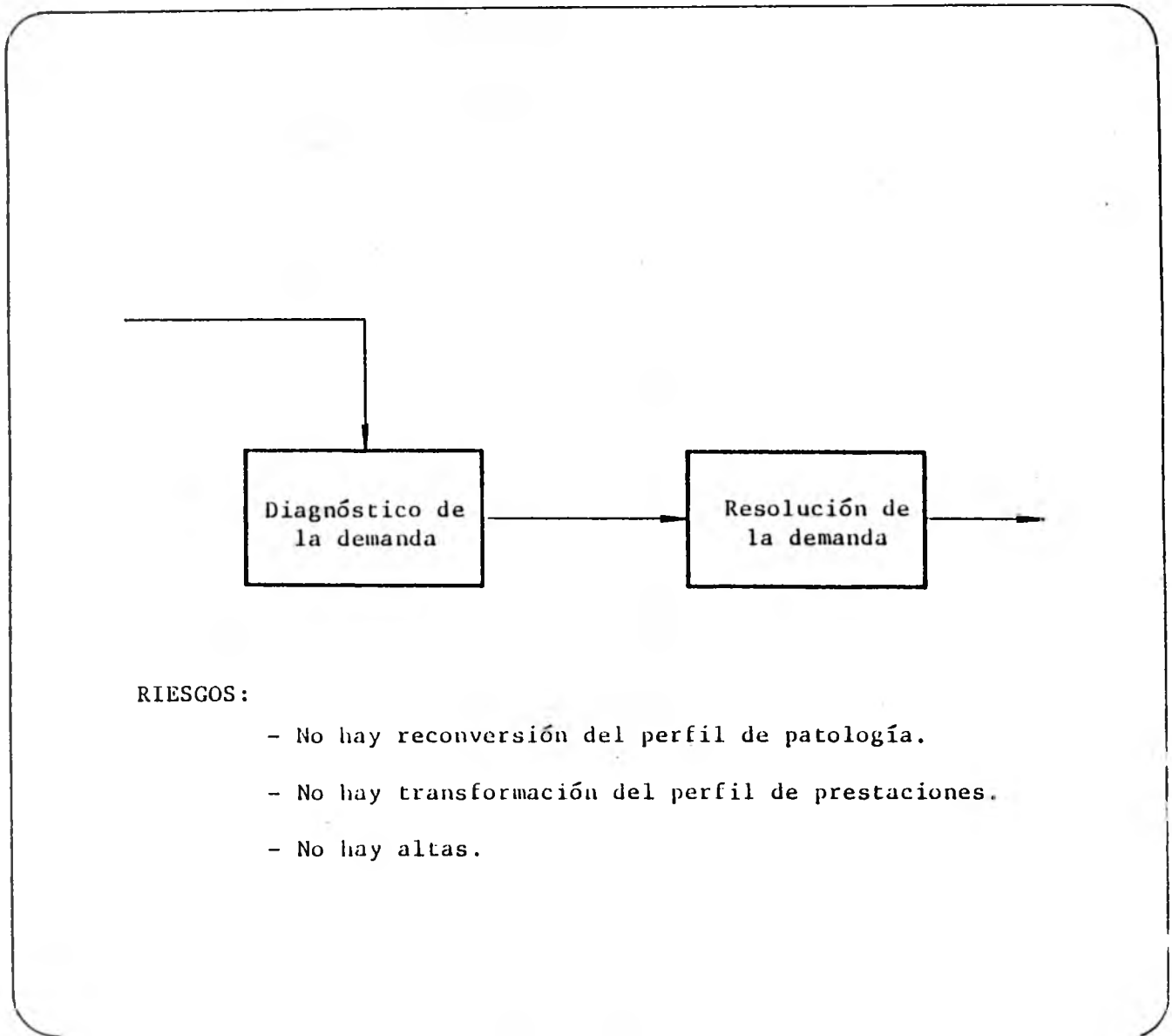
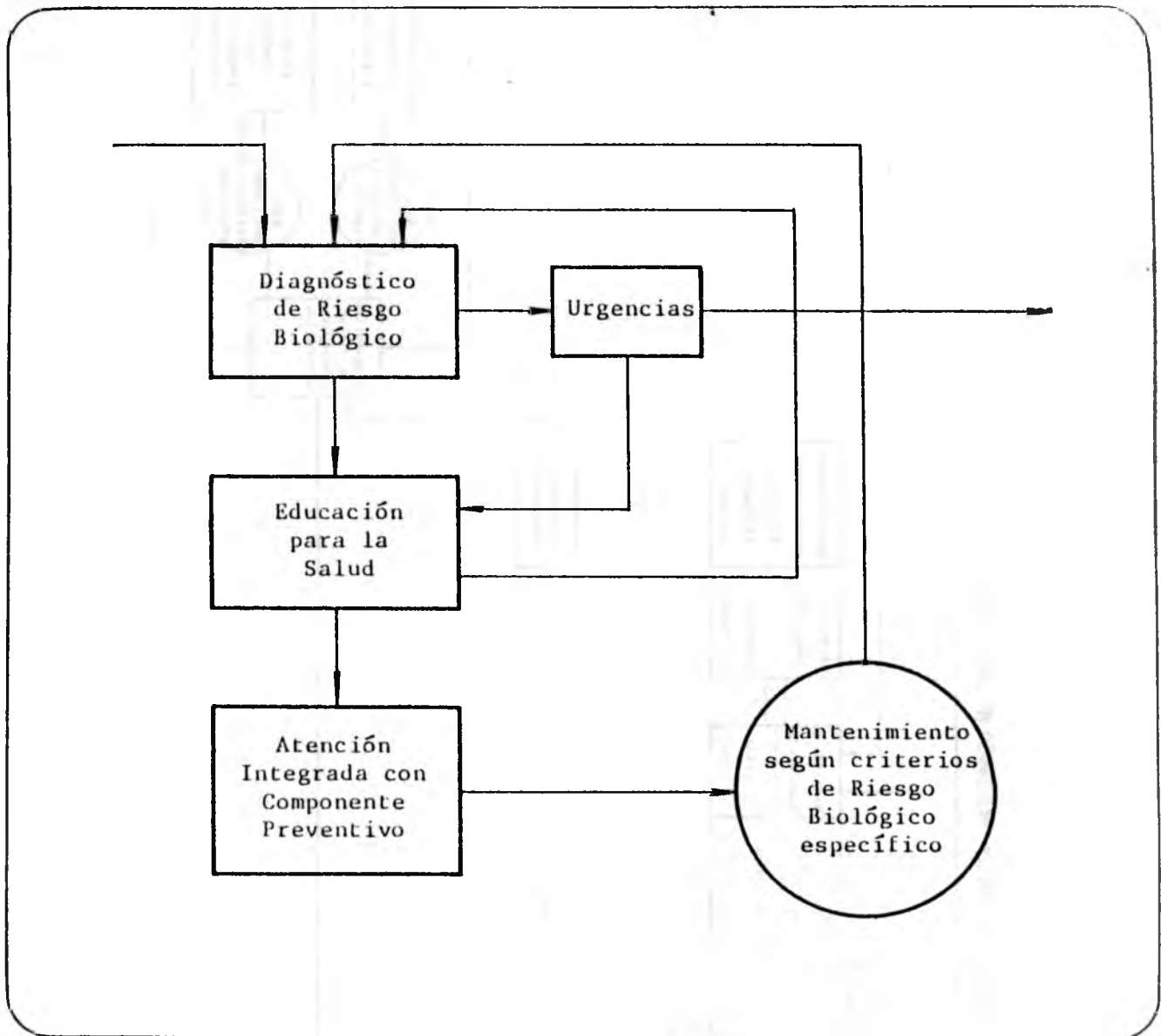


Figura 7:

MODELO DE DEMANDA ESPONTANEA Y ATENCION PROGRAMADA



RIESGOS:

- Plétora en el servicio.
- Hay reconversión parcial del perfil de patología.

Figura 6: MODELO DE DEMANDA PROGRAMADA Y ATENCION PROGRAMADA MATERNO-INFANTIL

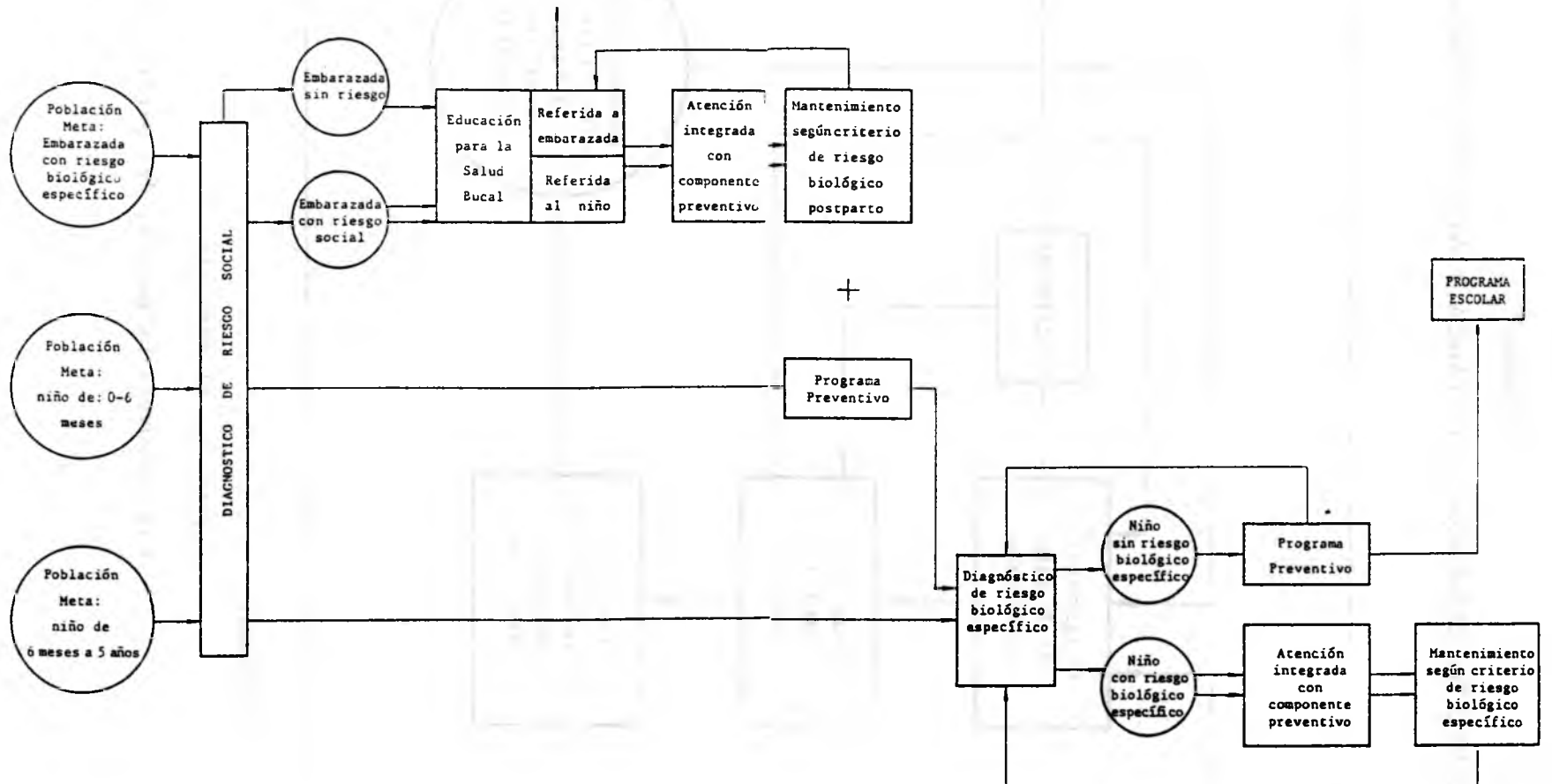
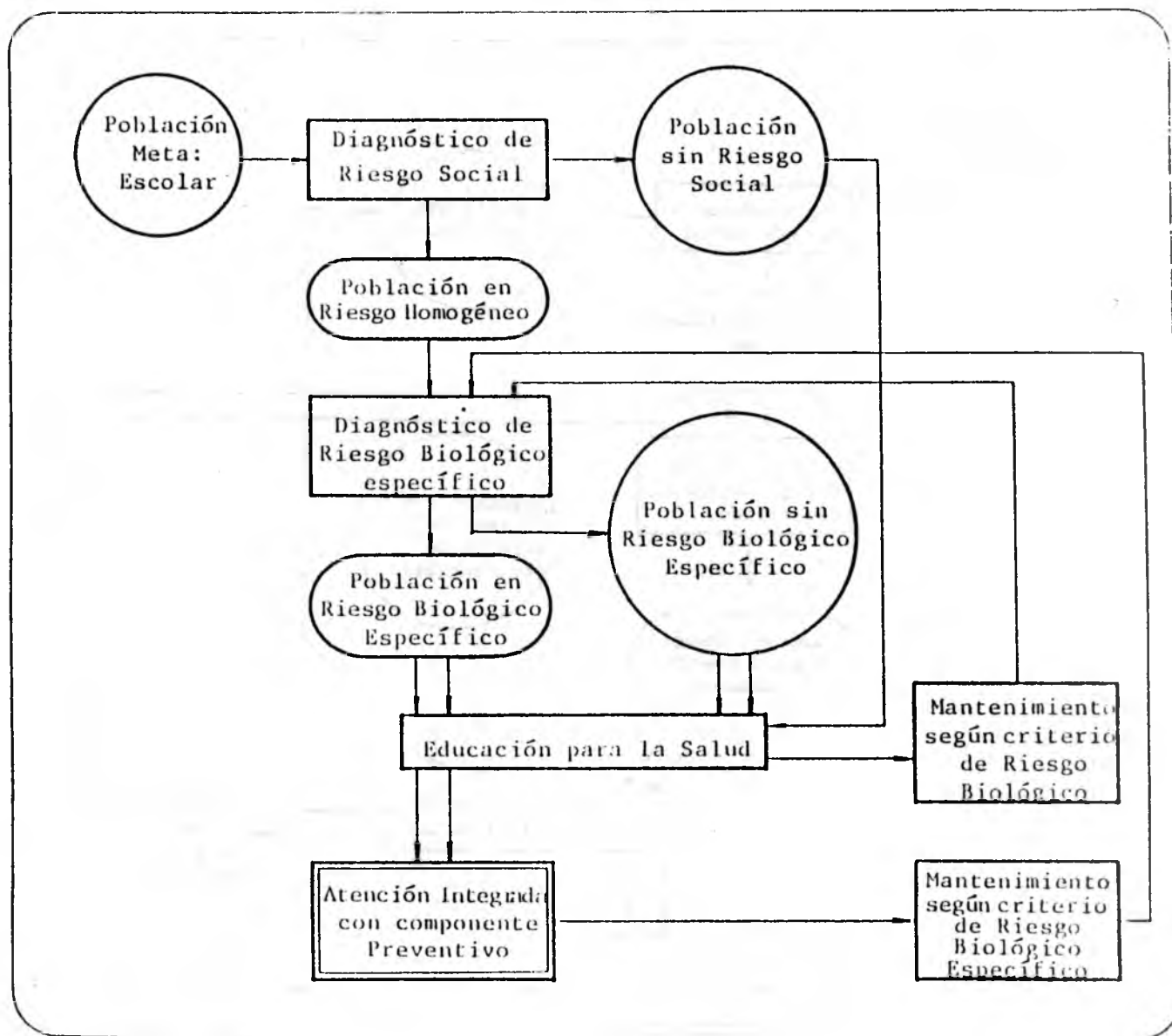


Figura 9:

MODELO DE DEMANDA PROGRAMADA Y ATENCION PROGRAMADA  
PROGRAMA ESCOLAR

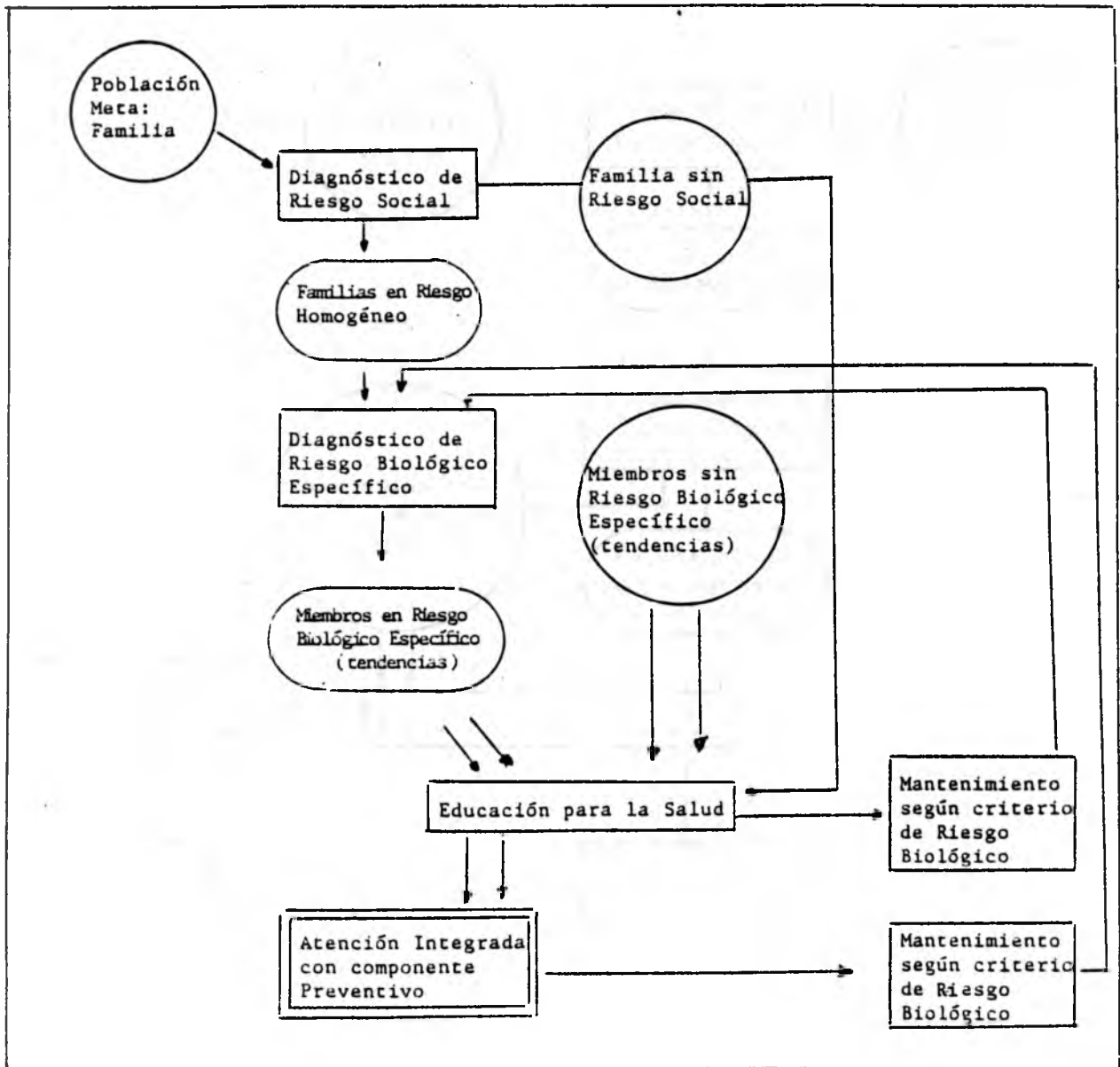


□ Sede escolar

▣ Sede del Servicio

Fig.10 : MODELO DE DEMANDA PROGRAMADA Y ATENCION PROGRAMADA

ATENCION FAMILIAR



Sede: escolar  
salud  
sociedades  
servicio

Según programa

Sede: servicio

OBJETIVOS PRIORIZADOS	ACCIONES	DISCIPLINA
1: Resolver urgencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Extracciones</li> <li>. Endodoncia</li> <li>. Derivación</li> </ul>	Urgencias
2: Bajar la infección a niveles aceptables	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Inactivación de lesiones amelodentinarias</li> <li>. Entrenamiento en higiene bucal.</li> <li>. Sellado de fosas y fisuras</li> </ul>	
3: Reforzar huésped	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Aplicación de agentes remineralizantes: fluoruros</li> </ul>	Odontología Preventiva
4: Controlar medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Asesoramiento dietético</li> </ul>	
5: Revertir lesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Programa adicional de remineralización</li> </ul>	
6: Completar el control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tratamientos pulpares</li> <li>. Extracciones</li> </ul>	Endodoncia - cirugía
7: Rehabilitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Operatoria dental</li> <li>. Prótesis</li> <li>. Tratamiento de maloclusiones</li> </ul>	Operatoria dental Prótesis Ortodoncia
8: Prevención nuevas lesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Educación para la salud</li> <li>. Programas preventivos de mantenimiento</li> </ul>	Odontología Preventiva

## **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTEGRAÇÃO - DOCÊNCIA - SERVIÇO - INVESTIGAÇÃO NO BRASIL**

A experiência do Brasil sobre Integração Docência-Serviço na Comissão Técnica OFEDO/UDUAL sobre "La Docencia-Servicio en América Latina-Experiencias" realizada na Faculdade de Odontologia de Montevideo (Uruguay) nos dias 20, 21 e 22 de abril de 1989, foi apresentada pelo Prof. Dr. Walter Anchieta Robinson. Sua Exposição oral constituiu-se em comentários baseados em dois documentos: "A análise prospectiva do Ensino Odontológico no Brasil"<sup>\*\*</sup> e "Papel da Odontologia Brasileira"<sup>\*\*\*</sup>, sendo desse trabalho as tabelas constante deste relatório.

\*Organização Panamericana de Saúde - A Análise Prospectiva do Ensino Odontológico no Brasil - Documento elaborado pelos professores Adriana P. Marques, Volnei Garrafa e Walter A. Robinson.

\*\*Ministério da Saúde-Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde-Divisão Nacional de Saúde Bucal-Documento Técnico 01/88. Mai 1988. (Mimeo).

Tendo em vista toda esta realidade, o ensino Odontológico no Brasil deve buscar na Integração Docência-Serviço-Investigação uma forma de superar sua ineficácia, no sentido de mudar seu modelo de prática profissional.

Em muitas Escolas o início deste processo de integração é a existência das Clínicas Extra-Murais. Estas Clínicas representam um avanço, no entanto, algumas vezes é tão somente a transferência da mentalidade e da estrutura intra-mural, para um espaço geográfica fora da Escola, além de expressar a manutenção do modelo da Odontologia Simplificada. Uma das experiências mais abrangentes da Integração Docência-Serviço é a existente no Departamento de Odontologia de Universidade Católica de Minas Gerais em Belo Horizonte. Este Departamento determinou como "imagen-objetivo" um profissional integrado nos princípios da Odontologia Integral e sua formação está baseada na Integração Docência-Serviço-Investigação.

Os principais fatores que dificultam um modelo de ensino integrado com os serviços são os próprios serviços que por vários motivos não desejam uma integração e a mentalidade de maioria do corpo docente das Escolas brasileiras, que é conservadora e que acreditam existir riscos de baixa qualidade tecnológica neste ensino integrado.

O programa de Reorientação da Assistência Odontológica do Ministério de Previdência e Assistência Social aprovado em 1983 (3) propôs, como um de seus objetivos, a "integração com as instituições e entidades de ensino". Este objetivo se concretizaram com a realização de convênios com mais de 30 Escolas de Odontologia, na maiorias delas privadas. A receita deste convênio é fonte importante de manutenção destas instituições. Estes convênios, deveriam exigir um processo de integração docência/serviço ou pelo menos um protocolo de intenções neste sentido. Exige atualmente, a existência de atividades extra-murais.

A Assessoria de Saúde da Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação (SESU) tem um Programa Nacional de Apoio ao Desenvolvimento as Escolas de Odontologia (PANADEO), que pretende apoiar com recursos financeiro as Escolas Federais que desejarem realizar um processo de integração. Para tanto, esta Secretaria nomeou uma Comissão de Avaliação do Ensino Odontológico que utilizando como estratégia a Análise Prospectiva, realizará um trabalho inicial em 6 Escolas das Universidades Federal do Amazonas, Federal de Minas Gerais, Estadual de Campina Grande (Paraíba), Federal da Bahia, de São Paulo (USP-Estadual) e Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul).

A avaliação conjunta e a discussão dos resultados da realização destas Análises, originarão um documento que orientará a SESU no sentido que seja iniciado um processo para estimular a mudança de



modelo de ensino vigente, para um modelo que possibilite um processo de Integração Docente-Serviço.

Do exposto pode-se concluir que o ensino odontológico brasileiro, que possui uma qualidade tecnológica aceitável encontra-se ainda, em um processo inicial de Integração Docência-Serviço.

O Brasil apresenta hoje um dos mais negativos perfis epidemiológicos de "saúde bucal" do mundo. Quase toda população tem cárie dentária e/ou doença periodontal. Em 1969, a prevalência de cárie em crianças de 12 anos, era considerada "muito alta" (4). Apesar da evolução dos métodos preventivos e dos gastos realizados, a classificação "muito alta" continuava em 1985.

Enquanto a maioria dos países da América Latina se situa em patamar inferior, 99% da população brasileira é acometida pela cárie e/ou doença periodontal (7). Aos 7 anos, a criança brasileira já tem 7,5 dentes atacados pela cárie. Aos 39 anos de idade o brasileiro já perdeu em média 12 dentes, número que sobe a 24 aos 59 anos. A necessidade de prótese total é de 75% nas pessoas acima de 60 anos.

Além da cárie e da doença periodontal, são também importantes as másoclusões e o câncer. No sexo masculino, 14% das neoplasias malignas localizam-se na boca (8).

O sistema nacional de saúde bucal no Brasil é ineficaz e ineficiente. Suas ações não causam praticamente nenhuma modificação no quadro epidemiológico. As chamadas ações preventivas de aplicação coletiva, a despeito de seu baixo custo e reconhecida eficácia, alcançam pouca cobertura. Em 1982, apenas 11% de 1.000 municípios brasileiros, correspondendo a 20% da população do país, dispunha de água fluoretada. (9)

No componente assistencial, por sua vez, predomina o livre jogo das forças de mercado; principalmente, por essa razão, o atendimento odontológico, é inacessível a grande maioria da população.

A inadequação da prática odontológica tem origem no tipo de atuação desvinculada de prioridades definidas com base em critérios epidemiológicos e sociais. Ainda que essa distorção seja corrigida, resta o problema da carência de recursos públicos que permitam estender a cobertura.

O gasto público-federal, estadual e municipal - com odontologia, alcançou U\$S 196,5 milhões ou seja 3,21% do gasto público total com saúde (5). Para atender apenas 11 milhões de escolares da rede oficial urbana de ensino de 1º grau, seriam necessários U\$S 361,2

milhões, ou seja, quase o dobro do que é gasto em atenção odontológica para toda a população (10).

## SITUAÇÃO ECONÔMICA

Com um PIB "per capita" pouco superior a 1.900 dólares (1986), o Brasil integra o elenco de países com renda mediana alta, segundo classificação do Banco Mundial.

O indicador, ao expressar uma média aparentemente razoável, não reflete a alta concentração de renda prevalescente no país. Em 1985 os 50% mais pobres contaram com apenas 13% do total dos rendimentos, enquanto os 10% mais ricos se apropriavam de 48% (3).

Os indicadores sociais básicos, tem apresentado evolução favorável em uma perspectiva de longo prazo, embora a dívida social acumulada esteja longe de ser resgatada. O que ocorre no setor de educação é um bom exemplo de contexto: apesar de taxa de escolarização entre crianças de 7 a 14 anos ter aumentado de 45,6 em 1960 para 80,5 em 1985, 5 milhões de crianças nesta faixa de idade ainda estão fora da escola.

TABELA 1

### POPULAÇÃO TOTAL, URBANA E RURAL, DE 1950 A 2000, NO BRASIL

ANOS	POPULAÇÃO TOTAL (MIL PESSOAS)	URBANA		RURAL	
		N-	%	N-	%
1950	51.944	18.783	36,16	33.161	63,84
1960	70.070	31.303	44,67	38.767	55,33
1970	93.139	52.085	55,92	41.054	44,08
1980	119.003	80.436	67,59	38.567	32,41
1990	150.368	111.126	73,90	39.242	26,10
2000	179.487	114.704	63,97	64.783	36,03

Fontes: Brasil, Fundação IBGE, 1950-1980; Brasil IBGE/CELAD, 1985.

TABELA 2

PRODUTO INTERNO BRUTO, INFLAÇÃO MÉDIA ANUAL E DÍVIDA EXTERNA  
BRASIL, 1970 A 1987

ANOS	PIB per capita EM U\$S	INFLAÇÃO ANUAL EM %	DÍVIDA EXTERNA EM U\$S MILHÕES
1970	457.0	19,8	6,049
1975	1,423.5	29,4	24,186
1980	1,970.9	110,2	62,765
1985	1,665.5	235,1	103,142
1986	1,944.6	65,0	107,000 a
1987 <sup>b</sup>	2,084.2 a	366,0	112,500 a

a Estimativa

Fontes: Brasil, Fundação Getúlio Vargas: Centro de Contas Nacionais

- Brasil: Programa de Ação Governamental 1987-1991. Brasília, 1987

- Vianna, S.M. et al: O Impacto da Crise Econômica nos Serviços de Saúde - o caso do Brasil. Brasília, 1987

- Brasil/IPEA/IPLAN - Avaliação do Desempenho Recente e Perspectivas de Economia Brasileira. Cópia Xerox. Dezembro, 1987.

TABELA 3

APROPRIAÇÃO DA RENDA NACIONAL PELAS CAMADAS MAIS POBRES E MAIS RICAS  
DA POPULAÇÃO - BRASIL, 1978, 1981, 1984 e 1985

POPULAÇÃO EM PERCENTIS	PROPORÇÃO DA RENDA NACIONAL EM %			
	1978	1981	1984	1985
10% mais pobres	1,20	1,20	1,15	1,05
50% mais pobres	13,65	14,52	13,66	12,99
50% mais ricos	86,35	85,48	86,34	87,01
10% mais ricos	49,26	45,52	46,09	47,16

Fonte: Fundação IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1986-85.

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUANTO AO ÍNDICE DE ATAQUE DE CÁRIES (CPO-D) AOS 12 ANOS DE IDADE, SEGUNDO O NÍVEL DE RENDA FAMILIAR. BRASIL, ZONA URBANA, 1986.

NÍVEL DE RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS-MÍNIMOS (*)	ÍNDICE CPO-D MÉDIO AOS 12 ANOS-% DE PESSOAS-				CPO-D TOTAL
	0 a 3	4 e 5	6 e 7	8 e +	
0 a 2	18	25	19	38	7,02
3 e 4	21	19	15	34,5	6,45
5 e MAIS	23	34	15	27	5,97
TOTAL	19,5	27,5	18	35	6,70

Nota: (\*) 1 Salário-Mínimo equivale aproximadamente a 60 dólares  
 Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. (1988).

TABELA 5

ÍNDICE DE ATAQUE DE CÁRIES (CPO-D) E COMPONENTES, POR GRUPO ETÁRIO. BRASIL, ZONA URBANA, 1986.

GRUPO ETÁRIO	ÍNDICE DE ATAQUE DE CÁRIES E COMPONENTES				
	CPO-D(*) MÉDIO	CARIADOS %	EXTRAÇÕES INDICADAS %	EXTRAÍDOS %	OBTURADOS %
6-10	2,7	57	5	25	3
10-12	5,5	56	7	31	2
15-19	12,7	34	5	46	15
35-59	22,5	13	4	17	66
50-59	27,2	5	3	6	86

Nota (\*): C=Cariados; P=Perdidos; O=Ocultados; D=Dentes  
 Fonte: Brasil, Ministério da Saúde-DNSB/SNPES (1988).

#### QUADRO SANITÁRIO

O panorama nosológico brasileiro, em uma perspectiva de longo prazo apresenta uma evolução positiva quando examinado através de indicadores médios. A esperança de vida ao nascer, que era de apenas 45,5 anos em 1950, alcançou mais de 60 anos em 1980 (IBGE - Censo Demográfico de 1950 a 1980), embora as desigualdades regionais permanecessem praticamente inalteradas. A esperança de vida no Nordeste do país está, respectivamente, 9 e 13 anos abaixo das médias

nacional e da região sudeste.

Em relação a outros países de padrão-sócio-econômico similar ou mesmo inferior, o Brasil se situa em posição de nítido desconforto. A mortalidade geral brasileira é superior a da China e Equador, por exemplo, dois países com renda "per capita" inferior mas que registraram nos últimos 20 anos uma redução no indicador mencionado da ordem de 60% e 58%, respectivamente. No Brasil, no mesmo intervalo de tempo a redução não foi superior a 30%.

China e Equador apresentam ainda, esperança de vida acima da brasileira, a qual é também mais baixa que a observada em países de renda "per capita" próxima a do Brasil, como México e Uruguai (Banco Mundial - Informe Sobre El Desarrollo Mundial, 1987).

O cenário não se completa sem que se inclua uma insólita característica do quadro sanitário nacional, qual seja a convivência entre patologias típicas do terceiro mundo e passíveis de controle mediante o uso adequado de tecnologia médica-sanitária disponível e as doenças predominantes nos países mais desenvolvidos. Desta forma, as doenças crônico-degenerativas e os acidentes, são as principais causas de mortalidade na população como um todo. Ao mesmo tempo o sarampo, as doenças infecciosas e a doença de Chagas, continuam influenciando negativamente no nível de saúde coletiva.

A ótica da mortalidade permite, entretanto, somente uma visão parcial de quadro global, desde que impede que se visualize a dimensão social de muitas patologias evitáveis, de alta magnitude mas de impacto relativamente pequeno, ou mesmo nulo, no obituário geral. É o caso das doenças endêmicas, da desnutrição e das doenças bucais.

## SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde é impotente para, isoladamente, alterar substancialmente o quadro descrito. É mesmo no limite de suas possibilidades, não tem respondido de forma adequada as demandas crescentes, a despeito de sua expansão recente; em dez anos (1970/1980) a cobertura hospitalar triplicou ao país como um todo. O acesso aos serviços de saúde continua desigual. O número de consultas médicas "per capita" é quatro vezes maior na população urbana, do que na rural.

A produtividade é baixa e são notórios os diferenciais qualitativos dos serviços. A capacidade ociosa da rede pública está estimada em 40% e os usuários são penalizados por inúmeros fatores tais como: honorários de funcionamento, distância, filas, baixo poder resolutivo, etc. Paralelamente, o forte centralismo do sistema determina a

criação de enorme e pouco flexível estrutura burocrática federal, que tem se mostrado incapaz de promover soluções compatíveis com as distintas realidades locais e regionais.

As atividades de saúde ressentem-se da falta de integração programática operacional, apesar dos progressos recentes decorrentes de implementação de mecanismos de articulação com as AIS (Ações Integradas de Saúde) e posteriormente do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Mas os princípios de regionalização, hierarquização e integração das ações de saúde, ainda não se incorporam a prática cotidiana dos serviços (2).

## REFORMA SANITÁRIA

A situação de saúde hoje no Brasil, reflete o modelo sócio-econômico que concentra a renda e a política autoritária, que vigoraram por mais de duas décadas. O lema "Democracia é Saúde" e "Saúde é Democracia", expressa as lutas políticas para a redemocratização do país e o início do movimento da Reforma Sanitária (1). Este movimento consolidou-se com a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual estabeleceu o princípio que a saúde é um direito de todos e dever do estado, proporcionando a incorporação dessa proposta nas discussões da Assembléia Nacional Constituinte.

Por determinação da Oitava Conferência foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, que constituiu um momento democrático importante de integração da odontologia com a sociedade civil. Nesta conferência, foi recomendada a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde, orientada pelos mesmos princípios básicos da Reforma Sanitária anteriormente referidos (5).

Decorrente também da Oitava Conferência, aconteceu a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, quando se definiu que a formação da força de trabalho nesta área deveria estar em função dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária. O modo de inserção da odontologia no sistema único de saúde determinará, sem dúvida, o tipo de recursos humanos que as instituições passarão a formar.

O sistema de ensino no Brasil, tem uma relação de compromisso ideológico com o sistema sócio-econômico-político do País e com o tipo de prática odontológica. Os projetos pedagógicos dos cursos de Odontologia mantêm, por sua vez, uma relação íntima com o tipo de odontologia constatada na prática profissional.

No entanto, a partir da promulgação da Oitava Carta Constitucional Brasileira, em 5 de outubro de 1988, este quadro obrigatoriamente

deverá transformar-se, pelo compromisso assumido de que a saúde passa a ser um "direito de todos e dever do estado" promovê-la. Este princípio, que é a base da Reforma Sanitária, incorpora a unicidade administrativa nos diversos níveis de governo; descentralização das ações de atenção à saúde das pessoas, através da estadualização e municipalização; redefinição de relações entre os setores público e privado; integralidade da atenção; controle social do sistema; reformulação de políticas científicas e tecnológicas; reorientação das políticas de recursos humanos.

É frente a esse panorama que o Ministério de Educação e Cultura, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, tendo como referencial a meta da OMS de alcançar "Saúde para todos no ano 2.000" (SPT 2000) e tendo como base as decisões da Oitava Conferência Nacional de Saúde e a Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, que se consubstanciam nos princípios da Reforma Sanitária, chamam a atenção para a importância do papel das Universidades neste momento em que os programas de saúde deverão necessitar de profissionais adequados a uma realidade mais comprometida com os interesses do coletivo da população.

Neste sentido, o atual enfoque verificado na formação de recursos humanos odontológicos no Brasil, necessita ser substituído por outro, cujo marco conceitual leve em conta o contexto sócio-econômico e político do País, a situação epidemiológica, a realidade dos serviços e a realidade de todo o exercício profissional, não só em relação ao momento atual mas num sentido prospectivo (8).

Este processo, no entanto, só será possível se a comunidade universitária da área (professores, estudantes e funcionários) conseguir uma formação sólida na consciência crítica e na capacidade de resposta às condições de "saúde bucal" da sociedade. Nesta linha de idéias, é que vem ao encontro dos interesses da saúde coletiva uma nova proposta de metodologia denominada análise prospectiva, que poderá contribuir com subsídios úteis às transformações necessárias aos objetivos maiores da Reforma Sanitária e aos propósitos de SPT 2000.

## ENSINO ODONTOLÓGICO

---

Os profissionais formados pela grande maioria dos Cursos de Odontologia do Brasil, têm como modelo os especialistas e não os clínicos gerais; possuem uma visão de clientela individual e não coletiva. Praticam e se aprofundam no conhecimento de técnicas curativas, não estabelecendo nenhuma relação do processo saúde/doença que não seja o biológico. O preventivo, o social, as práticas alternativas, a desmonopolização e a própria racionalização do trabalho, são terminologias ainda relegadas a um grupo muito restrito de profissionais.

A prática da "odontologia integral" determina um novo marco referencial do ensino da odontologia, um novo projeto pedagógico que leva em conta os seguintes elementos (3):

- "A realidade sócio-econômica, ou seja, a sociedade na qual se insere a instituição da educação superior, os serviços e a produção do saber odontológico;
- a análise e a determinação do perfil sócio-epidemiológico bucal do país e da região;
- o estudo sócio-histórico da prática profissional, analisando-se os referenciais no serviço, ensino e pesquisa, enquanto sua função resolutiva, educadora e geradora de saber;
- a visão da saúde e da doença a um nível de causalidade não excludente, retomando-se o espaço social, político e filosófico na gênese, na análise e na solução dos problemas;
- a determinação do perfil dos recursos humanos desejáveis, adequados e necessários em odontologia, como resposta da prática enquanto função social;
- a abordagem integral no ensino, na prática e no saber;
- a introdução metodológica multi e interdisciplinar, pela promoção do processo de integração docência-serviço-pesquisa".

Algumas iniciativas, na área de educação odontológica, já vêm procurando desenvolver modelos alternativos de ensino, inerentes à prática odontológica integral e tomando como processo pedagógico global o aprender-fazendo e o aprender-transformando, mediante uma integração docente-discente-população.

Esta linha de atuação vem se firmando com base numa posição segundo a qual se deve procurar realizar uma educação odontológica que forme profissionais capazes de resolver os grandes problemas, com alta qualidade, com tecnologia e nível de atenção adequados. Assim, entende-se que não se deve fazer uma odontologia em forma de prática elitista, ao mesmo tempo em que não se deve negar a necessidade da universalização e equalização, por temer o risco de uma odontologia de menor qualidade. A universalização, equalização e democratização da prática odontológica, só tem sentido quando esta é realizada e ensinada com qualidade.

#### ENSINO ODONTOLÓGICO E REFORMA SANITÁRIA



Para que a odontologia possa se incorporar ao processo da Reforma Sanitária, é necessário transformar a sua prática. A transformação da prática odontológica hegemônica, por sua vez, requer a transformação do modelo de ensino atual, construindo para um novo projeto pedagógico, cuja implementação dependeria de estratégias bem definidas.

A "odontologia integral" portanto, configura-se como a prática profissional afinada com os princípios da Reforma Sanitária (6).

A nova Constituição, no texto que se refere a saúde, define as grandes linhas que nortearão o processo da reforma sanitária, algumas delas já em implementação.

TABELA 6

CRONOLOGIA DE ABERTURA DE FACULDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DE ODONTOLOGIA NO BRASIL

ANOS	NÚMERO DE FACULDADES						I FACUL- I DADES I EM %
	TOTAL	PRIVADAS	PÚBLICAS				
			FEDERAIS	ESTADUAIS	MUNICIPAIS		
1884-1900	4	-	3	1	-	5,4	
1901-1910	1	-	1	-	-	1,3	
1911-1920	7	-	7	-	-	9,5	
1921-1930	2	-	-	2	-	2,7	
1931-1940	-	-	-	-	-	0,0	
1941-1950	8	1	7	-	-	10,8	
1951-1960	10	3	3	4	-	13,5	
1961-1970	13	3	5	5	-	17,6	
1971-1980	18	14	1	-	3	24,3	
1981-1986	11	10	-	1	-	14,9	
TOTAL	74	31	27	13	3	100,0	

Fonte: Werner (1987)

TABELA 7  
-----

NÚMERO TOTAL DE CIRURGIÕES-DENTISTAS EM 1985 E PREVISTOS DE 1995 A 2025, NO BRASIL

ANO	NÚMERO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS (*)
1985	82.793
1995	132.502
2000	155.645
2005	175.956
2010	193.861
2015	208.554
2020	219.384
2025	224.386

Nota: (\*) Baseado na premissa de que serão formados 6.600 novos profissionais ao ano e que a cada ano 5% do estoque aposentar-se-á ou sairá do mercado.

Fonte: Werner, C.W.A. (1987).

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AROUCA, S. - Oitava Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasil, 1986, p.35.
2. Instituto Nacional de assistência Médica da Previdência Social. Programa de Reorientação de Assistência Odontológica. Rio de Janeiro, MPAS/CCS, 1983. 50 p.
3. MARCOS, B. - Citado por MARCOS, B. e ROBINSON, W.A. A questão de avaliação do ensino de Odontologia. Ministério de Educação, Brasil. Comissão de Especialistas em Odontologia, 1987 (mimeo).
4. MENDES, E. - A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. 1986 - 34 p. (mimeo).
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final, Brasília, 1986.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Diretrizes de uma política de desenvolvimento de recursos humanos em odontologia para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Brasília, 1988 (mimeo).
7. PINTO, V.G. - Saúde Bucal no Brasil. Rev. Saúde Públ., 17:316-327 1983.
8. TOMMASI, A.F. e GARRAFA, V. - Câncer Bucal. Edit. Medisa, São Paulo, 1980, 812 pags.
9. VIANNA, S.M. - O financiamento da política de saúde bucal. In: Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, Brasil 10-12 outubro de 1986. 21 pags. (mimeo)
10. VIANNA, S.M. - et alli. O impacto da crise econômica nos serviços de saúde; o caso do Brasil. Vol. I, OPAS, nov. 1987.

**INVESTIGACION - DOCENCIA -  
SERVICIO**

**Experiencia en  
República Oriental del Uruguay**

Dr. Artagnan Salerno  
Decano Facultad de Odontología  
Universidad de la República  
Montevideo - Uruguay

ANTECEDENTES GENERALES

---

El tema que nos convoca, en nuestra Universidad, tiene antecedentes en el ejercicio de la función llamada Extensión Universitaria, que ha trascendido por diferentes encares o concepciones durante decenios. Se entendía como una función de divulgación del quehacer cultural de la Universidad cosa que aún se hace y entendemos debe continuar, pero no es una extensión. También se realizaba otro tipo de actividades, denominadas misiones-socio-pedagógicas, con la finalidad de hacer conocer al estudiante la realidad Nacional y contribuir a resolver problemas comunitarios; en el caso de Odontología, dichas misiones consistían, en ir a dos o tres lugares del interior y realizar una suerte de saneamiento básico, fundamentalmente eliminación de focos. Luego transcurrían muchos meses sin que se volviera, sin dejar nada que generara continuidad del proceso sanitario. En la actualidad, en la Universidad hay un serio esfuerzo por revalorar toda la función de extensión, predomina el criterio de Extensión-Inserción que supone el encare por parte de la Universidad del Uruguay real, con su problemática, intentando un criterio de acción positivo, no contemplativo ni neutro, sino como activo participante en ese complejo quehacer nacional. Expresiones significativas de esa nueva forma de encarar la Extensión son varios proyectos de alcance nacional que ayudan a resolver diversos Servicios Universitarios. En el plano de la salud la experiencia de Extensión de la Facultad de Medicina es de larga data; la Odontología tiene hasta ahora experiencias muy limitadas.

Pensamos que en la Universidad se intenta crear un eje fundamental de Proyección Social de la Institución, pero, aún, no hay un propósito global, sólo esfuerzos dispersos, que en esencia, apuntan a una inserción en la faz productiva del país, cosa positiva, pero que no es una propuesta de cambio porque resuelve problemas puntuales, algunos de gran trascendencia, pero no transformadores de la realidad.

La mayor parte de ese quehacer extensionista sigue sin ser curricular o lo es a medias y ello le otorga un carácter voluntarista teniendo en el caso de la salud efectos negativos sobre el Servicio, haciendo que la aplicación de la experiencia de Investigación- Docencia-Servicio cuente con algunas justas prevenciones.

ODONTOLOGIA Y LA REVOLUCION CIENTIFICO TECNICA

---

La Revolución Científico-Técnica ha hecho avanzar a la humanidad en

quince años, lo que ésta alcanzó en siglos; la Odontología a nivel mundial no ha sido ajena a este devenir. En nuestra Facultad tenemos importantes retrasos e insuficiencias, no alcanzan buenos niveles de resolución curativa de la expresión macroscópica de la caries, cuando tanto se ha avanzado en conocimiento de la etiología, cuando tanto se ha avanzado en los mecanismos y técnicas interceptivas precoces y otro tanto podemos decir de los problemas paradenciales y de otras patosis. Tenemos sensibles retrasos en cuanto al ejercicio profesional ergonómico, en sistemas innovados, en nuevos materiales y en simplificación tecnológica.

La profundización en el conocimiento científico, a través de la investigación en los mecanismos íntimos de lo biológico y sus resultantes fisiológicas, inmunológicas, sobre los tejidos dentarios, son por un lado, la base del desarrollo de una Odontología científica, no artesanal, preventiva en sus niveles primarios y por otra parte contribuyen al desarrollo de una conciencia crítica, de no aceptación tácita de lo investigado en los países desarrollados, expresa una forma superior de la brega por la no dependencia.

#### CAUSAS DE NUESTRAS INSUFICIENCIAS Y RETRASOS

---

La Odontología y nuestra Facultad están caracterizadas por tres aspectos: a) Una forma de ejercicio profesional, casi exclusivamente privado e individual; b) la casi inexistencia de una concepción de trabajo en equipo; c) una orientación en Odontología restauradora, con una historia de 60 años, donde hubo etapas que se alcanzó niveles de excelencia, acordes al desarrollo mundial de la Odontología.

Esta caracterización fomentó el desarrollo en el campo clínico técnico, sin que lo acompañara un proceso armónico de las ciencias básicas; el predominio tecnológico llevó a un paulatino abandono de la investigación científica, perdurando pesquisas clínicas en apoyo de los criterios asistenciales predominantes.

En el año 1966, en nuestra Facultad hicimos un serio intento de modificación de la estructura curricular, pretendiendo con ello modificar la Odontología en general. Fue un esfuerzo de docentes, estudiantes y profesionales, grande, pero aislado, un típico ensayo intramural universitario; no se contrastó con el servicio, no introdujo modificaciones en el ejercicio profesional privado y no se nutrió de los claros indicadores de cambio e innovación científico-técnico, a nivel de la Odontología en el plano internacional.

En nuestro país, como es notorio en el año 1973 se dio lugar a un golpe de Estado que aparte de arrasar las libertades y el estado de derecho provocó la Intervención de la Universidad y nuestra Facultad.

La intervención de la Facultad profundizó los criterios profesionalistas, individualistas y restauradores; cercenó toda hipótesis de investigación y aisló por más de diez años a nuestra Facultad del acontecer científico internacional.

## REINSTITAURACION DE LA DEMOCRACIA EN EL PAIS Y EN LA FACULTAD DE ----- ODONTOLOGIA -----

A partir de la reinstauración de la Democracia y la normalización de la vida universitaria, en nuestra Facultad estamos haciendo un gran esfuerzo por revalorar toda la experiencia de los años previos a la Intervención.

Hace más de dos años que discutimos sobre el nuevo Plan de Estudios, hemos avanzado en forma lenta pero segura, aprobando el Marco de Referencia, Marco Conceptual, Perfil del Odontólogo General y Estructura Curricular. En lo que resta del presente año avanzaremos en la elaboración del primer semestre del nuevo plan de manera tal, que en el año 1990 podamos ponerlo en marcha. Docentes, estudiantes y profesionales han participado intensamente en este trabajo.

Es intención de la Facultad lograr que los cambios curriculares sean el resultado de un trabajo intramural interaccionado con el servicio en una pretensión definida de establecer cambios profundos en el ejercicio profesional, en la base científica-técnica y en una evolución hacia el trabajo en equipo, con el objetivo central de mejorar La Salud Bucal de la Población.

## PERSPECTIVAS DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION-DOCENCIA-SERVICIO -----

Para analizar este tema tenemos que tener en cuenta que nuestro Claustro y Consejo de Facultad han aprobado la siguiente definición de PERFIL DEL ODONTOLOGO GENERAL: "EL PERFIL DEL ODONTOLOGO GENERAL ES CONSECUENCIA DE LA DECISION DE FORMAR UN RECURSO HUMANO CAPACITADO EN ESTE AREA CON CARACTERISTICAS UNIVERSITARIAS Y DE ACUERDO A LAS CONDICIONES REALES DEL PAIS".

La forja de un recurso humano, de nivel universitario, de acuerdo a las condiciones reales del país, supone una clara definición en torno al concepto de Investigación-Docencia-Servicio.

Consideramos que los Programas de Investigación-Docencia-Servicio, SON LA PRINCIPAL HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO. Cambio curricular y de

servicio, con influencia en ambos sentidos de manera que dialécticamente uno influye sobre el otro en la forja de un proceso renovador cuyo principal beneficiario será la comunidad, a través de lograr que la salud bucal mejore sus niveles.

Cambio curricular, que generará un recurso humano capaz de desarrollarse y sobrevivir en la realidad actual, pero proyectándose hacia el futuro en perspectiva transformadora de la realidad presente.

Bregamos por una concepción y metodología que más que informativa sea formativa, donde el recurso humano sea parte activa donde la autoconstrucción cumpla un papel preponderante y donde la crítica y la autocrítica sean la norma.

Cuando hablamos de un profundo cambio curricular, lo hacemos en el sentido de profundizar en lo metodológico, las actividades y el proceso de evaluación, de manera tal, que permita retroalimentarse el conjunto del proceso; los contenidos no llevan el énfasis principal.

La investigación científica debe ocupar un lugar muy destacado, no sólo como elemento de desarrollo de la ciencia, sino como elemento metodológico que ayuda a forjar el espíritu crítico, creador, contemplativo no pasivo, generador de un agudo sentido de curiosidad e iniciativa; es decir, la investigación como elemento formativo en sí mismo.

Concebimos los programas de Investigación-Docencia-Servicio, con etapas intramurales de seguimiento pedagógico y etapas extramurales de caracterización andragógica. Por otra parte, tanto en lo intra como en lo extra muro, concebimos el proceso formativo del recurso humano centrado en los problemas del ser social paciente y no como es actualmente, centrado en los problemas del estudiante.

Consideramos que todo cambio profundo supone incorporar al ejercicio profesional la promoción y educación para la salud, la prevención y sistemas de recuperación de salud a costos realistas, a través de sistemas innovados de atención, que presuponen un ejercicio ergonómico donde el tema de la productividad de salud se constituya en factor de evaluación clave del quehacer odontológico.

Estos cambios llevarán a una reconceptualización de la asistencia integral, que en una primera etapa de transición mantendrá elementos del ejercicio tradicional, tanto en equipamiento como en tecnología, pero que incorporará paulatinamente sistemas innovados de atención, que permitirán no sólo llegar a más gente por menos costo sino que también permitirá al profesional sobrevivir en este medio, agregando otros aspectos que son necesarios para que la población alcance su



## Salud Bucal.

En esencia los cambios curriculares profundos presuponen forjar una mentalidad de servicio desarrollada en el servicio, por ende, la forja de un recurso humano que reconoce la realidad como es, y lucha por transformarla.

### PRINCIPALES ACTIVIDADES Y ACCIONES PARA EL AÑO 1989

.- Firma del Convenio Facultad - Ministerio de Salud Pública. En la lucha por los cambios profundos contamos con la invalorable colaboración de la Organización Panamericana de la Salud; el Ministerio de Salud Pública ha hecho trascendentes aportes. Entre Facultad y Ministerio hemos dado todos los pasos previos necesarios y hemos llegado a la etapa final donde estableceremos la firma del Convenio Interinstitucional.

.- Firmado el Convenio debemos constituir la Comisión de Programación.

.- La Facultad deberá elaborar en lo que resta del año, en forma detallada, el Primer Semestre del Nuevo Plan de Estudios, para su puesta en práctica en febrero de 1990.

.- Debemos incorporar a la actividad de la Comisión Programadora, tres sub-programas: a) Programación curricular del Servicio; b) adecuación del Servicio a la docencia y c) sistema evaluativo del Proceso Investigación-Docencia-Servicio, como elemento determinante de la retroalimentación global del Programa.

.- Debemos elaborar programas específicos dentro de estos sub-programas sobre los siguientes temas: Actualización docente, actualización profesional, diagnóstico de la Facultad (sobre todo en lo que respecta a sus Recursos Humanos), diagnóstico del Servicio y elaboración de las bases para un diagnóstico de salud bucal a nivel nacional.

.- En lo que resta del año, debemos implementar seminarios, teórico-prácticos que capaciten a docentes y profesionales vinculados a lo que será el primer semestre de 1990 en: conocimientos básicos y tecnológicos; normatización asistencial y re-entrenamiento de docentes y profesionales en sistemas convencionales.

.- En agosto del presente año, está acordado, desarrollar un curso dictado por la OPS, sobre sistemas innovados, en la Clínica innovada de Facultad; para ocho docentes, ocho profesionales y doce asistentes; este grupo será el factor de multiplicación posterior en la masa docente y profesional.

# **PROGRAMA DE INVESTIGACION, SERVICIO, DOCENCIA EN ESTOMATOLOGIA**

*Elaborado por:*

**Dr. JOSE BENJAMIN LOPEZ GUILLEN**  
(Decano, Fac. O., UES)

**Dr. GREGORIO ADOLFO AREVALO MOLINA**  
(Director Odontología, MISPAS)

**Dr. MAYO LEOPOLDO CUENCA**  
(FO, UES)

**Dra. GLADYS BONILLA DE PONCE**  
(MISPAS)

**Dr. CARLOS B. GUILLEN HERRERA**  
(FO, UES) (RELATOR)

**Dr. JOSE SAUL RAMIREZ PAREDES**  
(FO, UES)

**Dra. ANA GLORIA HERNANDEZ DE GONZALEZ**  
(FO, UES)

**Dr. SALVADOR ALEMAN PARADA**  
(FO, UES)

**Dr. MIGUEL ANGEL VALDEZ GUILLEN**  
(FO, UES)

*Asesoría:*

**Dr. HECTOR SILVA OLIVARES**  
(Consultor OPS/OMS)

## INTRODUCCION

El proceso de enseñanza en general y el de la Odontología en especial, ha sido sujeto de análisis constante, habiéndose demostrado que hay discrepancias entre el producto final obtenido y las necesidades de una realidad social; situación que determina la producción de recursos con poca vinculación a la realidad y con una visión acrítica o muy poco crítica de la misma; se ha hecho énfasis además en los aspectos curativos y no en los preventivos.

Los servicios de salud también han estado bajo estudio crítico, debido al poco impacto que logran con su actual estructura y organización; se reconoce que a pesar de los avances, la situación no ha mejorado y continúan habiendo serias deficiencias en la equidad, eficacia y eficiencia de los servicios, lo que se ha traducido en un agravamiento de las condiciones de salud. "Por otra parte, el sector salud se ha mantenido con bajos niveles de coordinación efectiva entre sus distintos componentes institucionales (sector público, seguridad social y privada o no gubernamental); y en muchos casos, los organismos sectoriales encargados de dirigir el proceso han perdido o han visto debilitarse su capacidad de conducción efectiva, dadas las ausencias de políticas sociales en favor de los grupos de extrema pobreza y mayor riesgo, así como una menor participación sectorial en la distribución de los presupuestos nacionales". (1)

Como resultante de los análisis realizados hay bastante claridad en las actividades y metodología que se deben realizar.

Se produce así un cambio curricular en la Facultad de Odontología de la Universidad del El Salvador, que permite enfocar la formación de recursos hacia la solución de los problemas reales de salud bucal, buscando una congruencia con la prestación de los servicios que permitan a su vez racionalizar los recursos y aumentar la cobertura.

Por su parte, la Dirección de Odontología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien tiene la responsabilidad de orientar, dirigir y ejecutar las políticas de salud bucal, comprende la necesidad de cambiar su forma o modelo de prestaciones de servicios, produciéndose una congruencia de objetivos, que permiten en el presente año (1988) la suscripción de un convenio para desarrollar los puntos comunes en lo que se refiere a Investigación, Servicio y Docencia; de ahí surge una propuesta en conjunto:

a) La prestación de servicios odontológicos en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria a mayor cantidad de población.

b) La utilización de la docencia como medio de adecuar los recursos

a la realidad, y

c) La investigación que retroalimente la docencia y el servicio.

MARCO DE REFERENCIA  
\*\*\*\*\*

ANTECEDENTES  
-----

El planteamiento integrador propuesto a nivel de diferentes foros odontológicos, ha definido la necesidad de "implementar la docencia en los servicios que se presentan a la población como parte del sistema de salud imperante en cada país, tomando como objetivo, producir un cambio en el mismo a través de la formación profesional" (2). La tesis original propone la integración Docencia-Servicio como una estrategia para el cambio. Además de una estrategia, se puede decir que Docencia-Servicio es un proceso en el cual hay un conjunto de esfuerzos, en el que interactúan las entidades formadoras de recursos humanos, las prestadoras de servicios y la comunidad, para transformar las condiciones de salud bucal de esta última. Se incorpora la investigación como un elemento de enlace, sin cuya participación no es posible desarrollar el proceso; todo el conjunto "es un verdadero proceso de cambio social que persigue la solución de los problemas de salud bucal de la población y no una simple estrategia para resolver los problemas políticos administrativos de las instituciones involucradas en el mismo". (3) El papel de la comunidad está al mismo nivel de las instituciones formales participantes; cuando se habla de formación de recursos humanos, se refiere también a la desmonopolización de conocimientos hacia la comunidad. Ubicándose a la comunidad no como un elemento receptor de obras y beneficios, sino como un elemento incorporado en toda la actividad.

Se mide el éxito del programa por la capacidad de cambio social, especialmente en lo que a salud general y bucal se refiere.

La formación de recursos humanos en estas condiciones requiere definir políticas y perfiles congruentes con los principios sustentados, proponiéndose con esta base el cambio curricular de la Facultad de Odontología, que define la necesidad de formar diferentes tipos de personal; pero por las condiciones existentes en la actualidad, inicia su modificación curricular con la formación del Odontólogo General, cuyo perfil es:

1. Capaz de manejar a un alto nivel el conocimiento fundamental del sistema estomatognático, su estructura, su función y evolución; todo ello dentro del concepto de salud y enfermedad, relacionado este conocimiento con el resto del organismo y con el individuo como parte

de una colectividad.

2. Altamente crítico y creador, con características de liderazgo. Capaz de identificar los factores socio-económicos determinantes de las condiciones de vida y salud de la población salvadoreña, a través del conocimiento y aplicación del método científico.

3. Capaz de manejar con sentido interdisciplinario las enfermedades del sistema estomatognático, más prevalentes en la población salvadoreña; con ello se convertirá en un recurso básico para el fomento, mantenimiento y recuperación de la salud del individuo y de la comunidad; para este efecto utilizará conceptos de transferencia del conocimiento, simplificación de la práctica odontológica y trabajo en equipo, y será el nexo entre el equipo de salud bucal y el de salud general.

4. Capaz de organizar y administrar los servicios odontológicos, en los diferentes modelos de práctica profesional, mediante la utilización de sistemas y técnicas que faciliten el empleo de los recursos humanos, físicos y administrativos.

Todo ese proceso de cambio curricular, es la culminación de las recomendaciones y resoluciones de diferentes foros locales, regionales y extrarregionales, tales como la reunión de Alma Ata auspiciada por la Organización Mundial de la Salud en 1978, que enfatiza la necesidad de alcanzar "Salud para todos en año 2000".

La Federación Odontológica de Centro América y Panamá, a través de las diferentes mesas de trabajo, recomienda que "el ejercicio profesional odontológico llegue a más población"(4) y que "la solución de los problemas de salud oral de los pueblos de Centro América y Panamá, depende de la interrelación planificada entre facultades de Odontología e Instituciones como Salud Pública y Seguridad Social".(5)

En 1985 se inician los pasos para efectuar los cambios recomendados; se desarrolla el Seminario Taller sobre "Currículum de la Facultad de Odontología y la Salud Bucal del País", donde se hace el análisis de la situación de la Odontología en El Salvador y se propone un cambio curricular que persigue formar un recurso que pueda innovar o modificar el ejercicio profesional odontológico, que haga mas accesibles los servicios a la mayoría de la población. Participan en esa actividad los miembros de la comunidad univesitaria y odontólogos representantes del Ministerio de Salud Pública. En ese mismo año se establece el proyecto de creación de un "Centro Estomatológico Nacional de Investigación Científica" que se encargaría de desarrollar investigación en el área de la Estomatología, proyecto en el que coparticipan el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de El Salvador.

En 1987, el Consejo Superior Universitario, aprueba la nueva

estructura curricular de la Facultad de Odontología, en la cual se plasma la necesidad de desarrollar la Investigación, Servicio (Proyección Social para la Universidad) y Docencia, como parte esencial del quehacer universitario. En un trabajo conjunto entre la Dirección de Odontología del Ministerio, la Comisión Curricular de la Facultad y la Asesoría de la OPS, se propone un proyecto de convenio para el establecimiento del programa conjunto de Investigación, Servicio, Docencia. El proyecto se convierte en programa, al ser firmado por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y el Rector de la Universidad de El Salvador, en enero de 1988. Se inicia así una nueva situación de coparticipación interinstitucional que busca superar los graves problemas de salud bucal en el país.

## SITUACION ACTUAL

-----

Al efectuar el análisis de la situación de la salud y de la salud estomatológica en la región, es necesario comprender que ambas están inmersas en la situación de la economía latinoamericana, y que su desarrollo global es dependiente de los vaivenes del desarrollo social y económico.

La crisis económica y social ha determinado una situación de dificultad extrema en lo que a salud se refiere, donde los grandes sectores de la población de los países de América Latina siguen sin tener un acceso real a los servicios; además hay una evidente restricción de los recursos disponibles, una utilización de tecnología no adecuada y una irracional utilización y centralización de los recursos disponibles en general (Universidad y Ministerio). Es evidente que con el panorama descrito hay que buscar métodos y estrategias que permitan efectuar ajustes en la prestación de los servicios, para que con los mismos recursos se puedan solucionar los problemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han recomendado la transformación de los sistemas de salud que permitan la utilización eficiente de los recursos. La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana ha definido las prioridades programáticas para el futuro cercano en tres grandes áreas:

1. El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria de salud.
2. La atención a los problemas prioritarios de salud presentes en los grupos humanos más vulnerables, con programas específicos puestos en marcha a través del sistema del servicio de salud.
3. El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores. (6)

El momento histórico por el que atraviesa la sociedad salvadoreña se puede caracterizar como una etapa de transición social, en la que las fuerzas del progreso tratan de impulsar una fase social nueva; en donde la justicia, la paz, la democracia y la solidaridad, sean parte fundamental de la convivencia del hombre.

Dentro de ese contexto social, la Universidad de El Salvador define los parámetros para su desarrollo planteándose la necesidad de coadyuvar al cumplimiento de tareas que busquen un desarrollo nacional autónomo, libre y soberano. Lo inicia con un ajuste en sus estructuras académicas, legales y administrativas, para responder de manera óptima a las exigencias de ese futuro inmediato, de manera que se promueva una profunda renovación de la conciencia, preparando científicos y técnicos capaces de identificarse con los problemas de la realidad nacional y con el progreso social, de tal manera que puedan influir activa y conscientemente en esa realidad. La Universidad para alcanzar esos fines utiliza sus instrumentos profesionales: la ciencia, la cultura y el arte, mediante sus funciones específicas: la investigación, la docencia y la proyección social.

Como institución la Universidad no escapa a la crisis económica, social y política del país, en la que el ritmo de la inflación y el deterioro del salario real, empeoran las condiciones de vida de la población; la situación presupuestaria injusta no le permite atender con la calidad académica adecuada, la alta demanda de estudiantes que anualmente solicitan ingreso.

La Facultad de Odontología (UES) está consciente de la realidad socio-económica que influye en el deterioro de la salud buco-dental, y las deficiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje odontológico; para solucionar estas deficiencias ha puesto en función, a partir del primer ciclo académico del año lectivo 1987-1988, el nuevo curriculum de estudios planificado y organizado en una concepción de tipo integral.

#### Clínicas Intramurales

---

Al inicio de la nueva estructuración curricular, se encuentra vigente el curriculum de 1977 modificado, por lo que se plantean diferentes formas de atención odontológica y diferentes modalidades de enseñanza, hacia el interior de las clínicas de la facultad.

A partir del mes de febrero de 1988 se inició la integración del curriculum de 1977 modificado, al nuevo diseño curricular en los aspectos de investigación, servicio, docencia, a través del concepto de clínica integral. Para ello se utilizan las clínicas tradicionales con estudiantes de ambos planes de estudio, de manera que se desarrollan actividades tradicionales de acuerdo con los requisitos exigidos en el curriculum de 1977 modificado, con estudiantes de este plan y las actividades iniciales que establece el nuevo curriculum.

Para estas prácticas se cuenta con cuarenta (40) puestos de trabajo odontológico tradicionales reacondicionados y equipos que tienen un promedio de tiempo de uso de 35 años.

La clínica cuenta con once equipos más, los cuales son utilizados por estudiantes que desarrollan la práctica Pre-Profesional Integrada (curriculum 1977 modificado) y por los incorporandos de universidades extranjeras. Hay además una clínica de emergencia que cuenta con un puesto de trabajo con equipo odontológico innovado y que es atendida, en turnos, por los estudiantes del último año de la carrera.

Con el propósito de preparar al personal docente en el manejo del sistema de clínica integral, se realizan reuniones en las que se discuten la filosofía, conceptos y técnicas de este sistema de trabajo.

Los pacientes que acuden para demandar servicios odontológicos son de escasos recursos económicos, con grandes limitaciones para cubrir las necesidades básicas de vida. Por lo que se ven en serias dificultades para retribuir el costo del tratamiento; por eso, con el propósito de buscar soluciones a esta situación ya que para estos pacientes la Facultad de Odontología es la única alternativa de solución para su problema, se ha organizado una oficina de servicio social que actualmente cuenta con una alumna Trabajadora Social, que colabora con los estudiantes de Odontología en el examen y diagnóstico de la situación socio-económica del paciente y busca las posibilidades de solución a través de terceras personas que ayuden a financiar el tratamiento.

En lo que respecta al sistema innovado, se ha utilizado una de las construcciones semipermanentes hechas después del terremoto de 1985, rediseñada para instalar clínicas con los modelos innovados sugeridos por OPS. Este proceso se ha realizado en varias etapas, estando por concluirse la instalación de la segunda etapa (abril de 1988). Hay que hacer notar que toda la fabricación de este equipo, exceptuando dos de los elementos (módulo y sistema hidráulico del sillín dental) ha sido realizada en el país a bajo costo.



En el Hospital Rosales, la Facultad cuenta con cuatro (4) puestos de trabajo con equipos tradicionales, donde se atiende diariamente un alto número de pacientes de Cirugía Oral y Máxilofacial.

Se han instalado dos puestos de trabajo innovados en la comunidad Aragón II, donde se efectuarán tratamientos del primer nivel de atención (Periodontal, Extracciones, Operatoria, Endodoncia simplificada) y campañas de prevención comunitaria.

#### Pre-Clínicas

Debido a la destrucción de los edificios por el terremoto de octubre de 1986, se construyeron edificaciones provisionales en las áreas de estacionamientos, locales que además de ser inadecuados, son insuficientes para la demanda académica actual (abril/1988); lo que condiciona un alargamiento de los ciclos académicos, produciéndose un aumento en el tiempo de estudio de los estudiantes, además de la disminución en la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje.

#### Oficinas Administrativas

Funcionan en el edificio de la Facultad de Medicina, donde también se utilizan algunas aulas y laboratorios.

#### Laboratorio de Técnica Dental

Se cuenta con un laboratorio de Técnica Dental, para elaborar la mayoría de los trabajos odontológicos que los pacientes requieren durante su tratamiento; no se cuenta aún con un laboratorio para cromo-cobalto, por lo que hay que enviar dichos trabajos fuera de la Facultad.

#### Equipos de Rayos X

- 4 Aparatos de Rayos X periapicales.
- 2 Aparatos de RX panorámicos (uno en buen estado y el otro descompuesto).
- 1 Cefalostato completo que no está en funcionamiento (debido a la falta de espacio).

## Recursos Humanos

- 55 Odontólogos Docentes en diferentes áreas.
- 2 Docentes, Licenciados en Laboratorio Clínico.
- 1 Técnico en Laboratorio de Patología.
- 1 Director de Clínicas.
- 1 Coordinador de Clínicas Intramurales.
- 1 Coordinador de Clínicas Extramurales.
- 1 Coordinador de Pre-Clínica.
- 4 Técnicos de Laboratorio Dental.
- 5 Técnicos en Mantenimiento de equipo odontológico.
- 4 Personal de Arsenales Dentales.

## PROGRAMA GUBERNAMENTAL DE SALUD BUCAL

El programa de Salud Bucal es un componente del programa de salud de El Salvador que fundamentado en las políticas, planes y programas generales de salud, define de acuerdo con las estrategias que involucren las características socio-económicas y la problemática del país, la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la Salud Bucal de la población con la decidida colaboración de la comunidad en las acciones que se llevan a cabo.

Para este fin existe dentro del Ministerio de Salud, el Departamento de Salud Bucal; éste, al mes de marzo de 1988, presenta la siguiente situación:

El Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública de El Salvador depende de la División de Atención Integral a la Persona; y ésta a su vez, de la Dirección de Servicios Técnicos Normativos Operativos.

El Departamento como tal tiene funciones normativas y administrativas y opera los programas a través de las cinco regiones del país en las cuales hay un director del que dependen los Supervisores de Salud Bucal, quienes administran los programas de salud bucal que se realizan en los establecimientos de salud.

Los Odontólogos locales jerárquicamente dependen en primera instancia del Director del establecimiento, quien a su vez depende del Director Regional; éste se comunica con el nivel central a través del Director Normativo Operativo.

## Recursos Humanos Odontológicos

Actualmente el Departamento cuenta a nivel central con un jefe a tiempo completo y un colaborador a medio tiempo; regionalmente se cuenta con un Odontólogo Supervisor a tiempo completo.

Para el Programa Investigación Servicio-Docencia, se cuenta con la Jefatura y los Odontólogos Supervisores de las Regiones Metropolitana y Oriental, en los cuales, según el convenio, se inicia el programa; este personal también continuará sus funciones para los programas tradicionales.

En la Región Metropolitana se contará con 47 Odontólogos de los servicios involucrados.

1 trabaja 8 horas diarias.  
3 trabajan 3 horas diarias.  
44 trabajan 2 horas diarias.

Hacen un total de 104 horas odontólogo diarias. Dos de los que trabajan 4 horas diarias dominan la técnica de 4 manos, pues han recibido adiestramiento fuera del país.

En la Región Oriental, con excepción del Hospital San Miguel, que tiene tres Odontólogos (uno de 4 horas y dos de 2 horas diarias) el resto de los Odontólogos trabaja 8 horas diarias para el Ministerio de Salud, y ninguno de ellos domina la técnica de 4 manos.

En todos los servicios en que se desarrollará el proyecto se cuenta con personal auxiliar que atiende al Odontólogo; su categoría es diferente: algunos son auxiliares de enfermería, con funciones de asistente dental; otros son elementos de la comunidad que han aprendido el trabajo a través de la práctica. Ninguna auxiliar es graduada en carreras técnicas de odontología y ninguna auxiliar de las previstas para el proyecto domina la técnica de cuatro manos; su grado de escolaridad varía desde el 3er. grado de primaria hasta el de bachillerato en salud. Toda la atención odontológica actual en el Ministerio está basada en la enseñanza tradicional de la odontología.

#### Recursos Físico-Técnicos

---

De los puestos de trabajo ofrecidos para el proyecto, solamente se cuenta en la actualidad con 3 innovados, producidos en los talleres del Ministerio; están en proceso de instalación 4 puestos más, todos en la región Metropolitana; los restantes puestos son tradicionales tanto en la región metropolitana como oriental. Optimistamente se podrá contar a un año plazo con 12 puestos innovados más, en tres

servicios de salud de la Región Metropolitana.

La mayoría de equipos tradicionales adolece de problemas mecánicos de funcionamiento.

El resto de regiones del país tiene exclusivamente equipo tradicional, con las características antes apuntadas.

#### Recursos Materiales

---

El Ministerio de Salud, tal como el convenio lo describe, puede proveer material que ha estado proporcionando para cumplir con sus programas actuales.

#### Preparación del Recurso Humano para el Proyecto

---

Del recurso humano del proyecto, solamente los Odontólogos de la Región Metropolitana han recibido información verbal del proyecto, los directores locales lo conocen superficialmente, y el personal auxiliar lo desconoce casi por completo.

De los Directores Regionales, solamente el de la Región Metropolitana tiene información del proyecto; el resto de Regionales lo desconoce.

Dos de los Odontólogos locales han recibido adiestramiento del sistema innovado de atención en Cerón por 10 días.

Un Odontólogo del servicio, pero de un establecimiento que no es del proyecto, tiene un conocimiento y práctica mayor en la técnica de 4 manos, con un adiestramiento de 1 mes en Cerón.

Conceptualmente, solo la Jefatura y 2 Supervisores Regionales (Metropolitana y Central) conocen los objetivos del proyecto.

Actividades Odontológicas actuales de los servicios por involucrar en el proyecto.

#### Actividades Educativas

---

Charla diaria pre-consulta dada por la auxiliar. Charla a grupos organizados de la comunidad, dada esporádicamente por el Odontólogo.

#### Actividades Preventivas

Supervisión esporádica de los enjuagatorios de Flúor (Odontólogo u otro personal de salud).

#### Actividades Curativas

Obturaciones de amalgama, tartarectomias y exodencias.

Las coberturas en los diferentes subprogramas abarcan apenas a un 6% de la población con atención a las prioridades generalmente dirigidas al alivio del dolor. La atención integral por paciente es desconocida en el actual sistema.

#### Recursos Financieros del Proyecto

Fondos especiales, ninguno; se ocuparán los mismos con que actualmente cuentan las instituciones.

## MARCO CONCEPTUAL

### PROGRAMA DE INVESTIGACION-SERVICIO-DOCENCIA (ISD)

El Programa Investigación-Servicio-Docencia Odontológica es una acción conjunta entre el Ministerio de Salud y la Facultad de Odontología, enmarcado dentro de los Sistemas Locales de Salud, y contempla múltiples actividades cuya finalidad es desarrollar de manera científica, la atención odontológica integral a la población. Para tal efecto se parte de:

1. El cambio curricular de la Facultad de Odontología.
2. El convenio firmado por ambas entidades.
3. La modificación o adaptación de los actuales modelos de atención odontológica utilizados por el servicio y la docencia con énfasis fundamental en el aumento de la cobertura y el papel de la atención primaria.

Se concibe la atención primaria como "La asistencia esencial en salud, basada en investigaciones biológicas y sociales dirigidas a resolver los principales problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, prestando servicios de promoción, protección, restauración y rehabilitación. Debe dar cobertura universal todo el tiempo y en cada una de las etapas del ciclo vital a través de servicios apropiados, eficaces y económicos. Implica igualmente la participación de los individuos, la familia, la comunidad, el sector salud y otros sectores. (7).

Lo que aplicado a Salud Oral, se expresa como:

"El conjunto de acciones orientadas a la identificación, prevención y solución de los principales problemas de la población afectada, las cuales se producen como fruto de la participación consciente y organizada de la comunidad y de su cooperación con los organismos e instituciones de salud. Estas acciones se concretan a través de la utilización de tecnologías apropiadas y recursos humanos puestos al alcance de todos los individuos y familias, a un costo que la comunidad y el país pueden soportar.

Esto constituye el primer nivel del Sistema Nacional de Salud, y es por consiguiente un elemento primordial del desarrollo social y económico global de la comunidad". (8)

La participación autodeterminada y autorresponsable de la comunidad en la identificación, prevención y tratamiento de sus problemas de salud oral, introduce una diferencia fundamental entre la atención primaria y los cuidados primarios de las enfermedades bucodentales más frecuentes, los cuales usualmente se planifican de arriba hacia abajo, cuyas prioridades se establecen en los niveles centrales de decisión y se concretan generalmente en acciones fragmentarias y

matilantes. La atención primaria se origina en la propia comunidad, la cual deja de ser objeto pasivo de la asistencia y se hace protagonista de un esfuerzo de generación y prevención de la salud, que incluye el control de las afecciones ya manifestadas.

Hay que considerar a continuación los aspectos generales fundamentales de la atención primaria:

1. INVESTIGACION: producción de conocimientos esenciales, para la atención primaria de salud oral, en cada realidad (área geográfica específica, comunidad o sector poblacional) que permita la planificación y ejecución adecuadas de la atención.

Los principales tipos de investigación por realizarse son:

- a) Socio-epidemiológica
- b) Clínico-patológica
- c) Bio-patológica

2. EDUCACION: esencialmente se refiere al intercambio de experiencias y conocimientos entre la comunidad y el equipo de salud; e implica además el mejoramiento educativo de la población, lo que incluye la articulación de los servicios con las organizaciones comunales, hasta el desarrollo de programas específicos dirigidos a la educación comunitaria.

La acción educativa tiene como objetivos básicos:

- a) Contribuir a la formación de la conciencia colectiva, crítica, y a estimular su participación en las labores de atención primaria.
- b) Apoyar los subprogramas de prevención y tratamiento.

3. PREVENCIÓN: comprende varios tipos de medidas y acciones, desde las de naturaleza no específicas (tales como fluoruración del agua o la sal) hasta métodos específicos (tales como enjuagatorios con contenido fluor eliminación de placa bacteriana) y combinación de ambas, tomando en cuenta las posibilidades del programa.

4. TRATAMIENTO: acciones que deben ser dirigidas al control de la infección, eliminación del dolor y de la hemorragia, y a la solución de los problemas prioritarios de caries dental y enfermedad periodontal; todo lo cual incluye desde actividades elementales, hasta acciones de mayor complejidad.

Todo el proceso descrito busca modificaciones conductuales en el personal de las instituciones participantes a través de la formación educativa basada en el conocimiento de la realidad y el conocimiento científico aplicado a esa realidad. La teoría se supedita a la práctica y esta última a su vez se ve condicionada por una problemática real existente y no sobre supuestos. El programa (ISD) implica además el desarrollo del Segundo y Tercer niveles de atención, en la medida que las necesidades y en especial los recursos lo permitan.

Además de la promoción de la salud y de las actividades de prevención específica que acompañan las actividades de cada nivel, se enumeran a continuación las que corresponden a cada nivel:

**Primer Nivel:**  
-----

Emergencia  
Extracciones dentarias  
Operatoria  
Endodoncia simplificada  
Mantenedores de espacio simplificados  
Tratamientos periodontales simples.

**Segundo Nivel:**  
-----

Endodoncia  
Cirugía dentomaxilar  
Prótesis simplificada  
Tratamientos periodontales.

**Tercer Nivel:**  
-----

Especialidades  
Cirugía y Prótesis Máxilofacial  
Oncología.

Al hacer la evaluación de las actividades que corresponden a cada nivel y desde el punto de vista docente, se comprende que estas estarán distribuidas entre lo que se conoce como nivel de pregrado y de postgrado, así:

**Pregrado:**  
-----

Actividades del Primer nivel de atención  
Actividades del segundo nivel de atención  
Actividades de prevención.

**Postgrado:**  
-----

Actividades del segundo nivel de atención  
Actividades del tercer nivel de atención  
Actividades de prevención.

Como se menciona previamente, la ampliación hasta el segundo y tercer niveles de atención sólo podrá efectuarse cuando se formen los recursos humanos que cubran totalmente esas actividades (cursos de



postgrado) y se obtenga la infraestructura que lo permita (recursos físicos). Todo lo cual será parte del Programa Investigación, Servicio, Docencia.

Las actividades que se realizan en el nivel de pregrado, son aquellas que demanda la población con mayor frecuencia, no importando su complejidad; esto quiere decir que el personal que las desarrolla debe tener una alta formación. Las actividades que se realizan en el nivel de postgrado, son aquellas que por su complejidad y su relativa poca frecuencia requieren de un personal con una alta formación dirigida hacia la solución de esa problemática.

La utilización racional de los recursos de las instituciones coparticipantes determina donde se desarrollarán las actividades correspondientes a cada nivel de atención; esa distribución se resume así:

- a) El primero y segundo niveles de atención serán proporcionados en los Sistemas Locales de Salud y en las Clínicas de la Facultad de Odontología.
- b) El segundo y tercer niveles de atención, serán proporcionados en las Clínicas de la Facultad de Odontología y en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud.

#### CLINICA INTEGRAL

Sin importar el nivel de atención que se proporciona, el equipo que se utilice (tradicional o innovado) el modelo de atención odontológica se basa en la Clínica Integral; ésta considera la atención integral de cada paciente, buscando proporcionar su alta odontológica. El cerebro de todo el proceso de atención es el área de examen, diagnóstico y plan de tratamiento (pre y postgrado) orientado hacia los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la población atendida. El modelo de atención en general está diseñado para aumentar la cobertura y busca transformarse en una práctica odontológica eficaz y eficiente, para lo cual hay que considerar los aspectos mas relevantes.

#### a) Recursos humanos:

El trabajo en equipo es básico y fundamental, basado en los niveles de adecuación y manejo del conocimiento; los recursos humanos que forman el equipo son; primero, aquellos que para su formación y para la aplicación de los conocimientos, requieren de un proceso formal; y segundo, aquellos que a través de un proceso informal, pueden manejar algunos conocimientos. En el primer grupo están el Odontólogo, los Técnicos Clínicos y de Laboratorio, y el Personal Auxiliar. En el segundo están aquellos recursos preparados en el transcurso de un proceso informal, tales como los líderes de la comunidad o los que

mediante entrenamiento simple pueden trabajar dando guías en la aplicación de medidas preventivas o algunas curativas de poca complejidad (simplificación). El segundo grupo es la comunidad, la que debe ser, por un lado, receptora de información seleccionada; y por otro, debe dar información de su realidad para la producción del conocimiento odontológico necesario.

b) Equipos. Se plantea también aquí la simplificación, y algunos de sus elementos son:

---

- Eliminación del mayor número de elementos superfluos.
- Diseño y número de elementos necesarios para realizar un trabajo de alta calidad.
- Tamaño adecuado y diseño para actividades específicas.
- Hay que incluir aquí los espacios físicos necesarios para desarrollar el proceso.

c) Simplificación de Sistemas o modos de práctica odontológica:

---

Se incluye aquí, el trabajo por cuadrantes y las técnicas a cuatro y seis manos. Se produce así una integración inicial del equipo de trabajo, disminución de tiempos al trabajar por cuadrantes, disminución de costos y una atención cualitativamente mejor para el paciente, quien se ve expuesto a un menor número de citas, comparado con la forma tradicional de trabajo.

d) Simplificación de instrumental, que presenta dos aspectos:

---

El Primero corresponde a la disminución de pasos con la simplificación de técnicas, en el que obviamente, el instrumental que se utilizaba en el paso eliminado, se hace necesario; y el segundo, en relación con la tendencia natural del operador que consciente o inconscientemente se adapta a un cierto tipo de instrumental, que es el que más utiliza para diferentes acciones. Otro aspecto importante por señalar es que en el trabajo por sistemas, por ejemplo a cuatro (4) manos, puede llegar a definirse un instrumental mínimo necesario que permita realizar acciones con alta calidad.

e) Simplificación de materiales y medicamentos:

---

Siendo congruentes con la afirmación de que la salud es un derecho de todos, es indudable que no se puede seguir pensando en materiales, que sin entrar a analizar su calidad, podrían servir para tratar adecuadamente a unos pocos, pero con los cuales es imposible atender a todos. Ejemplo: Oro, Porcelanas Dentales.

f) Simplificación de técnicas:

---

Es uno de los principales desafíos, porque requiere mayor esfuerzo crítico y creativo, así como recursos humanos que manejan el método

científico.

Este desafío es mayor para los profesionales que han logrado el dominio de las técnicas más complejas o de los profesores que se estiman con grandes cualidades y conocimientos. Resulta más fácil diseñar una técnica compleja que una simple. La decisión importante en la simplificación de las técnicas, estará dada nuevamente por aquellos pasos que puedan eliminarse sin disminuir la calidad, y a un menor costo.

Por último, es necesario acotar que de los pasos señalados, cuando se les considera separadamente, si bien es cierto que algo aportan, este aporte no es significativo; el cambio no está en utilizar solamente personal auxiliar o equipos simplificados o técnicas simplificadas, o un nuevo material; el cambio está en utilizar un nuevo sistema, que aprovecha cada uno de esos aspectos considerados aisladamente, y que aplicados en conjunto están dando resultados hasta ahora sorprendentes. (9)

## PROGRAMA OPERATIVO

### Objetivo:

El objetivo fundamental del programa, es la formación de recursos humanos para la Salud Bucal.

### Operativización:

Para operativizar el programa ISD se desarrollarán las actividades que se proponen a continuación:

#### I. Formación:

Preparación, Convalidación o Adecuación de Recursos Humanos para:

A) Atención odontológica integral a la población, lo que comprende:

- Manejo del proceso historial, examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento, que se realizan en la forma más completa posible a cada paciente; para ello se utilizarán las clínicas tradicionales o innovadas, con una ficha única clínica, donde se detallan los hallazgos y se propone un plan de tratamiento con una secuencia de pasos, que resuelve prioritariamente los problemas más urgentes. Todo plan de tratamiento debe basarse en los diagnósticos biológicos, psicológicos y sociales en concordancia con la disponibilidad del servicio.
- Manejo del proceso de tratamiento, que sigue los lineamientos del plan previamente establecido y dentro del nivel de atención que el programa esté en capacidad de proporcionar a la población. Con la utilización de la tecnología a cuatro (4) y seis (6) manos para realizar un trabajo por cuadrante, arcada o total en el cavidad bucal.
- Manejo de los métodos de prevención individuales y colectivos.
- Manejo de la metodología de introducción a la comunidad.

Las condiciones en las que se realicen los exámenes deben ser óptimas para que estos sean confiables. El diagnóstico de cada caso debe basarse en todos los exámenes estimados necesarios, que se han efectuado para proponer el plan de tratamiento más adecuado.

Para ello se hace indispensable que tanto los aspectos físicos como el equipamiento lo permitan, en el entendido de que quienes lo diseñan, manejan en profundidad la semiología, patología, tipos de tratamientos, planificación, programación y conozca las necesidades del servicio. La secuencia o ruta que seguirá el paciente es:

1. Recepción: en este lugar, el paciente es recibido por primera vez, hay dos posibilidades: si el paciente sabe leer y escribir, se le entrega una ficha o expediente clínico para que la llene con sus datos personales y conteste algunas preguntas que el expediente indica; si no sabe leer, el proceso es realizado con ayuda de personal auxiliar.

Para todo lo anterior se cuenta con un lugar apropiado donde se puede realizar esta parte. Cuando es paciente infantil, el proceso lo efectúa la persona responsable que lo acompaña o el personal auxiliar encargado.

Aquí el paciente es interrogado por personal auxiliar, entrenado para llenar otra parte de la ficha y revisar lo hecho por el paciente, el que queda incorporado al servicio como paciente de primera cita (para paciente infantil, se efectúa el interrogativo a la persona encargada).

2. Microbiología: aquí se determina la susceptibilidad a la caries que tiene el paciente, y se hace el estudio de la placa dentobacteriana (si se cuentan los recursos para ello).

3. Examen Clínico: se procede a llenar otras partes de la ficha, realizándose aquí el examen clínico completo del aparato estomatognático y la necesidad de otros exámenes complementarios (Rx, sangre, orina, etc.). Es importante destacar que aquí se determinan las condiciones psicológicas del paciente, las que deben ser incorporadas a la ficha.

4. Visitadora Social: existe una sala de entrevistas con una visitadora social, donde se determinan las condiciones socio-económicas del paciente, las que también son incorporadas a la ficha.

5. Sala de Entrevistas: en este lugar el profesional, tomando en cuenta las actividades y exámenes realizados, procede a proponer el Plan de Tratamiento, en conversación con el paciente, a fin de determinar la factibilidad del mismo, consultándose a través del sistema administrativo (computadora, si la hay) las disponibilidades del servicio.

6. Programación: una vez establecido el plan, éste se incorpora al sistema administrativo (computadora, si la hay) para que se programen las actividades en el servicio, citas, controles, etc.

Desde el punto de vista biológico, es conveniente tomar en cuenta la "urgencia" del o una parte del tratamiento, lo que puede ser de inmediato (dolor, hemorragia) o al más breve plazo posible (carcinoma).

Desde los puntos de vistas psicológico y social también pueden existir urgencias, generalmente de tipo estético (diente anterior o prótesis). Con urgencia o no, el plan debe tratar de que cada cita asegure el mayor aprovechamiento de la misma, sean éstas seguidas o espaciadas. Uno de los aspectos importantes en la disminución de los costos es tomar en cuenta lo anteriormente expresado.

Mientras más actividades se pueden realizar en una sesión, mejor limitadas por supuesto, por la condición psicológica del paciente.

Por ello, en cuanto es posible, se prefiere programar por cuadrantes, arcadas o bocas completas, en lugar de por unidad diente en cada sesión.

Los tiempos que generalmente se aceptan como "normales" para atender a un paciente que necesita múltiples actividades de tratamiento en la boca (cavidades, endodoncia, extracciones, etc.) es de una hora para los niños y de una hora y media para los adultos.

B) Tratamiento de supervisión a nivel del servicio, lo que comprende:

- Manejo del modelo de atención odontológica y del nivel de atención que se está aplicando; esto incluye: manejo de la ficha clínica, del proceso de atención al paciente, del proceso administrativo necesario para la atención al paciente (secuencia del manejo del material, instrumental, equipo accesorio, ropa, esterilización) manejo del proceso administrativo necesario para establecer las necesidades y requerimientos de medicamentos, materiales e instrumental en el servicio.
- Manejo de metodología docente para la evaluación del personal que desarrolla las actividades del programa: odontólogos, estudiantes, operadores y auxiliares, y personal administrativo de apoyo.
- Manejo de la metodología básica para desarrollar investigación: entrevista, encuesta, listas de cotejo, etc.
- Manejo del programa ISD: parte conceptual y operativa.
- Conocimiento o manejo de la metodología para educación continuada y capacitación, comprende actividades que debe realizar el personal de salud, con el fin de mantenerse actualizado para cumplir mejor las funciones asignadas. Se consideran aquí las siguientes actividades:

Sesión para discusión de casos clínicos: es la reunión que se lleva a cabo con la finalidad de analizar un expediente o ficha clínica, para evaluar diferentes aspectos relacionados con el diagnóstico,

tratamiento y evolución de una entidad patológica.

**Sesión Bibliográfica:** en ella se analiza información actualizada, publicada en cualquier tipo de material impreso.

**Sesión Radiológica:** tiene el propósito de presentar estudios radiológicos, que son interpretados y analizados con el propósito de conocer imágenes anatómicas normales o imágenes patológicas que presenta o presentó un paciente.

**Sesión Anatomoclínica:** en este tipo de sesiones se efectúa una correlación entre los síntomas, signos y alteraciones funcionales que presentó un determinado paciente.

**Sesión de Análisis de casos:** reunión que se lleva a cabo para analizar un caso, desde la perspectiva de otros profesionales, no médicos o técnicos (estudio de familias, datos psicológicos, etc.).

**Sesión General:** es aquella en la que participa el personal de todos los servicios médicos de una unidad, con el fin de analizar temas de interés común.

**Sesión Departamental:** es la reunión del personal de un mismo servicio o departamento, cuyo objetivo es discutir sobre temas relacionados con su ámbito de acción.

**Sesión de Revisión de Expedientes o Fichas Clínicas:** es la que se lleva a cabo con el propósito de revisar expedientes o fichas clínicas tomadas al azar, para evaluar su orden, limpieza, calidad de notas, adecuación de diagnósticos sospechados y los exámenes de laboratorio y gabinete solicitados, así como la terapéutica indicada. Estas sesiones proporcionan información acerca de la calidad de la atención que se está impartiendo y señala defectos que pueden ser corregidos por medio de la educación continuada.

**Sesión para Revisión de Procedimientos y Técnicas:** es aquella en donde se analizan y muestran procedimientos y técnicas específicas que requieran actualizarse.

**Visitas del Profesor:** es una alternativa educacional que permite poner al alcance del personal de salud de un servicio, los conocimientos y experiencias de un docente experto en un área específica para propiciar el aprendizaje en servicio de personal (Odontólogos, Personal Técnico y Estudiantes).

- Conocimiento o Manejo del Currículum de la Facultad de Odontología.

## II. Desarrollo del proceso de investigación estomatológica orientado por el currículum de la Facultad de Odontología.

Se establecen inicialmente investigaciones socioepidemiológicas, biopatológicas y clinicopatológicas; entre ellas se opone:

A) Determinación y caracterización de los problemas del proceso salud-enfermedad estomatológica que sufre el salvadoreño, de conformidad con sus características personales y ambientales.

B) Determinación y caracterización de las necesidades y tipos de servicio estomatológico que requiere el salvadoreño, de conformidad con sus diferentes características.

C) Técnicas y procedimientos de trabajo estomatológico que permitan ofrecer a la población salvadoreña, programas y servicios cada vez de mejor calidad a mayor cantidad de personas, minimizando costos.

D) Producción, a partir de los recursos naturales propios de El Salvador, los biomateriales estomatológicos necesarios para los programas y servicios que necesita la población.

E) Producción local, con utilización de la mano de obra disponible en el país, de equipo e instrumentos estomatológicos requeridos para los programas y servicios que necesita la población.

F) Contratación científica con la realidad concreta del país de: técnicas, procedimientos, biomateriales y demás, provenientes del exterior y que desde el punto de vista teórico podrían ser científicamente válidos y significativos para el Salvador.

Para desarrollar todo lo expuesto en los seis numerales anteriores es necesario:

- Elaborar el diagnóstico de la comunidad o comunidades hacia quienes está dirigida la o las investigaciones.

- Desarrollar a partir del diagnóstico, el o los protocolos de investigación.

- Desarrollar el proceso de recolección de información.

- Desarrollar el proceso de tabulación y contrastación de datos.

- Presentar el informe final.

#### RECURSOS:

Los recursos que se utilizarán para desarrollar el programa están definidos por el convenio (UES-MISPAS). Para efectos de la operativización es necesario definir las características de los recursos:

#### HUMANOS:



a) Recursos necesarios para la formación de formadores (Odontólogos del Servicio y Docentes); se refiere a aquel personal necesario en la capacitación de los Odontólogos del Servicio y Docencia en las actividades que se desarrollan dentro del programa.

b) Recursos para desarrollar el programa:

Se refiere a los Odontólogos del Servicio y de la Docencia que dirigirán las actividades del programa, y el personal Odontológico que lo desarrolla.

Este personal puede ser de diferentes niveles: Odontólogos, estudiantes y Técnicos (inicialmente las asistentes dentales).

c) Recursos de apoyo al programa:

Secretarias, Personal de Transporte, de limpieza, etc.

#### MATERIALES:

Los recursos materiales serán definidos por las necesidades propias de cada actividad que desarrolle el programa; el proporcionamiento de ellos está definido en el convenio interinstitucional.

El programa ISD iniciará sus actividades con 22 puestos de trabajo, repartidos en diferentes Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

#### EVALUACION

Las instituciones participantes evaluarán el cumplimiento de lo establecido en este programa, siendo esta fase lo más importante que se hace para establecer los resultados obtenidos a partir de su operativización. En términos de objetivos, la evaluación por realizar deberá medir la capacidad con que el personal formado ha influido para cambiar el modo de vida de la comunidad y el estilo de vida individual, con énfasis especial en lo que a salud bucal se refiere.

Hay una relación directa entre la capacidad del personal formado y la cantidad y calidad del cambio obtenido. Hay que recordar que cuando se habla de formación de personal para la salud bucal, nos referimos a todo aquel recurso académico, técnico y auxiliar necesario, y el que proviene o surge de la misma comunidad.

Esa evaluación de resultados se efectuará básicamente de manera formal, por medio de las investigaciones apropiadas o con la medición del cumplimiento de cada una de las partes del programa; mediante la actividad desarrollada por los Coordinadores del Programa o las personas delegadas por ellos, a través de lo que se denomina

Supervisión Capacitante, la cual deberá corroborar que haya:

- a) Un Servicio adecuado y
- b) Una Docencia adecuada.

Si ello no se cumple, la supervisión determinará: los cambios, las actividades o las actitudes que deben ser modificadas para corregir la situación.

Un servicio adecuado implica una atención científica y técnicamente aceptables y un manejo administrativo que permita esa calidad de servicio.

Una Docencia adecuada significa que se cumpla con todos los postulados (técnicos, académicos, conceptuales, etc.) que el curriculum de la Facultad establece para obtener el perfil o perfiles propuestos para el personal por formar.

Para cumplir con lo expuesto se utilizarán varios elementos, tales como:

- Manuales de procedimientos.
- Listas de cotejo.
- Cumplimiento de Garantía de Calidad.
- Reuniones Clínicas.
- Sesiones bibliográficas, radiológicas, anatomoclínicas y de análisis de casos.
- Sesiones de revisión de expedientes o fichas clínicas con comprobación posterior del caso clínico (Auditoría Clínica).

Los responsables del programa, establecerán los cambios o modificaciones necesarias para obtener los resultados propuestos.

- (1). Breve análisis de la situación de los servicios de salud en los países de la región; Participación Social en los Sistemas de Salud; Programa de Desarrollo de Servicios de Salud H.S.D., OMS/OPS serie Desarrollo de Servicios de Salud Nro. 35.
- (2). Gómez A.: Estrategia para la integración docencia-servicio, papel del gremio. Revista Actualidad Odontológica, VI; Nro. 17 enero-marzo 1984.

- (3). Conclusiones de mesa de trabajo de Salud Pública y Educación XX Congreso de FOCAP.
- (4). Documento Final de Comisión Permanente del Ejercicio Profesional y Seguridad Social, XVIII Congreso de FOCAP, El Salvador, 1981.
- (5). Recomendaciones de la Comisión de Educación Odontológica, XVIII Congreso de FOCAP, El Salvador, 1981.
- (6). Documento: Propuesta de Apoyo al Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y El Proceso de Descentralización en los Países de la Región de la América, agosto 22 de 1987 OPS/OMS.
- (7). Rondón: Citado por Víctor López Cámara en: Cambios en la Enseñanza de la Odontología en América Latina, 1986.
- (8). La Salud Oral como componente de la Atención Primaria: Informe de la Reunión del Grupo de Trabajo. Documento ORH-88 Salud Oral. Servicios de Salud. OMS/OPS. Washington, 1984.
- (9). Dr. Héctor Silva O. y Dr. Jorge A. Cerdón. Simplificación en Estomatología: tomado de Gómez H. Benjamín Escobar Alfonso y Menéndez O. R. ed.: Prevención Integral en Odontología. Venezuela Odontología. CERON Nro. 1. Nov. 1981; 170 p. (p.102-15).

**Comisión Técnica  
OFEDO / UDUAL**

**La Docencia-Servicio  
en América Latina**

**Experiencia**

Conclusiones e Informe  
Montevideo - Uruguay  
22 de Abril de 1989

## CONCLUSIONES E INFORME DE LA COMISION TECNICA

---

Se trabajó sobre 2 temas como guía de discusión:

1) Limitaciones y barreras existentes en el proceso de IDS en base a las experiencias presentadas.

2) Estrategias apropiadas para superar las barreras identificadas y promover la Integración Docencia-Servicio en América Latina.

### 1) TEMA 1: LIMITACIONES Y BARRERAS

---

Las barreras identificadas parecen surgir, en general, como consecuencia del modelo hegemónico de la práctica profesional.

Se han identificado también limitaciones cuali y cuantitativas en los recursos humanos participantes (profesionales, técnicos, auxiliares y no convencionales) y en la tecnología disponible.

Además fueron identificadas barreras ideologicopolíticas de inestabilidad institucional, barreras de entendimiento conceptual y barreras relacionadas con valores de la odontología presentes en los modelos vigentes.

Las barreras han sido analizadas desde el punto de vista de las estructuras intervinientes en el proceso así como de las interfaces que se generan entre ellas y que configuran nuevos espacios de análisis.

BARRERAS AL PROCESO DE INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO

FUNCIONES ESTRUCTURAS	GENERACION DE CONOCIMIENTOS	TRANSMISION DE CONOCIMIENTOS	PRODUCCION DE SERVICIOS	GERENCIA DEL MODELO
Institución Educativa	-Insuficiente Paradigmas tradicional de investigación	-Estructuras orgánicas tradicionales no favorecedoras de cambios	-Limitada intervención en la política de salud/salud bucal; en tanto no son vistos como subsistema del Sistema de Salud	-Modelo de gerencia rutinario
	-Dificultad para el manejo multidisciplinario	-Modelos curriculares rígidos	-Estructura organizacional limitada	-Dificultad para gerenciar las transformaciones
	-Falta de políticas favorecedoras para la transformación	-Metodologías que no favorecen el estudio independiente ni el juicio crítico	-Limitado conocimiento para la operativización de los servicios	-Falta de formación en administración de Salud
		-Recursos humanos formados o en formación destinados al 3er plano de resolución de los problemas	-Modelo de servicios independiente de necesidades de la población (no hay producción de altas)	
		-Sistemas de evaluación en base a modelos tradicionales (por cantidad de trabajos o por conocimientos teóricos)		
Interfase entre Institución Educativa e Institución de Servicios	-En general no hay estímulo para la investigación sociodemográfica	-En general: Institución educativa establece una relación asimétrica para la capacidad formadora	En general: Institución de Servicios establece una relación asimétrica para valorar los servicios de la Institución Educativa	-Falta de institucionalización
	-La Institución educativa ha adoptado una relación asimétrica y dominante en su capacidad para gerenciar conocimientos			-Dificultades para establecer los niveles de responsabilidad institucional y de control de gestión

BARRERAS AL PROCESO DE INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO

FUNCIONES ESTRUCTURAS	GENERACION DE CONOCIMIENTOS	TRANSMISION DE CONOCIMIENTOS	PRODUCCION DE SERVICIOS	GERENCIA DEL MODELO
INSTITUCION DE SERVICIOS	-Limitada -Dificultad de acceso -Dificultad de financiación -Desconocimiento de ¿cómo hacer?	-Limitada motivación docente. -Limitada capacitación docente. -Si no se transmite el modelo de práctica	-Falta de políticas de Salud Bucal -Falta de políticas de financiación -Insuficiente capacidad para la resolución de los problemas de Salud Bucal. -Limitada capacidad para la reconversión de la patología.	-Dificultad para gerenciar transformaciones especialmente a lo referido al sistema de evaluación del proceso de los resultados y del impacto
INTERFASE ENTRE INSTITUCION DE SERVICIOS Y LA COMUNIDAD	-Limitada -Desconocimiento de ¿cómo hacer?	-Dificultad para compartir conocimientos -Institución establece relación asimétrica con los recursos no formales para la transmisión de conocimientos.	-Desconocimiento de la funciones a desarrollar por parte de la Comunidad -Institución establece relación asimétrica con los recursos no formales para la producción de servicios.	-Falta de institucionalización. -Dificultad para establecer niveles de responsabilidad y de control de gestión.
COMUNIDAD	-Limitada -Dificultad de acceso -Desconocimiento de ¿cómo hacer?	-Postura pasiva -Falta de percepción de problemas de Salud Bucal.	-Ausencia de demanda y planificación de Servicios. -Escasa utilización de los servicios. -Limitado desarrollo de la autosuficiencia.	-Dificultad para la gestión del proceso -Falta de desarrollo de la autosuficiencia

INTERFASE ENTRE COMUNIDAD E INSTITUCION EDUCATIVA	-Desconocimiento de cómo hacer?	-Dificultad para compartir conocimientos -Institución establece relación asimétrica con los recursos no formales para la transmisión de conocimientos.	-Desconocimiento de las funciones a desarrollar por parte de la comunidad. -Institución establece relación asimétrica con los recursos no formales para la producción de servicios.	-Falta de Institucionalización. -Dificultad para establecer niveles de responsabilidad y de control de gestión.
---	---------------------------------	---	--	--

BARRERAS AL PROCESO DE INTEGRACION

FUNCIONES ESTRUCTURA	GENERACION DE CONOCIMIENTOS	TRANSMISION DE CONOCIMIENTOS	PRODUCCION DE SERVICIOS	GERENCIA DEL MODELO
Bremio	-Muy escasa y esporádica	-Papel importante como productor del modelo de práctica hegemónica	-Escasa participación	-Insuficiente participación antagonismo
Alumnos	Muy escasa	-Papel pasivo por aplicación de modelos que no favorecen el estudio independiente y el juicio crítico.	-En general no forma parte de los cursos incorporados a la red de servicios.	Limitado desarrollo intelectual para planificar y evaluar producción de servicios.



## 2) TEMA 2: ESTRATEGIAS DE SOLUCIONES

---

Las estrategias recomendadas pueden agruparse en 2 líneas:

- 1. Fortalecimiento de la IDS
- 2. Fortalecimiento del proceso de desarrollo de la IDS

### 1.- FORTALECIMIENTO DE LA IDS

---

- 1.1 Calibración de los actores en los aspectos conceptuales.
- 1.2 Calibración de los actores a nivel operacional para estimular la transferencia clínico-sanitaria de los conocimientos científicos.
- 1.3 Desarrollar y evaluar modelos de IDS que concreten la Atención integral con fuerte componente preventivo y capacidad para la resolución de los problemas como estrategia válida para alcanzar la operativización de la IDS en los silos.
- 1.4 Desarrollar y evaluar modelos de IDS que favorezcan la racionalización de los recursos humanos y del equipamiento (social y físico).
- 1.5 Fortalecer la fijación de políticas, la ejecución y la financiación de la investigación socioepidemiológica como instrumento de transformación de la salud de las poblaciones especialmente a través de estudios de pronóstico, de causación y de investigación por intervención.
- 1.6 Recomendar la utilización del método científico a nivel de grado como meta de aprendizaje, como instrumento para el aprendizaje y como estrategia para la producción de conocimientos como 3er. pilar de las funciones de la Universidad.
- 1.7 Identificar formas de adecuación de la IDS al momento de desarrollo en que se encuentran las Facultades y Servicios como instancias en el desarrollo del proceso hacia una imagen objetivo (IDS).

### 2.- FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO DE LA IDS

---

- 2.1 Estímulo de la institucionalización de la IDS para garantizar su continuidad, a través de
  - a) su incorporación al curriculum
  - b) firma de convenios institucionales
  - c) firma de reglamentaciones que garanticen los compromisos

interinstitucionales.

- 2.2 Desarrollo de la estrategia IDS dentro del curriculum guardando coherencia con la imagen objetivo identificada por item 1.3; 1.4 y 1.7 a través de la metodología respectiva.
- 2.3 Recomendación del uso de la metodología prospectiva en los estudios acerca de los servicios y el gremio.
- 2.4 Estímulo de los cambios curriculares tendientes a desarrollar la estrategia de IDS dentro del curriculum a lo largo del proceso de formación del recurso humano de grado y no sólo en las etapas finales de la carrera.
- 2.5 Priorización de los programas de IDS.
- 2.6 Búsqueda de conciliación para favorecer la comunicación entre instituciones educativas y servicios.
- 2.7 Desarrollo de estrategias facilitadoras para la participación del gremio en el proceso de la IDS (Ej.: Responsabilidad en actividades de actualización de conocimientos).
- 2.8 Fortalecimiento de las instancias técnico políticas para acelerar los procesos transformadores en los países.
- 2.9 Desarrollo de reuniones con participación de Facultades, Servicios y Gremios para la fijación de políticas facilitadoras de la estrategia de IDS.
- 2.10 Estímulo a la declaración de políticas que comprometan los niveles de decisión de instituciones gubernamentales educativas y profesionales para el desarrollo de IDS.
- 2.11 Desarrollo de mecanismos para identificación y documentación de experiencias de IDS.
- 2.12 Identificación y desarrollo de estrategias para la disseminación y buen uso de la información disponible acerca de IDS.
- 2.13 Recomendación de la realización de investigaciones sobre la práctica docente como fundamento para eliminar barreras y optimizar la docencia-servicio.

14 FEB. 1990

PARTICIPANTES COMISION TECNICA DOCENCIA-SERVICIO

MONTEVIDEO - URUGUAY

Patricio Yepez  
OPB/OMS  
6ta. Av. Altamira # 43  
Entre 5ta. y 6ta. Transversal  
Altamira, Caracas  
VENEZUELA

Antonio Mena  
Sec. Ejec. OFEDO/UDUAL  
Madame Curie N° 25  
Apto 2 (Detrás Hotel Comodoro)  
Santo Domingo  
REPUBLICA DOMINICANA  
Tel. 532-8743  
689-1205

Juan B. Martínez  
Calle 9 B2  
Los Jardines  
Santiago  
REPUBLICA DOMINICANA  
Tel. 582-5924  
582-0441

Noemi Bordoni  
Callao 1870, 5° Piso  
Buenos Aires  
REPUBLICA ARGENTINA

Héctor Silva Olivares (OPB/OMS)  
8500 Forrester Blvd.  
Springfield 22152, Va.  
Washington D.C.  
U.S.A.

Ariel O. Gómez  
OFEDO/UDUAL  
L. de la Torre 717  
Pvcia. de Buenos Aires  
REPUBLICA ARGENTINA

Walter A. Robinson  
Univ. Federal de Santa María  
Rua Conrado Hoffmann 346  
CEP 97050, Santa María RJ  
BRASIL  
Tel. (055) 2213654

Manlio Sardi  
PROLADEO  
Calle Orinoco  
Quinta La Llanada  
Lomas de Bello Monte  
Caracas  
VENEZUELA  
Tel. 7529157

José Benjamín López G.  
Universidad de El Salvador  
Residencial San Luis, Calle 1,  
Casa N° 11  
San Salvador  
EL SALVADOR  
Tel. 25-1432  
22-2618 Of.  
25-7198 Fac.

Heberto Jiménez Navas  
Facultad de Odontología  
Universidad del Zulia  
Maracaibo  
VENEZUELA  
Tel. (061) 517777  
Hab. (061) 410317

Alberto P. Valente  
Dirección Nacional de Odontología  
Ministerio de Salud y Acción Social  
Defensa 120, 4° Of. 4068/4  
Buenos Aires  
REPUBLICA ARGENTINA  
Tel. 34-9945/30-1831  
Part. 431-8031/4883

Mario J. Gotusso  
Facultad de Odontología  
U. Nacional de Córdoba  
Pabellón Argentina  
(5000) Córdoba  
REPUBLICA ARGENTINA

# **APENDICE**

## **Programa y Conclusiones**

### **Seminario Taller Docencia-Servicio-Investigación**

Realizado en  
Facultad de Odontología  
de la Universidad Mayor  
de San Marcos de Lima (Perú)

## PROGRAMA

### I. - OBJETIVOS:

- I.1 Unificar terminología y conceptos generales sobre Docencia, Servicio e Investigación y Estrategia de integración entre los docentes de la Facultad de Odontología con el fin de posibilitar una mejor aplicación curricular.
- I.2 Definir estrategia de aplicación de la Enseñanza Integral.

II. - ORGANIZACION: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

III. - PARTICIPANTES: 35 docentes de la Facultad de Odontología.

    Fechas : 21 - 22 - 23 de noviembre de 1988

    Lugar : Casa de Retiro "Inmaculada de Lourdes" - Chaclacayo.

    Horario : 08:00 a.m. a 20.00 hrs.

IV. - ASESOR : Dr. Alberto Arango Botero  
                  Profesor de la Facultad de Odontología de la  
                  Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia.  
                  Profesor Consultor OFEDO/UDUAL

### V. - METODOLOGIA:

- El Seminario Taller se desarrollará mediante exposiciones foro, trabajos de grupo y sesiones plenarias.
- Las exposiciones permitirán presentar El Marco Teórico referencial sobre experiencias curriculares y los cambios que se vienen dando en Universidades de otros países, además de presentar contenido y conceptos de manejo curricular.
- Se formarán grupos de trabajo para el análisis, propuestas y diseños de las asignaturas.
- En la Sesión Plenaria se presentarán el resultado del trabajo de grupo por los moderadores y relatores, los que serán también responsables de la redacción final.

### VI. - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Lunes 21:

8 a 9 a.m. - Recepción y distribución de alojamiento.

9 a 9.30 a.m. - Desayuno

9.30 a 10.00 a.m. - Inauguración

10 a.m. a 1 p.m. - 1- Evolución histórica de la enseñanza de

- 1a Odontología en América Latina.  
 2- Nuevos enfoques de la Enseñanza de la Odontología en América Latina.  
 3- Conceptos de Docencia-Servicio-Investigación  
 3.1 Rol de Instituciones formadoras  
 3.2 Rol de Instituciones de Servicio  
 3.3 Rol de la Comunidad
- 1 a 3 p.m. - Almuerzo.  
 3 a 3.30 p.m. - Lineamientos Generales del Plan de Estudios 1987.  
 3.30 a 6 p.m. - Trabajos de Grupo.  
 Tema: Análisis de objetivos de los Cursos Integrados.  
 Reunión de Grupos - Integrada I  
 - Integrada II  
 - Integrada III
- 6 a 7 p.m. - Sesión Plenaria.  
 Presentación de Trabajos de Grupo.
- Martes 22:  
 8 a 9 a.m. - Desayuno.  
 9 a.m. a 1 p.m. - 1- Estructura Curricular.  
 1.1 Asignaturas  
 1.2 Concepto de Integración de Conocimientos  
 1.3 Concepto de enseñanza integrada
- 1 a 3 p.m. - Almuerzo.  
 3 a 6 p.m. - Trabajo de Grupo.  
 Tema: Definir contenidos y estrategias de de Aplicación de cursos Integrados  
 Reunión por grupos - Integrada I  
 Integrada II  
 Integrada III
- 6 a 7 p.m. - Sesión Plenaria.  
 Presentación de Trabajos de Grupo.
- Miércoles 23:  
 8 a 9 a.m. - Desayuno.  
 9 a.m. a 1 p.m. - 1- Estrategias de aplicación de la enseñanza integrada.  
 2- Desarrollo de algunos modelos de aplicación.  
 3- Evaluación de programas.
- 1 a 3 p.m. - Almuerzo.  
 3 a 5 p.m. - Trabajo de Grupo.  
 Tema: Diseños Básicos de las Integradas I - II - III.
- 5 a 6 p.m. - Sesión Plenaria.  
 Clausura y entrega de Diplomas.

VII.- AUSPICIOS

: OFEDO/UDUAL.

VIII.- COMISION ORGANIZADORA:

Presidente: Dr. Carlos Valdivieso Montoya  
Dr. Jaime Dávila Nicho  
Dra. Antonia Castro Rodríguez  
Dra. Margot Gutiérrez Ilave  
Dr. Romel Watanabe Velásquez

Lima, noviembre de 1988



## CONCLUSIONES:

El Seminario Taller Docencia Servicio Investigación, realizado en Chacabuco del 21 al 23 de noviembre de 1988 y organizado por la Facultad de Odontología bajo el auspicio de OFEDO/UDUAL, reunió a 35 docentes de los diferentes Departamentos Académicos y tres delegados estudiantiles, contando con la Asesoría del Dr. Alberto Arango Botero, como Profesor Consultor de OFEDO/UDUAL.

La metodología desarrollada durante el Seminario, consistió en exposiciones que presentaron el marco teórico referencial acompañada de la documentación y trabajos de grupos que concluyeron en las respectivas plenarios, constituyéndose para ello tres grupos, estructurados en base al concurso de los docentes en las Asignaturas de Estomatología Integrada I, II y III, acreditándose con un Certificado la participación de los mismos en este evento.

Al término del Seminario Taller se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1.- Conceptualización de Docencia-Servicio-Investigación.  
Es una estrategia del proceso enseñanza-aprendizaje en la formación de Recursos Humanos, mediante la cual la transferencia de conocimiento se proyecta con la prestación de servicios a la comunidad, permitiendo a través de la investigación, que ésta logre su desarrollo y bienestar.
- 2.- ¿Cómo considera la participación de la Facultad en Programas de Docencia-Servicio-Investigación?
  - 2.1 Como un compromiso de orden social.
  - 2.2 Como una necesidad para la integración curricular.Los Programas de Docencia-Servicio-Investigación, responden a un compromiso de orden social porque permiten que la comunidad conozca sus necesidades y participe activamente en la solución de las mismas, además estos Programas sirven de modelo de aplicación para la Integración Curricular.
- 3.- Identificación y análisis de funciones y objetivos de la Asignatura Estomatología Integrada I.  
Se efectuó el análisis de las funciones y objetivos de las Asignaturas Estomatología Integrada I, II y III, las mismas que a continuación transcribimos:

ESTOMATOLOGIA INTEGRADA I

Función: (1)

- Trabajar en concepto de salud y su importancia tanto para la persona como para la familia y/o comunidad.

Objetivo:

- Estará capacitado para explicar el proceso salud-enfermedad, a través de las ciencias sociales.

Función: (2)

- Manejo mediante la utilización bibliográfica y la construcción de informes, discusión en Talleres y propuestas para conocer la situación en el mundo.

- Manejo mediante la utilización bibliográfica y la construcción de informes, discusión en Talleres y propuestas para conocer la situación en el Perú.

Objetivo:

- Identificar la realidad de salud y específicamente en Salud Bucal, a nivel mundial y en el Perú.

Función: (3)

- Identificación de indicadores de salud en relación a aspectos económico, social, biológico, político y establecimientos de salud para el conocimiento del proceso salud-enfermedad en una realidad dada.

Objetivo:

- Usando el método de investigación científica, estará en capacidad de efectuar una aproximación diagnóstica del proceso salud-enfermedad de una comunidad asignada.

Función: (4)

- Ejecutar acciones de educación para la salud general con énfasis en salud bucal, prioritariamente para los niños de zonas urbano-marginales y rurales, enfocando el rol y las acciones que les corresponde frente a las enfermedades a la que está más expuesto y motivar a los niños para su activa participación.

- Aplicar medidas de prevención específicas de las enfermedades más frecuentes a las que están expuestos los niños en la cavidad bucal, priorizando el cepillado y el uso de flúor.

- Cumplir su rol de verdadero Promotor de Salud según funciones especificadas en el syllabus, enfocando la salud bucal en el contexto de la salud general.

- Elaboración de material educativo de salud con creación propia, dirigido especialmente a madre-niño, maestro, sobre: alimentación,

nutrición, saneamiento ambiental y sobre salud bucal respecto a prevención de caries dental y enfermedad periodontal (placa bacteriana, cepillado, enjuagatorios de flúor).

**Objetivo:**

- Estará capacitado para realizar un programa de promoción y protección sanitaria en base a la aproximación diagnóstica realizada tanto en salud general y salud bucal, tomando en cuenta las prioridades y la factibilidad de su realización.

**ESTOMATOLOGIA INTEGRADA II**  
-----

**Función: (1)**

- Diagnóstico de lesiones iniciales más prevalentes del Sistema Estomatognático en el individuo y la comunidad.

**Funciones simples:**

- Conocer la etiología de las enfermedades más prevalentes del Sistema Estomatognático.

- Desarrollar sistemáticamente la Historia Clínica Integral.

- Conducir en forma adecuada la anamnesis y el examen clínico.

- Reconocer signos y síntomas iniciales de las lesiones más prevalentes del Sistema Estomatognático.

- Manejar la información de los exámenes complementarios para este nivel.

- Conocer los principios de la Biestadística y la Epidemiología.

- Conocer e investigar los factores socio económicos y culturales que determinan la presencia de las enfermedades del Sistema Estomatognático en diferentes ámbitos: zona rural, zona urbano marginal.

- Investigar, analizar e interpretar los aspectos socio epidemiológicos de la caries dental, la enfermedad periodontal y de las maloclusiones en nuestro país.

**Función: (2)**

- Control y tratamiento de las lesiones iniciales más prevalentes del Sistema Estomatognático en el individuo y la comunidad.

**Funciones simples:**

- Conocer los procedimientos clínicos del tratamiento de caries,

## EPIC maloclusiones.

- Conocer y manejar los materiales dentales, equipo e instrumental adecuados para este nivel.

### Función: (3)

- Aplicación de programas de saneamiento básico bucal.

### Funciones simples:

- Conocer, participar y desarrollar sistemas de atención.
- Conocer los principios de Anestesia local y realizar exodoncias simples.
- Investigar para realizar programas de desfocalización, Destartraje y obturación de caries iniciales en el individuo y la Comunidad.
- Fomentar y participar en programas conjuntos multidisciplinarios de salud.

## OBJETIVOS EDUCACIONALES GENERALES

---

- Reconocer las causas de la caries dental, EPIC y maloclusiones.
- Desarrollar sistemáticamente el proceso de la Historia Clínica Integral, registrando los datos obtenidos mediante cuestionario, observación y examen.
- Identificar e interpretar signos y síntomas iniciales de la caries dental, EPIC y Maloclusiones (crecimientos y desarrollo).
- Aplicar los principios de Bioestadística y epidemiología en el estudio de las enfermedades más prevalentes en nuestro país.
- Aplicar y utilizar adecuadamente los procedimientos clínicos, materiales dentales, equipo e instrumental en el tratamiento de la caries, EPIC, maloclusiones y exodoncia de piezas monoradiculares con anestesia local.
- Manejar la organización y aplicación del Sistema de Atención básica, con énfasis en programas con acciones específicas en el individuo y comunidad.
- Organizar, desarrollar y ejecutar programas multidisciplinarios de acciones específicas de Salud.

## ESTOMATOLOGIA INTEGRADA II

---

## Función: (1)

### Diagnóstico y tratamiento de lesiones avanzadas del Sistema Estomatognático.

- Utilizar integral y metodológicamente la Historia Clínica.
- Diagnóstico de caries profundas, lesiones pulpares, infecciones de origen dento alveolar, lesiones dermatológicas con repercusión bucal, maloclusiones, periodontitis y trastornos funcionales de la ATM.
- Conocimiento y manejo de fármacos y materiales dentales necesarios para este nivel.
- Tratamiento de caries profunda, lesiones pulpares reversibles e irreversibles, periodontitis leve y moderada, mala oclusión hasta el nivel interceectivo.
- Endodoncia en piezas monoradiculares.
- Rehabilitación de piezas dentarias con incrustaciones, pernos, pines, coronas de acero y jackets.
- Tratamiento quirúrgico buco máxilo facial: exodoncias complejas, retenidos, cirugía para-endodóntica y para-protética.
- Reforzamiento de las funciones clínicas realizadas en la Estomatología Integrada II.
- Diseño y ejecución de un proyecto de investigación clínica.

## Función: (2)

### Desarrollo de Sistemas de Atención Integral.

- Aplicación de los principios de Administración general y sanitaria.
- Conocer y desarrollar los diferentes sistemas modernos de atención integral (4 manos, delegación de funciones, etc.).
- Diseño y ejecución de un programa de atención integral en la Comunidad urbano marginal y/o rural.

### OBJETIVOS EDUCACIONALES GENERALES

Para la Función (1):

- Realizar el diagnóstico y tratamiento de las lesiones avanzadas del Sistema Estomatognático.

- Manejo crítico y/o clínico de los fármacos utilizados en este nivel.

- Ejecutar un Proyecto de Investigación Clínica.

Para la Función (2):

- Establecer sistemas de atención integrales, dirigidos hacia grupos organizados de la población, con la participación de la comunidad en el diseño y ejecución de los mismos.

- Administrar servicios a nivel operacional, haciendo uso racional de los recursos y caracterizado por su alta productividad y eficiencia, alcanzando metas cualitativa y cuantitativamente evaluables.

- Organizar un servicio aplicando tecnología apropiada, simplificación de equipos e instrumental, reduciendo costos con incremento de cobertura y teniendo en cuenta su autogestión y autofinanciación.

- Efectuar la investigación de los problemas prioritarios de la comunidad y discutir alternativas viables de solución conjuntamente con las Instituciones organizadas de la misma.

#### RECOMENDACIONES

---

1.- Los grupos de trabajo estructurados para este Seminario Taller, deberán constituirse en núcleos permanentes de trabajo para continuar desarrollando las tareas que implican fundamentalmente los modelos de aplicación o estrategias de integración de los conocimientos y acciones.

2.- Recomendar a la Escuela Académico Profesional de Odontología, la continuación de este proceso de análisis y construcción curricular, a través de talleres programados sistemáticamente, señalando temas a tratar en orden prioritario a la aplicación del plan de estudios, como son por ejemplo: formulación de objetivos educacionales, análisis de funciones, definición de objeto de estudio, sistemas de evaluación, etc.

3.- Retomar el aspecto relacionado con el concepto de la complejidad de las tareas, en su aspecto de capacidades intelectuales y destrezas psicomotoras.

4.- Que los objetivos educacionales, en lo posible, deben ser formulados a nivel general y su especificidad estarán dados por la enunciación de las funciones y tareas respectivas.

Chaclacayo, noviembre 23 de 1988

COMISION ORGANIZADORA